

Herausgeber: Joachim Szecsenyi, Björn Broge, Johannes Stock

Depression

Version 2.1



C6

Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depression

Autoren: Tina Haase, Lilly Rührich, Carolin Schneider, Joachim Szecsenyi,
Edith Andres, Markus Kösters

Übersicht QISA-Indikatoren

C6 – Depression (2.1)

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

QISA – Band C6

Version 2.1

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

Depression

Qualitätsindikatoren für die Versorgung
von Patientinnen und Patienten mit Depression

Autorinnen und Autoren der Version 2.1:

Tina Haase, Lilly Rüthrich, Carolin Schneider, Joachim Szecsenyi, Edith Andres, Markus Kösters
(Stand: 2024)

Autorinnen und Autoren der Version 2.0:

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

Autorinnen und 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

Bitte wie folgt zitieren:

Haase T, Rüttrich L, Schneider C, Szecsenyi J, Andres E, Kösters M: Depression. Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depression. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.): QISA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung, Band C6 (2.1), KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin 2024.

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

Autorinnen und Autoren der Version 2.1 (2024):

Dr. rer. biol. hum. Tina Haase
(Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung [ZEGV] –
Zweigstelle am Medizincampus Chemnitz der TU Dresden)

M. Sc. Lilly Rüttrich
(Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung [ZEGV] –
Zweigstelle am Medizincampus Chemnitz der TU Dresden)

M. Sc. Carolin Schneider
(Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm
am BKH Günzburg)

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. Joachim Szecsenyi (aQua-Institut)

Dipl.-Psych. Edith Andres (aQua-Institut)

Prof. Dr. biol. hum. Dipl.-Psych. Markus Kösters
(Zentrum für Evidenzbasierte Gesundheitsversorgung [ZEGV] –
Zweigstelle am Medizincampus Chemnitz der TU Dresden)

Autorinnen und 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)

Autorinnen und 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)

Reviewerin und Reviewer der Aktualisierung 2.0:

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

Reviewerin der Aktualisierung 2.1:

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 2024

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungssystemen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des geltenden Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland zulässig.

Redaktion: Catrin Schmidt-Sanchez
Korrektur: Claudia Lange, korrektopia.de
Titelentwurf: Beatrice Hofmann
Titelbild: Hugo Herold – Fotolia.com
Grafik: Désirée Gensrich
Druck: Richter Druck, Elkenroth

Aktualisierung Version 2.1: November 2024
Version 2.0: Mai 2020
Erstauflage: Februar 2013

ISBN: 978-3-940172-78-5

Vorwort der Herausgeber

Wer Versorgungsqualität messen und steuern will, braucht Qualitätsindikatoren. QISA, das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“, bietet sie an. Verteilt auf inzwischen 14 Themenbände umfasst QISA jetzt insgesamt annähernd 200 Qualitätsindikatoren, die „mit System“ über die Breite der ambulanten ärztlichen Versorgung ausgewählt sind.

Als Indikatorensystem zum Begriff geworden

QISA ist das Ergebnis langjähriger Zusammenarbeit zwischen dem AOK-Bundesverband als Auftraggeber und dem aQua-Institut, das die wissenschaftliche Erarbeitung der Indikatoren verantwortet. Im Laufe von über 20 Jahren hat sich QISA in mehreren Stufen entwickelt und ist mittlerweile als Angebot valider und praxisnaher Qualitätsindikatoren ein Begriff geworden.

- **2002–2008 Prototyp zur internen Erprobung:** Vorläufer von QISA sind die „Qualitätsindikatoren der AOK für Arztnetze“, die 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.
- **2009–2013 QISA-Version 1.0:** In den Jahren 2009 bis 2013 wurde das System auf Basis der Projekterfahrungen angepasst und weiterentwickelt. Unter dem neuen Namen QISA konnten nach und nach insgesamt 12 Themenbände sowie der Einleitungsband veröffentlicht werden.
- **2015–2022 QISA-Version 2.0:** Die erste Aktualisierung der Bände brachte die Inhalte auf den neuesten wissenschaftlichen Stand und berücksichtigt zugleich Erfahrungen aus der praktischen Anwendung.
- **2021–2022 Ausweitung um zwei weitere Bände:** Auf Grundlage des Innovationsfondsprojektes AREna (Antibiotika-Resistenzentwicklung nachhaltig abwenden; Förderkennzeichen 01NVF16008) erfolgte im Jahr 2021 die Erweiterung um den neuen Themenband D2 „**Rationaler Antibiotikaeinsatz**“.

Ende des Jahres 2022 kam der QISA-Band F2 „**Multimorbidität**“ hinzu, der auf dem durch den Innovationsfonds geförderten Projekt MULTIqual (Förderkennzeichen 01VSF16058) basiert.

Neu: Kontinuierliche Aktualisierung

Für ein Indikatorensystem ist es essenziell, den aktuellen Stand des medizinischen Wissens zu berücksichtigen. Seit der Version 2.1 ab dem Jahr 2022 erfolgt die Aktualisierung der QISA-Bände deshalb in neuer Form. Der Änderungsbedarf je QISA-Band wird nun in zweijährigem Turnus durch eine fachkundige Person anhand einer Checkliste bewertet. Bei geringem Anpassungsbedarf erfolgt eine direkte Überarbeitung. Bei großem Anpassungsbedarf wird das weitere Vorgehen gesondert festgelegt. Damit richtet sich der Aktualisierungsrhythmus je Band künftig nach der Dynamik der Wissensentwicklung und nach den Zeitpunkten der Veröffentlichung wichtiger Leitlinienfassungen.

Band C6: Depression

Der QISA-Themenband mit Indikatoren für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Depression erschien erstmalig im Jahr 2013. Für die 2020 vorgelegte Aktualisierung 2.0 hatten die Autorinnen und Autoren die Entwicklung der vorliegenden Evidenz insbesondere anhand der relevanten nationalen und internationalen Leitlinien geprüft und die Indikatoren – wo nötig – modifiziert oder neu formuliert.

Im Rahmen der kontinuierlichen Aktualisierung von QISA wurde der Band nun erneut auf seine Aktualität überprüft. Die im Rahmen dieser Aktualisierung erforderlichen, eher geringfügigen Änderungen wurden in die vorliegende Version 2.1 eingearbeitet. Die Indikatoren wurden nicht verändert.

Näheres dazu berichten die einleitenden Kapitel. Insgesamt umreißt der Band zunächst die Versorgungssituation und fasst zusammen, was für die Behandlung von Patientinnen und 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 Fachärztinnen und Fachärzte.

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 eine inhaltliche Ausgangsbasis für die ärztliche Diskussion der Messergebnisse im Qualitätszirkel und die Entwicklung möglicher Konsequenzen.

Anwendung in Arztnetzen beispielhaft umgesetzt

Für das Konzept der indikatorengestützten Arbeit an der Versorgungsqualität hat 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).

Inzwischen ist dieses Konzept beispielhaft umgesetzt. In einer Kooperation von AOK-Bundesverband und aQua-Institut sowie sieben AOKs und deren kooperierenden Arztnetzen ist ein Qualitätstransparenz-Programm für Arztnetze entstanden, das auf drei Säulen beruht:

- QISA stellt geeignete Qualitätsindikatoren zur Verfügung.
- Das Qualitätsmessverfahren QuATRo (Qualität in Arztnetzen – Transparenz mit Routinedaten) wählt in Abstimmung mit den Netzen Qualitätsindikatoren aus und erstellt mit ihnen regelmäßige Feedbackberichte für Netze und Praxen.
- Die derzeit 51 kooperierenden Arztnetze setzen die Feedbackberichte in ihren Qualitätszirkeln und für das Qualitätsmanagement ein. Wichtige Ergebnisse und Erkenntnisse werden an QuATRo und QISA rückgekoppelt.

Damit ist es bundesweit erstmals gelungen, das Konzept der indikatorengestützten Qualitätszirkel mit einer größeren Zahl von Arztnetzen umzusetzen. Dabei ist die Teilnahme der Netze freiwillig und die Steuerung des Gesamtprojekts erfolgt gemeinsam durch die Netze und die AOK. Informationen zu QuATRO finden Sie im Gesundheitspartner-Portal der AOK (<https://www.aok.de/gp/arztpraxen/versorgung/qualitaet/quatro>) und im Beitrag 15 des Versorgungsreports 2023 des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) (<https://www.wido.de/publikationen-produkte/buchreihen/versorgungs-report/leitlinien/>).

Wir sehen darin eine sehr erfreuliche Entwicklung, die die Umsetzbarkeit und Praktikabilität des QISA-Ansatzes der Arbeit mit Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung veranschaulicht und bestätigt. Der Nutzen dieses Konzepts wird auch in jüngeren Untersuchungen erneut belegt (*Andres et al. 2018; Kaufmann-Kolle et al. 2022*).

Über die Nutzung in Arztnetzen hinaus gibt es für die QISA-Indikatoren aber auch andere Anwendungszwecke, so etwa die Evaluation von Selektivverträgen oder die Nutzung als Parameter in der Versorgungsforschung (vgl. z. B. *van Gassen et al. 2023*). QISA unterstützt also tatsächlich ganz verschiedene Nutzungsmöglichkeiten von Qualitätsindikatoren.

Bei der Nutzung denken wir dennoch primär an die gemeinsame Arbeit von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel, die Qualität ihrer Versorgung untereinander transparent zu machen und anhand der gewonnenen Erkenntnisse weiterzuentwickeln. QISA ermöglicht ihnen, mit Qualitätsindikatoren vertraut zu werden und gemeinsame Qualitätsverantwortung im Sinne des Sachverständigenrats wahrzunehmen.

Hilfe zum Einstieg

Alle Umsetzungsprojekte zeigen, dass dies 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.

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

Wenn Sie mehr über QISA als Indikatorensystem erfahren möchten, laden wir Sie zum Besuch der QISA-Webseite auf www.qisa.de (<https://www.aok.de/gp/aerzte-psychotherapeuten/versorgungsqualitaet-aerzte/qisa>) ein. Dort finden Sie ausführliche Informationen über QISA. Weitere Hintergründe enthält daneben auch der Einführungsband von QISA (Band A). Er ordnet QISA in das Thema Qualitätstransparenz ein und beleuchtet die praktischen Einsatzmöglichkeiten für Qualitätsindikatoren.

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

Heidelberg/Göttingen/Freiburg, im November 2024

Joachim Szecsenyi Björn Broge Johannes Stock

QISA – Band C6

Depression

Qualitätsindikatoren für die Versorgung
von Patientinnen und Patienten mit Depression

Ein paar Hinweise vorweg	12
Begründung und Einordnung des Themas	14
Ansatzpunkte für gute Versorgung (Qualitätskonzept)	18
Methodisches Vorgehen	29
Übersicht über die ausgewählten Indikatoren (2.1)	36
QISA-Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren	38
Indikator 1: Patientinnen und Patienten mit diagnostizierter Depression	39
Indikator 2: Screening auf Depression bei Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression	42
Indikator 3: Suizidalitätsabklärung bei Patientinnen und Patienten mit Depression	46
Indikator 4: Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Patientinnen und Patienten mit Depression	50
Indikator 5: Patientinnen und Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde	53
Indikator 6: Patientinnen und Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie	57

Indikator 7: Patientinnen und Patienten mit mittelgradiger Depression, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde ...	60
Indikator 8: Patientinnen und Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinationstherapie angeboten wurde.....	64
Indikator 9: Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission bei Patientinnen und Patienten mit Depression	67
Indikator 10: Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen bei Patientinnen und Patienten mit Depression	71
Indikator 11: Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen.....	74
Indikator 12: Patientinnen und Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie angeboten wurde	77
Indikator 13: Hausärztinnen und Hausärzte mit Fortbildung zur Depression	80
Anhang 1: Register der bewerteten Indikatoren	83
Anhang 2: Teilnehmer am Expertenpanel	86
Literaturverzeichnis.....	87
Abkürzungen.....	96

Ein paar Hinweise vorweg*

QISA im Überblick

Das „Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung“ besteht aus einem Einleitungsband und 14 Themenbänden mit Indikatoren. Nachfolgend eine Übersicht der QISA-Bände.

QISA-BÄNDE**		AKTUELLE FASSUNG		ANZAHL QI
		JAHR	VERSION	STAND 11/2024
A	Einführung: QISA stellt sich vor	2009	1.0	
B	Allgemeine Indikatoren. Messgrößen für die Qualität regionaler Versorgungsmodelle	2009	1.0	28
C1	Asthma/COPD	2019	2.0	15
C2	Diabetes mellitus Typ 2	2019	2.0	11
C3	Bluthochdruck	2020	2.0	11
C4	Rückenschmerz	2024	2.1	10
C6	Depression	2024	2.1	13
C7	Koronare Herzkrankheit	2023	2.1	15
C8	Herzinsuffizienz	2024	2.1	13
D	Pharmakotherapie	2019	2.0	15
D2	Rationaler Antibiotikaeinsatz	2021	1.0	12
E1	Prävention	2021	2.0	18
E2	Krebsfrüherkennung	2021	2.0	2
F1	Hausärztliche Palliativversorgung	2021	2.0	12
F2	Multimorbidität	2022	1.0	22

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

** zum aktuellen Stand 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.
- 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, Patientinnen und Patienten unterstützende Maßnahmen, Prävention oder die Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten sowie 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 QISA-Bänden an der gleichen Grundstruktur (vgl. Schema zur Beschreibung der einzelnen Indikatoren auf Seite 38). 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 für die Qualitätszirkelarbeit und das Qualitätsmanagement beim jeweiligen Indikator.

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 Expertinnen und Experten aus Wissenschaft und Praxis. Neben der Evidenz fließen bei QISA also Urteile von Expertinnen und Experten sowie 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 2009–2013, 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 Ärztinnen 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 Ärztinnen und Ärzten sowie Krankenkassen 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 der Datenverfügbarkeit im Gesundheitswesen künftig leichter wird.

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.

Zielwerte und Interpretation der Ergebnisse

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 T_x usw.
- Vergleich verschiedener Praxen (eines Arztnetzes) untereinander, zum Beispiel in Qualitätszirkeln
- Vergleiche mit anderen Ärztinnen und 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 Codierparameter wie etwa ATC-Codes, die häufigen Änderungen unterworfen sind, zur Sicherheit auf ihre Aktualität geprüft und ggf. modifiziert werden.

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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit depressiver Erkrankung ist eine interdisziplinäre Aufgabe im Gesundheitswesen. Ausdruck dessen ist auch die 2009 erstmals veröffentlichte und 2015 sowie 2022 aktualisierte Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009, 2015; BÄK et al. 2022). 32 Fachgesellschaften, Berufsverbände sowie Patienten- und Angehörigenvertretungen 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 depressive Störung, die Dysthymie und die nicht näher bezeichnete depressive Störung.

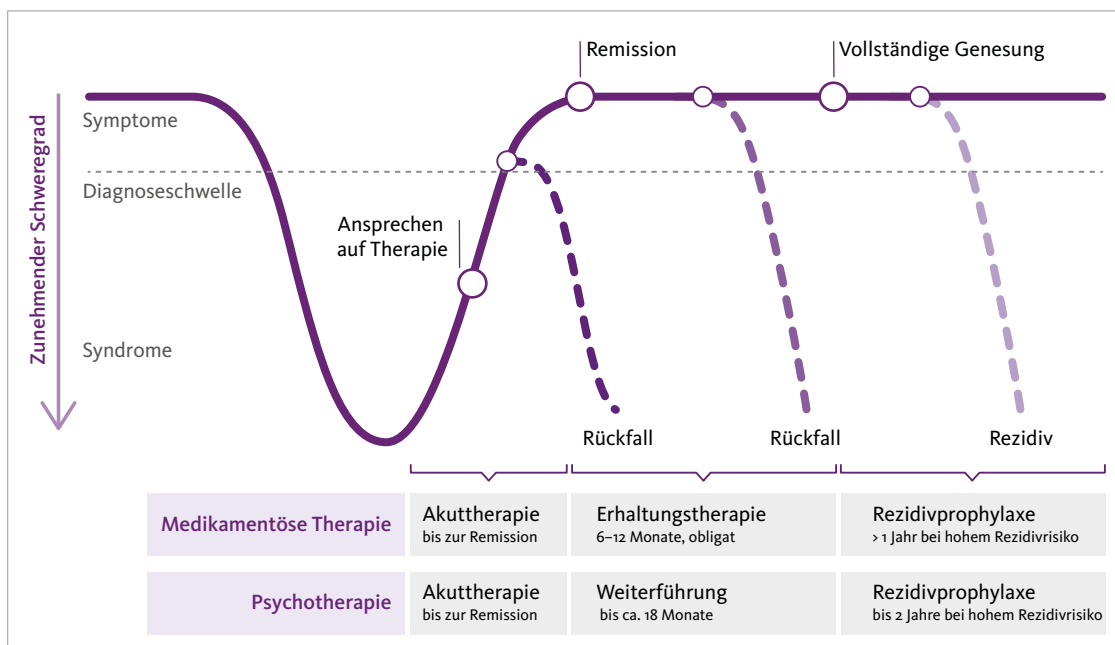
Tabelle 1: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10

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 den bipolaren Störungen bzw. den hypomanischen, manischen oder gemischten Episoden und der Zykllothymie abgegrenzt. Bei unipolaren depressiven Störungen kommen demnach 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 vollständige Wiederherstellung des ursprünglichen Funktionszustandes bzw. die fast vollständige Symptomfreiheit nach der Akuttherapie gekennzeichnet.

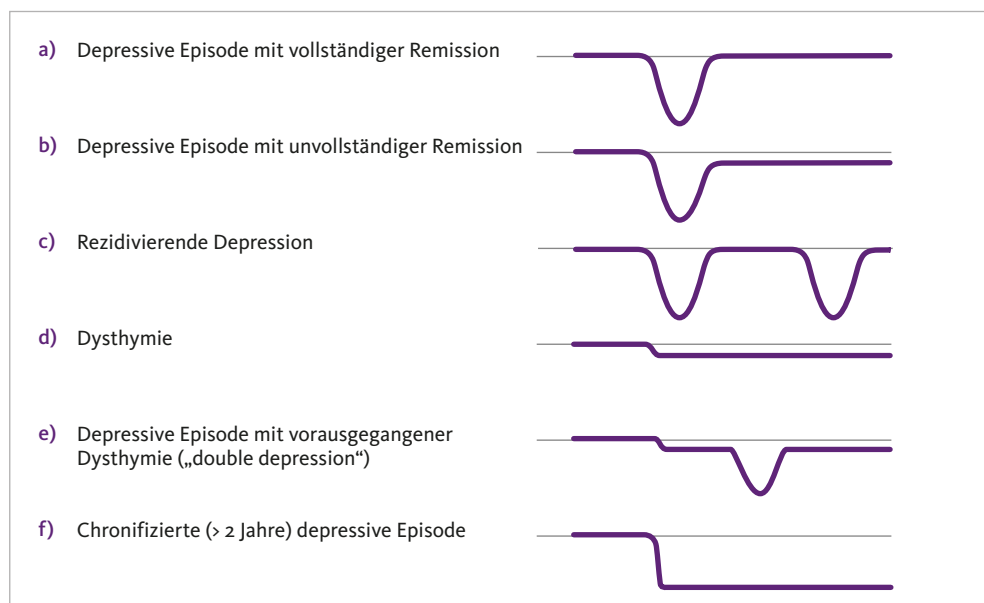
Abbildung 1: Modell der Erkrankungs- und Behandlungsphasen



Quelle: BÄK et al. 2022. NVL Unipolare Depression (Abbildung 6, S. 46).

Ein erneutes Auftreten depressiver Symptomatik innerhalb von 6 Monaten bei Erhaltungstherapie kennzeichnet einen Rückfall. Ein Rezidiv, d. h. eine erneute depressive Episode, liegt vor, wenn diese Episode nach einer Remission und nach der ca. sechs- bis zwölfmonatigen Erhaltungstherapie auftritt (siehe Abbildung 1) (Beesdo-Baum & Wittchen 2011; BÄK et al. 2022). In den Verläufen depressiver Störungen zeigt sich eine hohe interindividuelle Variabilität. Bei circa 50 % der Patientinnen und 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: Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). 2022. NVL Unipolare Depression (Abbildung 1, S. 22).

Mit etwa 193 Millionen betroffenen Personen zählte die Major Depression bereits vor der COVID-19-Pandemie zu den häufigsten Erkrankungen weltweit (*COVID-19 Mental Disorders Collaborators 2021*). Die Pandemie hat Prognosen zufolge zu einem Anstieg der Fallzahlen um fast 28 % auf 246 Millionen geführt (*COVID-19 Mental Disorders Collaborators 2021*). Laut den Daten der Studie Global Burden of Disease (GBD) aus dem Jahr 2019 zählen depressive Störungen zu den häufigen Ursachen des Anstiegs von verlorenen gesunden Lebensjahren (Disability-adjusted life years [DALY]) (*GBD 2021*). Die Lebenszeitprävalenz lag weltweit und auch in Deutschland vor der COVID-19-Pandemie bei ca. 20 % (*Kessler et al. 2010; Vos et al. 2016*). Die 12-Monats-Prävalenz von Depressionen bei Erwachsenen zwischen 18 und 65 Jahren lag in Deutschland bei 8 bis 12 %, wobei das Erkrankungsrisiko bei Frauen doppelt so hoch war 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 Patientinnen und Patienten mit chronischen körperlichen Erkrankungen 42 % (*Patten 2001*).

Epidemiologie

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 von Patientinnen und Patienten mit Depression, die im Verlauf ihrer Erkrankung Suizidgedanken haben, liegt zwischen 40 und 80 % (*Beesdo-Baum & Wittchen 2011*). Etwa 15 % der Patientinnen und Patienten mit depressiver Erkrankung versterben an Suizid (*Paykel et al. 2005*). Die Suizidrate, also der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Depression, die sich das Leben nehmen, steigt mit dem Alter kontinuierlich an und ist bei hochbetagten Personen, vor allem bei Männern, am größten (*Alexopoulos 2005; BÄK et al. 2022; 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 F32* (Depressive Episode), F33* (Rezidivierende depressive Störung) und F34.1 (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 findet 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 sind eine kontinuierliche und aufeinander abgestimmte medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung erforderlich (DGPPN et al. 2015; BÄK et al. 2022). Als zentrale Akteure der Versorgung depressiv Erkrankter entsprechend der Nationalen Versorgungs-Leitlinie gelten:
- Hausärztinnen und Hausärzte (Fachärzte für Allgemeinmedizin bzw. für Innere Medizin, praktische Ärzte)
 - Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde
 - Fachärztinnen und Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 - Ärztinnen und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse; Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten
 - Weitere Leistungserbringende für psychosoziale Therapien (Arbeits-, Ergo-, Physio-, Bewegungs-, Sport-, Kunst- und Musiktherapeuten, 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)

Die meisten Patientinnen und Patienten mit depressiver Erkrankung treten über die Hausärztin oder den Hausarzt in das medizinische System ein (*Wittchen et al. 2000*). Ein hoher Anteil der Patientinnen und Patienten verbleibt in der hausärztlichen Behandlung und wird dort langfristig betreut und therapiert. Darüber hinaus kommt der Hausärztin bzw. dem Hausarzt eine wichtige Beratungsfunktion zu, unter anderem zur Frage, inwieweit beispielsweise Fachärztinnen und Fachärzte spezialisierter Gebiete, Psychologische und Ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Ansprechpersonen anderer Hilfeleistungen in die Behandlung einbezogen werden sollen (*BÄK et al. 2022*).

**Zentrale Rolle
der Hausärztin/
des Hausarztes**

Für einen Behandlungsbeginn bereits im primärärztlichen Bereich sprechen bei einer gemäß der ICD-10 sicher diagnostizierten depressiven Episode u. a. die Möglichkeit des frühzeitigen Behandlungsbeginns durch die Hausärztin oder den Hausarzt und deren Kenntnis der Lebensumstände der Patientinnen und Patienten. Darüber hinaus ist der kurzfristige psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlungsbeginn oft mangels verfügbarer Kapazitäten nicht möglich. Die hausärztliche Ebene kann unter diesen Umständen eine sichere Anlaufstelle für Patientinnen und Patienten mit Depression sein.

Einschränkend wirkt sich aus, dass die Konsultationszeit in der hausärztlichen Praxis vergleichsweise kurz ist. Limitierend wirkt auch, dass im primärärztlichen Bereich teilweise nur ein begrenztes klinisches Spezialwissen bei gleichzeitiger Komplexität der Störungen und Behandlungen vorhanden ist. Insbesondere bei schweren und chronischen Formen der Erkrankung sind eine kontinuierliche und aufeinander abgestimmte medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung notwendig.

In der Neufassung der Nationalen VersorgungsLeitlinie (NVL) gibt es eine explizite, starke Empfehlung, bei der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen eine interdisziplinäre Abstimmung bzw. eine Überweisung zur Konsiliar-, Mit- oder Weiterbehandlung zu prüfen. Ziele dieser Empfehlung sind eine Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie die Ausschöpfung aller Unterstützungsmöglichkeiten für Menschen mit psychischen Erkrankungen. Die NVL gibt hier für verschiedene klinische Szenarien entsprechende spezifische Empfehlungen (*BÄK et al. 2022*).

**Interdisziplinäre
Abstimmung**

Diagnostik Die systematische Diagnostik bei unipolaren depressiven Störungen beruht auf Haupt- und Zusatzsymptomen (gemäß ICD-10 mind. vier und gemäß ICD-11 mind. fünf). Je nach Anzahl, Intensität und Funktionseinschränkungsgrad der vorliegenden Haupt- und Zusatzsymptome erfolgt eine Einteilung in leichte, mittelgradige und schwere Episoden. Bei einer leichten Episode (ICD-10-GM: F32/33.0) müssen mindestens zwei Hauptsymptome und ein Zusatzsymptom vorliegen. Für eine mittelgradige Episode (ICD-10-GM: F32/33.1) sind mindestens zwei Hauptsymptome und drei Zusatzsymptome erforderlich und bei einer schweren Episode (ICD-10-GM: F32/33.2 und F32/33.3) sind alle drei Hauptsymptome und mindestens fünf Zusatzsymptome nötig. Die Symptome müssen jeweils seit mindestens zwei Wochen vorliegen (siehe Abbildung 3) (BÄK et al. 2022).

Abbildung 3: Bestimmen des Schweregrades depressiver Episoden nach ICD-10-GM

Hauptsymptome	≥ 2	≥ 2	3
<ul style="list-style-type: none"> ■ depressive Stimmung, in einem für die Betroffenen ungewöhnlichen Ausmaß, die meiste Zeit des Tages, fast jeden Tag, im Wesentlichen unbeeinflusst von den Umständen ■ Interessen- oder Freudeverlust an Aktivitäten, die normalerweise angenehm sind ■ verminderter Antrieb oder gestiegene Ermüdbarkeit 			
	+	+	+
Zusatzsymptome	≥ 1	≥ 3	≥ 5
<ul style="list-style-type: none"> ■ Verlust des Selbstvertrauens oder des Selbstwertgefühls ■ unbegründete Selbstvorwürfe oder ausgeprägte, unangemessene Schuldgefühle ■ wiederkehrende Gedanken an den Tod oder an Suizid oder suizidales Verhalten ■ Klagen über den Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens, Unschlüssigkeit oder Unentschlossenheit ■ psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv) ■ Schlafstörungen jeder Art ■ Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung 			
Summe der Symptome	4-5	6-7	≥ 8
Dauer der Symptome ≥ 2 Wochen	↓	↓	↓
Schweregrad nach ICD-10-GM	leicht	mittelgradig	schwer
ohne psychotische Symptome	F32/33.0	F32/33.1	F32/33.2
mit psychotischen Symptomen	-	-	F32/33.3

Quelle: BÄK et al. 2022. NVL Unipolare Depression (Abbildung 3, S. 32)

Eine Depression wird häufig durch die Hausärztin oder 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 Hausärztinnen oder -ärzten vergeben wurde (*Melchior et al. 2014*). Die Diagnostik ist anspruchsvoll, da die Patientinnen und 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; BÄK et al. 2022; Härter et al. 2007*):

- Allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Kraftlosigkeit
- Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafstörungen, Früherwachen)
- Appetitstörungen, Magendruck, Gewichtsverlust, Obstipation, Diarrhö
- Diffuser Kopfschmerz, anhaltende (körperliche) Schmerzen
- 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 von den Patientinnen und 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 auf und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Die Sensitivität dieser Fragen ist hoch (96 %) bei niedriger Spezifität (57 %). Verneinen Patientinnen und Patienten beide Fragen und liegen keine anderen erkennbaren Risiken vor, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Depression ausgeschlossen werden. Wird eine oder werden 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 die Patientin oder der Patient bereits selbst depressionsspezifische Symptome an, sollte auf die oben genannten zwei Eingangsfragen verzichtet und sollten sofort die ICD-10-Diagnosekriterien gezielt vollständig erfragt werden. Wichtig ist die aktive Exploration aller Kriterien, da depressive Patientinnen und Patienten spontan häufig nur Teilaspekte schildern.

Fragebogeninstrumente wie der PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) (*Löwe & Spitzer 2002*), der WHO-5-Fragebogen zum Wohlbefinden (*World Health Organization 1998*) oder die 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 aller Patientinnen und Patienten in einer Praxis mit einem Fragebogen wird aufgrund der Komplexität nicht empfohlen (BÄK et al. 2022). Die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer depressiven Episode bei fehlender spezifischer Symptomatik ist bei den Patientinnen und Patienten in 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).

ICF-basierte Diagnostik In der Aktualisierung der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Version 3.2 (DGPPN et al. 2022) wurde die ICF-basierte Diagnostik der World Health Organization (WHO) zur Erfassung der biopsychosozialen Aspekte von Krankheitsfolgen unter Berücksichtigung der Kontextfaktoren (WHO 2001; BfArM 2005) neu aufgenommen, da diese für die Ableitung von Therapiezielen, die Wahl der Behandlung und die Initiierung von Angeboten relevant sind. Die Leitliniengruppe empfiehlt, neben der Codierung der Erkrankungen nach der ICD oder dem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), die Berücksichtigung personen- und umweltbezogener Kontextfaktoren, der Aktivität und der Teilhabe in der Diagnostik. Bei funktionalen oder psychosozialen Beeinträchtigungen sollte laut der Leitliniengruppe auch der Beratungsbedarf für Rehabilitations- und Teilhabeleistungen erhoben und ggf. eine Beratung empfohlen werden. In der Nationalen VersorgungsLeitlinie sind Beispielfragen zur Erfassung der Aktivität und Teilhabe sowie zur Erfassung von Kontextfaktoren nach der ICF aufgeführt (BÄK et al. 2022).

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

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 einer Veränderung der Therapie, nach einer Krankenhausentlassung, nach kritischen Lebensereignissen und im weiteren Verlauf abhängig von der klinischen Symptomatik aktiv erfragt werden. Mögliche Fragen zur Erfassung des Suizidrisikos werden in der Nationalen VersorgungsLeitlinie genannt (BÄK et al. 2022).

Unter Berücksichtigung der Ausprägung bzw. Dringlichkeit der Suizidalität, der Umgebungsfaktoren, der Bündnisfähigkeit der Patientinnen und Patienten und der eigenen

Ressourcen ist das weitere Betreuungsangebot festzulegen. Bei ambulanter Betreuung sind regelmäßige weitere Kontakte (telefonisch oder persönlich) zu vereinbaren. Der Beziehungsaufbau zu den Patientinnen und Patienten und eine empathische, direkte Haltung der Behandelnden können das Gefühl der Beziehungslosigkeit und des Nicht-ernstgenommen-Werdens reduzieren und damit suizidpräventiv wirken. Gegebenenfalls kann mit den Patientinnen und Patienten ein Antisuzidvertrag über einen genau definierten Zeitraum abgeschlossen werden. Eine kurzzeitige pharmakotherapeutische Behandlung mit Benzodiazepinen kann bei einer Suizidgefährdung erwogen werden. Aufgrund des hohen Abhängigkeitspotenzials sollte diese zwei (maximal vier) Wochen nicht überschreiten (BÄK *et al.* 2022).

Um die Besserung oder Verschlechterung der Depressionssymptome sicher, zeitnah und im Verlauf vergleichbar beobachten zu können, ist das regelmäßige Abfragen der Symptome erforderlich. Diese Verlaufsbeobachtung sollte mit Fragebogeninstrumenten wie dem PHQ-9 durchgeführt werden. Der Symptomverlauf wird damit für die Ärztin bzw. den Arzt und die Patientin bzw. den Patienten 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 Verlaufsbeobachtungen, anschließend Kontakte alle zwei bis vier Wochen und nach drei Monaten individuell angemessene längere Intervalle empfohlen (BÄK *et al.* 2022). Im Durchschnitt sollten monatliche Kontakte bis zur Remission sichergestellt werden.

Verlaufsbeobachtung

Einen wichtigen 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 Patientinnen und Patienten über ihr Krankheitsbild und mögliche Behandlungsmaßnahmen eine zentrale Voraussetzung dafür, sich an der therapeutischen Entscheidungsfindung beteiligen zu können. Inhalte der Patientinformation sind laut der Nationalen VersorgungsLeitlinie u. a. (BÄK *et al.* 2022):

Patientenaufklärung und Angehörigengruppen

- 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 die betroffene Person 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 aktive Einbeziehung der Patientinnen und Patienten in die Entscheidungsfindung und Selbstsorge
- Aufklärung über die Prognose und Behandelbarkeit einer depressiven Störung

Medizinische Entscheidungshilfen können Patientinnen und Patienten sowie 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; BÄK et al. 2022):

- Entscheidungshilfen, die in Konsultationen verwendet werden,
- Entscheidungshilfen, die primär außerhalb von Konsultationen verwendet werden,
- Entscheidungshilfen, die interaktive Technologien (z. B. webbasiert) verwenden (z. B. diejenigen des Hamburger Netzes psychische Gesundheit [www.psychenet.de] oder des IQWiG [www.gesundheitsinformation.de]).

Inhalte der Patienteninformation sollten außerdem sein:

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

Therapiestrategien Eines der Grundprinzipien bei der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Depression ist die partizipative Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“). Therapien sollen von Ärztinnen und Ärzten oder Therapeutinnen und Therapeuten nicht ohne den Einbezug der Patientinnen und Patienten und, falls gewünscht, von deren An-/Zugehörigen verordnet, sondern im Rahmen eines gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozesses empfohlen und abgewogen werden (DGPPN et al. 2015; BÄK et al. 2022; Hamann et al. 2003). Die wichtigsten evidenzbasierten Therapiestrategien in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit depressiver Episode sind niedrigintensive Interventionen, psychotherapeutische Verfahren und die Pharmakotherapie. Psycho- und pharmakotherapeutische Behandlungen können auch in Kombination angewandt werden. Zusätzliche, aber seltener angewandte Strategien sind u. a. Bewegungs-/Sporttherapie, Schlafentzugstherapie, Lichttherapie, Entspannungsverfahren, Peer Support, Ergotherapie und Soziotherapie (BÄK et al. 2022).

Im hausärztlichen Bereich kommen überwiegend psychoedukative und niedrigintensive Interventionen und die Pharmakotherapie zur Anwendung (BÄK et al. 2022).

Niederschwellige psychosoziale Interventionen Das Angebot einer niedrigintensiven Intervention (bspw. des „Watchful Waiting“) wird für leichte depressive Episoden empfohlen, wenn das Abklingen der depressiven Symptomatik ohne höherintensive 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, ggf. technologiegestützte Interventionen können im Rahmen der niedrigintensiven Intervention zum Einsatz kommen. Hierzu zählen insbesondere Formen der angeleiteten Selbsthilfe (BÄK et al. 2022).

Tritt innerhalb von zwei Wochen keine Besserung der Symptomatik ein, sollte eine intensivere, depressionsspezifische Therapie (Richtlinienpsychotherapie und/oder Pharmakotherapie) eingeleitet werden, da ein zu langes Zuwarten die Prognose der depressiven Episode verschlechtert und eine Chronifizierung der Depression begünstigt.

Bei der Erwägung einer Freistellung von beruflichen Verpflichtungen (Krankschreibung) sollte berücksichtigt werden, dass die Berufstätigkeit eine wirksame Strukturierung des Alltags und positive Bestätigung für die Patientinnen und Patienten gewährleisten kann und dass insbesondere längere Krankschreibungen Depressionen verstärken und chronifizieren können (DGPPN et al. 2015; BÄK et al. 2022).

Daher sollen laut der Nationalen VersorgungsLeitlinie Version 3.2 (BÄK et al. 2022) vor der Aushändigung einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung mit den Patientinnen und Patienten die möglichen Auswirkungen erörtert und therapeutische Interventionen angeboten werden. Zudem soll bei wiederholter Verlängerung einer Krankschreibung die Behandlungsintensivität erhöht werden. Diese Empfehlungen beziehen sich nicht auf Patientinnen und Patienten, die klar arbeitsunfähig sind. Bei ausschließlich hausärztlicher Versorgung und der Erwägung längerfristiger Arbeitsunfähigkeitszeiten (> sechs Wochen) empfiehlt die NVL eine Konsultation durch eine psychiatrische/psychotherapeutische Fachkollegin bzw. einen psychiatrischen/psychotherapeutischen Fachkollegen (BÄK et al. 2022).

Der Einsatz eines systematischen Monitorings (z. B. der Depressions-Monitoring-Liste [DeMoL]) zur Erhebung der Symptome und der Patientenaktivität durch medizinische Fachangestellte erreicht eine Adhärenz- und Symptomverbesserung. Weiterhin trägt es zu einem besseren Informationsfluss zur behandelnden Hausärztin bzw. 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 Episoden (Schramm et al. 2007; Thase 1997), bei chronisch depressiven Patientinnen und Patienten (Keller et al. 2000) und bei rezidivierenden Depressionen (Reynolds et al. 1999; Sutej et al. 2006) der alleinigen Pharmakotherapie überlegen und daher indiziert.

Psychotherapie

Psychotherapien sind bei der Behandlung von Depressionen wirksam, wobei die Effizienz entscheidend von Faktoren wie dem Symptombild, dem Schweregrad der depressiven Episode und 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 wurden auch der Nutzen und die Notwendigkeit der systemischen Therapie vom Gemeinsamen Bundesausschuss anerkannt, sodass in Zukunft auch diese Psychotherapie-

form im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann (*Gemeinsamer Bundesausschuss 2018*).

Neben spezifischen Wirkfaktoren der unterschiedlichen Verfahren wird in der Psychotherapieforschung unter anderem davon ausgegangen, dass verfahrensübergreifende Wirkfaktoren, dabei insbesondere die Qualität und Gestaltung der therapeutischen Beziehung, aber auch weitere Wirkfaktoren (z. B. Ressourcenaktivierung, Problembewältigung, motivationale Klärung) den Therapieerfolg erklären können (*BÄK et al. 2022*).

Psychotherapeutische Verfahren erfordern, wenn nicht eine entsprechende Zusatzqualifikation der Hausärztin oder des Hausarztes vorliegt, die Überweisung zu psychiatrischen oder psychotherapeutischen Fachspezialisten. Um eine Richtlinienpsychotherapie in Anspruch nehmen zu können, müssen Patientinnen und Patienten aktuell mit langen Wartezeiten rechnen (*Deutscher Bundestag 2022; Bundespsychotherapeutenkammer 2018; Wissenschaftliches Institut der AOK 2014*). Die zu überbrückende Zeit sollte nicht ohne ärztliche und therapeutische Unterstützung vergehen, um eine Symptomverschlechterung bzw. eine Chronifizierung der Depression zu verhindern.

Online-Programme Als zusätzliche niedrigschwellige Behandlungsoption stehen Online-Programme zur Verfügung. Die aktuelle Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Version 3.2 (*DGPPN et al. 2022*) empfiehlt die diagnostik- und indikationsgeleitete und regelmäßig effektüberwachte Nutzung evidenzbasierter Internet- und mobilbasierter Anwendungen mit therapeutischer Begleitung als alleinige (bei leichter Depression) oder als zusätzliche (bei mittelschwerer oder schwerer Depression) Intervention. Als Internet- und mobilbasierte Interventionen stehen in Deutschland Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) als zertifizierte Medizinprodukte zur Verfügung, welche lediglich von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten verordnet werden können, sofern diese Anwendungen im Verzeichnis des Bundesamts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) gelistet sind (*BfArM 2023*). Die Einstufung als Medizinprodukt ist jedoch nicht unmittelbar mit einem Wirksamkeitsnachweis verbunden, da auch ohne einen solchen eine probeweise Aufnahme in das Verzeichnis möglich ist und für eine dauerhafte Aufnahme in das Verzeichnis auch nicht randomisierte kontrollierte Studien ausreichen. Unter anderem aus diesen Gründen empfiehlt die Leitliniengruppe vor dem Einsatz evidenzbasierter Online-Anwendungen zur Behandlung depressiver Störungen eine adäquate (Differential-)Diagnostik, Indikationsstellung, Aufklärung und Verordnung sowie therapeutische Begleitung.

Komplexe Versorgungsformen Die Leitliniengruppe empfiehlt, insbesondere mittelgradig oder schwer depressiven Patientinnen und Patienten mit mehr als einem Jahr Erkrankungsdauer eine indikationsgerechte, multiprofessionelle, strukturierte und koordinierte Versorgung anzubieten. Die Einschränkung der Empfehlung in Bezug auf den Schweregrad der Erkrankung und die Behandlungsdauer beruht auf der Abwägung von zu erwartendem Nutzen und Aufwand. Eine Übersicht dieser sogenannten komplexen Versorgungsformen gibt die Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Version 3.2 (*BÄK et al. 2022*).

Für die Pharmakotherapie der depressiven Episode stehen die folgenden Substanzklassen zur Verfügung (*DGPPN et al. 2015; BÄK et al. 2022*):

- Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA) 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/MT₂) und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptor-Antagonisten (Agomelatin)
- Esketamin und Ketamin

Pharmakotherapie

In der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Version 3.2 (*BÄK et al. 2022*) wird erstmalig Esketamin als neue Behandlungsoption aufgeführt. Es steht u. a. als Nasenspray zur Verfügung, wodurch die Wirkung schnell eintritt, jedoch besteht ein Risiko alsbald eintretender, intensiver Nebenwirkungen. Der NVL zufolge kann Esketamin intranasal im (teil-)stationären Setting in Kombination mit einem Antidepressivum bei einer Therapieresistenz und im Notfall bei akuter Suizidalität eingesetzt werden. Für die Gabe von Ketamin i. v. (Off-Label-Use) spricht die NVL eine starke Negativ-Empfehlung aus. Ketamin i. v. soll demzufolge nicht außerhalb eines stationären psychiatrischen Settings angewendet werden.

Esketamin und Ketamin

Es gibt eine anhaltende Debatte über die Wirksamkeit von Antidepressiva. 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 berücksichtigten kurzfristige symptomatische Veränderungen. In der klinischen Praxis sollen Ärztinnen und Ärzte neben der Wirksamkeit und Sicherheit eines Medikaments u. a. auch die individuellen Bedürfnisse und Verhältnisse der Patientinnen und Patienten (z. B. Schweregrad, Adhärenz, Komorbiditäten und Komedikation) beachten (*BÄK et al. 2022*). Angesichts der Komplexität der Depression ist die Frage nach einer adäquaten Verschreibungspraxis von Antidepressiva im klinischen Alltag, insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit leichten depressiven Episoden, weniger eindeutig zu beantworten (*Cosgrove et al. 2019*).

Wirksamkeit von Antidepressiva

Verordnungsempfehlungen Bei einer leichten depressiven Episode sollte eine Pharmakotherapie nur begonnen werden, wenn entsprechende Vorbehandlungen der Patientin oder des Patienten effektiv waren und/oder er oder sie es ausdrücklich wünscht, da die Wirksamkeit bei leichten depressiven Episoden gegenüber Placebo nicht überzeugend nachgewiesen ist (*Baumeister 2012; BÄK et al. 2022; Kirsch et al. 2008; Rush et al. 2006*). Bei einer mittelschweren depressiven Episode stellen Psychotherapie und Pharmakotherapie gleichrangige Therapiealternativen dar. Bei einer schweren depressiven Episode soll, falls dies möglich ist, die pharmakotherapeutische mit einer psychotherapeutischen Behandlung kombiniert werden (*DGPPN et al. 2022*).

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 drei bis vier Wochen abgewartet werden, bevor die Behandlungsstrategie geändert wird (*BÄK et al. 2022*). Zu Beginn einer Pharmakotherapie ist eine sorgfältige Aufklärung über die Medikamente erforderlich. Insbesondere sind die zeitlich verschobenen Wirkungseintritte einer Symptombesserung und von Nebenwirkungen zu vermitteln.

Für die Wahl des Antidepressivums gibt es keine umfassende und einheitliche Empfehlung. Auswahlkriterien sind u. a. die Vorerfahrungen und Präferenzen der Patientin bzw. des Patienten, die Kenntnisse und Erfahrungen der Behandlerin bzw. Behandlers mit speziellen Präparaten, die Komorbiditäten und die Komedikation sowie die Nebenwirkungsprofile. Zudem spielen die Handhabbarkeit und die Verfügbarkeit der jeweiligen Präparate eine Rolle (*BÄK et al. 2022*).

Ergänzend zu einem Antidepressivum kann im (teil-)stationären Setting zudem bei einer Therapieresistenz oder bei akuter Suizidalität eine Behandlung mit Esketamin intranasal angeboten werden (*BÄK et al. 2022*).

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 (*BÄK et al. 2022*).

Antidepressiva sollen sechs bis zwölf 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 mindestens acht bis zwölf Wochen beendet werden (*BÄK et al. 2022*).

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 Patientinnen und 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 zur 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 (Teilnehmerinnen und Teilnehmer siehe Anhang 2) in einem Delphi-Verfahren bewertet. Dieses Verfahren verknüpft die Recherche der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz mit mehrstufigen strukturierten Bewertungsschritten durch Expertinnen und 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 über das Kontaktformular kostenlos als PDF angefordert werden.)

Methodik bei der Aktualisierung 2020 (Version 2.0)

Die Aktualisierung des im Jahr 2020 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 dem Erscheinen der Version 1.0 des QISA-Bandes, um aktuelle Empfehlungen für die primärärztliche Versorgung von erwachsenen Patientinnen und Patienten mit einer depressiven Erkrankung zu identifizieren.

Vorgehen bei der Recherche 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 (GIN, AHRQ, NICE) mithilfe der Suchbegriffe „depression“ und „depressive disorder“.

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. Eine erneute Recherche nach vorhandenen Qualitätsindikatoren sowie eine mehrstufige Experteneinschätzung mittels eines Delphi-Verfahrens fanden im Rahmen der Aktualisierung des Indikatorensets der Erstfassung zur Version 2.0 nicht statt.

Berücksichtigte Leitlinien/Quellen Für die Aktualisierung des Indikatorensets konnte als relevante Leitlinie die damals aktuelle Fassung der Nationalen VersorgungsLeitlinie identifiziert werden:

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

Weitere seinerzeit 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 Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen, Version 1.0, Stand: 04.04.2017 (*IQWiG 2017*)

Festlegung von Änderungsbedarf und Neuaufnahmen 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 Patientinnen und Patienten mit Depression waren. Der sich auf dieser Grundlage ergebende inhaltliche Änderungsbedarf sowie die mögliche Berücksichtigung neuer Themenfelder im Sinne einer Neuaufnahme von Indikatoren wurden im Rahmen mehrerer Expertenberatungen (als Webkonferenzen) unter Beteiligung der Autorinnen und Autoren, von Fachleuten des aQua-Instituts und des AOK-Bundesverbandes

sowie der Herausgeber diskutiert. 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“ aussprach und die Empfehlung nicht über bereits vorhandene Indikatoren miterfasst worden war.

Anhand dieser Methodik wurden zwei neue Indikatoren aufgenommen (Indikator 11: „Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen“; Indikator 12: „Patientinnen und Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie angeboten wurde“). Um der Schweregradabhängigkeit der Therapieempfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie (*DGPPN et al. 2015*) besser Rechnung zu tragen, wurde darüber hinaus ein neuer Indikator, „Patientinnen und Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde“ (Indikator 5), eingeführt.

Neue Indikatoren

Die Indikatoren zur Psycho- und Pharmakotherapie wurden entsprechend den Empfehlungen für den jeweiligen Schweregrad der Erkrankung modifiziert. Die ursprünglichen Indikatoren 5 und 7 („Patientinnen und Patienten mit Depression, die eine antidepressive Pharmakotherapie durch den Hausarzt verordnet bekommen“; „Patientinnen und Patienten mit Depression, die durch den Hausarzt eine Empfehlung zur psychotherapeutischen Behandlung erhalten“) wurden modifiziert zusammengefasst (Indikator 7: „Patientinnen und Patienten mit mittelgradiger Depression, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde“).

Modifizierte Indikatoren

Im Rahmen der Aktualisierung konnten außerdem Praxiserfahrungen aus der Anwendung der QISA-Indikatoren einbezogen werden: Im Rahmen des 2012 gestarteten QuATRO-Projektes arbeiten einige AOK zusammen mit kooperierenden Arztnetzen und dem AOK-Bundesverband daran, QISA-Indikatoren zu messen und für die Arbeit an der Qualität zu nutzen (*Büscher et al. 2023; Ebert-Rall 2017*). Für die Aktualisierung der QISA-Bände wurden die hier gesammelten Erfahrungen systematisch erhoben und den Autorinnen und Autoren zur Verfügung gestellt. Weiterhin konnten Erfahrungen aus Routinedatenanalysen berücksichtigt werden, in denen die Qualitätsindikatoren Anwendung fanden (*Freytag et al. 2016*).

Einbezug von Praxiserfahrungen

Das so entstandene Indikatorenset der Version 2.0 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 Hausärztinnen und Hausärzten“. Es bezieht sich auf erwachsene Patientinnen und Patienten mit Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) 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.

Indikatorenset der Version 2.0

Sonstige Änderungen Zu einigen Indikatoren des Indikatorensets der Version 1.0 waren Modifikationen angeboten worden, um eine Messung des Versorgungsinhalts unabhängig von der beteiligten Ärztin bzw. dem 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 33 sind die Änderungen der Indikatoren in Version 2.0 im Vergleich zur Vorgängerversion detailliert beschrieben. Die neu aufgenommenen Indikatoren sind in Tabelle 3, Seite 34 aufgeführt.

Als Datenquellen für die Indikatorenmessung 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 Patientinnen und Patienten unabdingbar.

Die nachfolgenden Übersichten fassen die Änderungen sowie die Neuerungen der Version 2.0 gegenüber der Vorgängerversion nochmals tabellarisch zusammen.

Tabelle 2: Inhaltlich modifizierte Indikatoren (Version 2.0)

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"> ■ Aufgreifen aller Patientinnen und Patienten mit Depression, unabhängig vom Diagnose stellenden 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 ■ Aufgreifen aller Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Screening auf Depression, unabhängig vom Diagnose stellenden 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“) ■ Aufgreifen aller Patientinnen und Patienten mit entsprechendem Therapieangebot, unabhängig vom Diagnose stellenden 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“) ■ Aufgreifen aller Patientinnen und Patienten mit entsprechender Kombinationstherapie, unabhängig vom Diagnose stellenden 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"> ■ Aufgreifen aller Patientinnen und Patienten mit ausreichender Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie, unabhängig vom Diagnose stellenden 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"> ■ Aufgreifen aller Patientinnen und Patienten im Zähler und Nenner, unabhängig vom Diagnose stellenden oder verordnenden Arzt ■ Verzicht auf einen spezifischen Zielwert

Tabelle 3: Neue Indikatoren (Version 2.0)

INDIKATOR	FORMULIERUNG	BEGRÜNDUNG
5	Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde	Die Nationale VersorgungsLeitlinie (<i>DGPPN et al. 2015</i>) 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung nicht zu verschreiben (<i>DGPPN et al. 2015</i>).
12	Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie angeboten wurde	Depressionen sind bei Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter die häufigste psychische Störung. Gerade depressive Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit Depression nachgewiesen. Die Nationale VersorgungsLeitlinie empfiehlt die Psychotherapie bei älteren Menschen mit der Empfehlungsstärke A (<i>DGPPN et al. 2015</i>).

Methodik bei der Aktualisierung 2023/24 (Version 2.1)

Bei der hier vorgelegten zweiten Überarbeitung des QISA-Bands C6 (Version 2.1) wurde insbesondere die zwischenzeitliche Aktualisierung der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression auf die Version 3.2 (BÄK et al. 2022) berücksichtigt. Da die Überarbeitung der Nationalen VersorgungsLeitlinie kapitelweise erfolgt, waren zum Zeitpunkt der Aktualisierung für den hausärztlichen Bereich wichtige Teilbereiche noch in Bearbeitung: Die Kapitel 10 „Spezielle klinische Situationen“ (voraussichtliche Inhalte: ältere Patientinnen und Patienten; kultur- und migrationsspezifische Aspekte; genderspezifische Aspekte; peripartale Depressionen; prämenstruelle dysphorische Störung; perimenopausale Depressionen) sowie 11 „Komorbidität“ sind daher noch nicht publiziert. Aus diesem Grunde erfolgten in dieser Überarbeitung des QISA-Indikatorensets nur eine Aktualisierung der Literatur sowie eine Nennung der Anpassungen bzw. Neuerungen der NVL, ohne jedoch neue Qualitätsindikatoren abzuleiten oder Anpassungen am Indikatorenset vorzusehen. Eine grundlegende Überarbeitung dieses QISA-Bandes ist nach der Publikation der genannten fehlenden Teilbereiche geplant.

Für die vorliegende Aktualisierung wurden alle relevanten Empfehlungen aus der Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression Version 3.2 extrahiert und inhaltlich hinsichtlich eines Aktualisierungsbedarfs mit den Indikatoren der Version 2.0 des QISA-Bandes C6 abgeglichen. Themen, die in vorherigen Versionen der NVL noch nicht berücksichtigt waren, für die hausärztliche Versorgung jedoch als relevant beurteilt wurden, sind neu aufgenommen. Folglich wurden im obigen Kapitel „Ansatzpunkte für gute Versorgung (Qualitätskonzept)“ als neue Themen „ICF-basierte Diagnostik“ (im Abschnitt „Diagnostik“), „Esketamin und Ketamin“ (im Abschnitt „Pharmakotherapie“) und „Verwendung von Online-Programmen“ (im Abschnitt „Psychotherapie“) ergänzt. Darüber hinaus wurden die Themen „Krankschreibung“ und „komplexe Versorgungsformen“ ergänzt. Aufgrund des derzeit noch geringen Verordnungsvolumens wurden die neu aufgenommenen Themen „Esketamin“ sowie „Online-Programme“ aktuell nicht auf der Ebene der Qualitätsindikatoren adressiert.

Übersicht über die ausgewählten Indikatoren (2.1)

Im Folgenden findet sich eine Zusammenstellung aller Indikatoren dieses QISA-Bandes C6 „Depression“ (Version 2.1, identisch mit den Indikatoren der Version 2.0).

INDIKATOR	FORMULIERUNG	FRAGESTELLUNG	FOKUS
1*	Patientinnen und Patienten mit diagnostizierter Depression	Besteht eine systematische Erfassung aller Patientinnen und Patienten mit diagnostizierter depressiver Erkrankung?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Systematische Erfassung der Patientengruppe ■ Prozessqualität
2*	Screening auf Depression bei Patientinnen und Patienten mit somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression	Erfolgt bei Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit Depression	Werden alle Patientinnen und Patienten mit Depression initial auf Suizidalität untersucht?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prävention ■ Prozessqualität
4*	Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Patientinnen und Patienten mit Depression	Werden die Patientinnen und Patienten über ihre Erkrankung aufgeklärt und erhalten sie Informationen zu Selbsthilfegruppen bzw. Angehörigengruppen?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Gesundheitskompetenz ■ Prozessqualität
5**	Patientinnen und Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde	Erfolgt eine systematische Erfassung des Schweregrades bei Patientinnen und Patienten mit Depression?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Diagnostik ■ Prozessqualität
6*	Patientinnen und Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie	Wie viele Patientinnen und Patienten mit anhaltender Depression erhalten keine depressionsspezifische Therapie und sind als unterversorgt zu beurteilen?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermeidung Unterversorgung ■ Ergebnisqualität
7*	Patientinnen und Patienten mit mittelgradiger Depression, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde	Wie viele Patientinnen und 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*	Patientinnen und Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinationstherapie angeboten wurde	Wie viele Patientinnen und 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*	Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission bei Patientinnen und Patienten mit Depression	Werden Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit Depression	Ist die Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa bei Patientinnen und Patienten mit Depression zeitlich begrenzt?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vermeidung von Komplikationen ■ Prozessqualität
11**	Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen	Wie viele Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung (KHK) und komorbider depressiver Störung bekommen trizyklische Antidepressiva verordnet?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Patientensicherheit ■ Prozessqualität
12**	Patientinnen und Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie angeboten wurde	Wie viele Patientinnen und Patienten mit Depression im höheren Lebensalter erhalten ein Angebot für eine Psychotherapie?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Leitliniengerechte Therapie ■ Prozessqualität
13	Hausärztinnen und Hausärzte mit Fortbildung zur Depression	Wie viele Hausärztinnen und Hausärzte bilden sich regelmäßig zum Thema Depression fort?	<ul style="list-style-type: none"> ■ Strukturqualität

* modifiziert (Version 2.0) ** neu (Version 2.0)

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	■ Aussage
	■ Begründung
	■ Zielstellung
	■ Einbezogene Fachgruppen
	■ Voraussetzungen
	■ Ausblick
II Berechnung des Indikators	■ Betrachtungszeitraum
	■ Bezugsebene
	■ Formel
	■ Zähler
	■ Nenner
	■ Ausschlusskriterien
III Anmerkungen zur Messgüte	
IV Bisherige Anwendung und Evidenz	■ Epidemiologie und Prävalenz
	■ Praxisstudien und Evidenz
	■ Reduzierung der Krankheitslast
	■ Kosteneffektivität
	■ Indikatorsysteme
	■ Leitlinien
V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit	■ 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: Patientinnen und Patienten mit diagnostizierter Depression

I Beschreibung

Aussage:	Der Indikator misst die Anzahl der Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten im hausärztlichen Setting sollen die Patientinnen und Patienten mit depressiver Erkrankung in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell systematisch erfasst werden. Die Diagnosestellung kann hierbei auch durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten 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: F32*, F33* und F34.1) in der Patientenakte
Ausblick:	Eine systematische Erfassung von Patientinnen und Patienten mit Depression in einer Hausarztpraxis kann zu einer verbesserten und bedarfsgerechten Behandlung dieser Patientinnen und Patienten beitragen.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene:	Alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Pat. mit diagnostizierter Depression innerhalb der letzten zwölf Monate}}{\text{Anzahl aller Pat. innerhalb der letzten zwölf Monate}}$

Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit diagnostizierter Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate
Nenner:	Anzahl aller Patientinnen und 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 Patientinnen und 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 hoch wie bei Männern (<i>Bretschneider et al. 2017; Busch et al. 2013; Wittchen et al. 2010</i>). Die Behandlung der Mehrzahl der Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit depressiver Erkrankung doppelt so hoch wie bei vergleichbaren Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit Depression in einer Praxis sind als gering einzustufen. Die erhöhte Anzahl von zu behandelnden Patientinnen und 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 Euro beziffert (*Salize et al. 2004*). Davon entfielen ca. 2.000 Euro 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 (*Greenberg et al. 2003*). 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 Patientinnen und Patienten kann zu einer Kostenreduzierung im Gesundheitswesen führen.
- Indikatorensysteme:** Ähnliche Qualitätsindikatoren zur Erfassung von Patientinnen und Patienten mit Depression werden aufgeführt von:
- General Medical Services (GMS) Contract. Quality and Outcomes Framework (QOF) 2019/20 (*National Health Service 2019*)
 - RAND Health Program (*Kerr et al. 2000*)
 - ACOVE Quality Indicators (*Wenger et al. 2001*)
 - VA/DoD Clinical Practice Guidelines. Management of Major Depressive Disorder (MDD) (*Management of Major Depressive Disorder Working Group 2016*)
- Leitlinien:** Das Erkennen depressiver Störungen und die korrekte Diagnosestellung werden in Kapitel 2.2.2 der Nationalen VersorgungsLeitlinie thematisiert (*DGPPN et al. 2015*).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

- Referenzwert:** Die Punktprävalenz von Patientinnen und Patienten mit Depression beträgt nach Untersuchungen in deutschen Hausarztpraxen 4 bis 11 %, u. a. in Abhängigkeit vom Diagnoseverfahren. Wurde bei einer Patientin oder einem Patienten die Depressionsdiagnose anhand der ICD-10 vergeben, dann liegt die entsprechende Punktprävalenz bei 7 % (*Beesdo-Baum & Wittchen 2011; Jacobi et al. 2002*).
- Interpretation:** Der Indikator misst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit depressiver Episode am gesamten Patientengut in einer Hausarztpraxis. Zu berücksichtigen ist, dass die Diagnose auch von anderen Fachärztinnen und -ärzten sowie Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten gestellt werden kann. Dieser Anteil kann aus mehreren Gründen, z. B. aufgrund der Lage oder der medizinischen Ausrichtung der Praxis, verschieden hoch sein. Weitere Faktoren sind die Altersstruktur der Patientinnen und Patienten einer Praxis, die Geschlechterverteilung und das Inanspruchnahmeverhalten der Patientinnen und Patienten.

	Darüber hinaus können stark abweichende Werte auf eine niedrige Diagnose- und Dokumentationsqualität hinweisen.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	Die Ergebnisse können für einen Vergleich innerhalb von Hausarztpraxen, Arzt- netzen, Qualitätszirkeln oder auch KV-Bezirken genutzt werden. Gründe für unter- schiedliche Werte sollten diskutiert und in der weiteren Arbeit überprüft werden. Darüber hinaus kann der Fortbildungsbedarf identifiziert werden.
Mögliche Handlungs- konsequenzen 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 statisti- schen Erwartungen entsprechen. Bei unerwarteten Abweichungen können mög- liche Ursachen dafür exploriert werden. Werden überproportional viele unent- deckte Patientinnen und Patienten mit Depression vermutet, können Maßnahmen zum Gegensteuern diskutiert werden. Auf Ebene der einzelnen Praxis sollte die strukturiert durchgeführte Diagnostik nach den ICD-10-Kriterien angewendet wer- den. Das aktive Explorieren von Symptomen einer Depression sollte bei allen Pati- entinnen und Patienten mit unspezifischen und wechselnden Beschwerden (z. B. Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, allge- meine Kraftlosigkeit, anhaltende Schmerzen und/oder körperliche Beschwerden), die auch mit häufigen Arztwechseln einhergehen können, sowie bei Patientinnen und Patienten aus Risikogruppen (z. B. frühere Depression, komorbide somatische Erkrankung, anamnestischer Substanzgebrauch; <i>DGPPN et al. 2015</i>) erfolgen. In die Maßnahmen zur Identifikation von Patientinnen und Patienten mit Depression kann das Praxisteam aktiv eingebunden werden.</p>

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

I Beschreibung

Aussage:	Dieser Indikator misst den Anteil der Patientinnen und Patienten in einer Haus- arztpraxis oder im Versorgungsmodell mit einer neu aufgetretenen Diagnose Diabetes mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom oder maligne Erkrankung, die ein Screening auf Depression innerhalb von zwölf Monaten nach der Diagnosestel- lung erhalten haben.
-----------------	---

Begründung:	<p>Der Indikator soll den Fokus der Hausärztinnen und Hausärzte auf die zunehmende Bedeutung von Depression als modulierende Komorbidität von somatischen Erkrankungen lenken. Ein Routinescreening auf Depression aller Patientinnen und Patienten in einer Praxis bzw. einem Praxisnetz wird nicht empfohlen, da es Personen mit einem falsch positiven Ergebnis verunsichern kann. Zudem gibt es für ein systematisches Screening aller Patientinnen und Patienten laut einer 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>). Ein Screening auf Depression ist bei Patientinnen und Patienten mit einer oder mehreren der folgenden Erkrankungen indiziert: Diabetes mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom, maligne Erkrankung. Das Screening kann hierbei auch durch Fachärztinnen und -ärzte 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 Koerkrankungen positiv beeinflussen.</p>
Zielstellung:	<p>Der Wert des Indikators soll möglichst hoch sein. Eine möglichst große Anzahl von Patientinnen und Patienten, die an somatischen Erkrankungen mit hoher Wahrscheinlichkeit für eine komorbide Depression leiden, sollte auf eine Depression untersucht werden.</p>
Einbezogene Fachgruppen:	<p>Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten</p>
Voraussetzungen:	<p>Vollständige Dokumentation der neu aufgetretenen Diagnosen (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) und des Screenings auf Depression in der Patientenakte. Für die einfache Extraktion der Dokumentation des Screenings ist ein entsprechendes Prozedere (ggf. eine eigene Codierungsziffer) festzulegen.</p>
Ausblick:	<p>Das Screening aller Patientinnen und 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. Die 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 Koerkrankungen. Der Indikator könnte im Hinblick auf die Anwendung eines validierten Screenings weiterentwickelt werden.</p>

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene:	Alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Pat. mit den neu aufgetretenen Diagnosen Diabetes mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom, maligne Erkrankung, die ein Screening auf Depression innerhalb von zwölf Monaten nach Diagnosestellung der somatischen Koerkrankung erhalten haben}}{\text{Alle Pat. mit neu aufgetretener Diagnose Diabetes mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom, maligne Erkrankung}}$
Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit den neu aufgetretenen Diagnosen Diabetes mellitus (ICD-10: E10–14), kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung (ICD-10: I00–99), Demenz (ICD-10: F00–03), Morbus Parkinson (ICD-10: G20–22), chronisches Schmerzsyndrom (ICD-10: F45.41), maligne Erkrankung (ICD-10: C00–97), die ein Screening auf Depression innerhalb von zwölf Monaten nach Diagnosestellung der somatischen Koerkrankung erhalten haben
Nenner:	Alle Patientinnen und Patienten mit einer neu aufgetretenen Diagnose Diabetes mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom oder maligne Erkrankung
Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquellen:	Routinedokumentation und klinische Dokumentation in der Patientenakte

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Diagnosen Diabetes mellitus, kardiovaskuläre bzw. zerebrovaskuläre Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronisches Schmerzsyndrom und maligne Erkrankung werden in der Routinedokumentation in der Patientenakte erfasst. Für das Screening bei dieser Patientengruppe muss jedoch eine Codierziffer 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:	Patientinnen und 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; Pouver et al. 2010; Stoppe et al. 2007</i>). Auch bei ca. 15 % der Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzkrankheit (Myokardinfarkt, KHK, Aortenklappenkrankheit) liegt eine Depression vor (<i>Jacobi 2007</i>). Das Risiko für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus, an einer Depression zu erkranken, ist ca. doppelt so hoch wie für Stoffwechselgesunde. In Studien zeigten sich Prävalenzen von bis zu 30 % (<i>Anderson et al. 2001; Boetticher & Meyer 2019; Härter et al. 2007a</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus und Depression haben eine schlechtere Stoffwechsellage und häufiger Komplikationen (<i>Groot et al. 2001; Lustman et al. 2000</i>). Gleichzeitig wird bei diesen Patientinnen und Patienten nur in ca. 25 % der Fälle eine komorbide Depression erkannt und behandelt (<i>Boetticher & Meyer 2019</i>). Bei Patientinnen und Patienten mit KHK verdoppelt sich das Mortalitätsrisiko innerhalb von zwei Jahren bei einer komorbid vorliegenden Depression, selbst unabhängig von einem zuvor erlittenen Myokardinfarkt (<i>Boetticher & Meyer 2019</i>). Das Screening kann zunächst gestuft anhand der zwei zuvor genannten Fragen und ggf. eines validierten Fragebogens durchgeführt werden (Details im Kapitel „Ansatzpunkte für gute Versorgung“, Abschnitt „Diagnostik“, Seite 20f.).
Kosteneffektivität:	Die Kosten einer Analyse der Patientinnen und Patienten mit Depression als Komorbidität sind als gering einzuschätzen, sofern die Screening-Ergebnisse in der Patientenakte dokumentiert sind. Durch die adäquate Versorgung von Patientinnen und 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 Koerkrankungen reduzieren.
Indikatorensysteme:	Ähnliche Qualitätsindikatoren zur Erfassung depressiver Erkrankungen bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus und/oder KHK sind im AQUIK-Indikatorenset 2013 (<i>AQUIK 2014</i>) und im Indikatorenset der DGPPN (<i>Großimlinghaus et al. 2013</i>) enthalten.
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 die Hausärztin oder den Hausarzt mit dem Evidenzgrad B empfiehlt (<i>DGPPN et al. 2015</i>).

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert:	Es liegen bisher keine Untersuchungen darüber vor, bei wie vielen Patientinnen und Patienten mit einer neu aufgetretenen Diagnose 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 Kolleginnen und Kollegen erfolgt, so ist dieses durch die Hausärztin oder den Hausarzt nicht mehr erforderlich.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	Die Ergebnisse können für einen Vergleich innerhalb von Praxen, Arztnetzen oder Qualitätszirkeln genutzt werden. Gründe für unterschiedliche Werte können diskutiert und in der weiteren Arbeit überprüft werden. Im Qualitätszirkel können zudem Erfahrungen ausgetauscht werden, wie die Screening-Rate erhöht werden und wie man darüber mit Patientinnen und Patienten gut ins Gespräch kommen kann. Auf Ebene der einzelnen Praxis können entsprechende Maßnahmen implementiert werden, die zur Erhöhung der Screening-Rate bezüglich der Depression bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus, kardiovaskulärer bzw. zerebrovaskulärer Erkrankung, Demenz, Morbus Parkinson, chronischem Schmerzsyndrom oder maligner Erkrankung führen, wie auch Vorschläge eingebracht werden, wie die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit depressiver Erkrankung und komorbider somatischer Erkrankung verbessert werden kann.
Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Überprüfung und ggf. Verbesserung der Vollständigkeit der Dokumentation ■ Etablierung von Remindersystemen ■ Überprüfung der eigenen Behandlungsstrategien bei Depression und Multimorbidität ■ Verbesserung der Kooperation mit Fachärztinnen und -ärzten

Indikator 3: Suizidalitätsabklärung bei Patientinnen und Patienten mit Depression

I Beschreibung

Aussage:	Dieser Indikator misst den prozentualen Anteil der Patientinnen und 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) mit Suizidalität einher. Durch eine aktive Abklärung von Suizidalität können suizidale Patientinnen und Patienten frühzeitig erkannt und geeignete Therapiemaßnahmen eingeleitet werden. Daher empfiehlt die Nationale VersorgungsLeitlinie, bei allen Patientinnen und 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 von Patientinnen und 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: F32*, F33* und F34.1) 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 Codierungsziffer) festzulegen.
Ausblick:	Die systematische Erfassung von Suizidalität bei depressiven Patientinnen und Patienten erhöht die Rate erkannter suizidaler Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Pat. mit neu aufgetretener Depression innerhalb der letzten zwölf Monate, bei denen initial die Suizidalität erfragt und dokumentiert wurde}}{\text{Alle Pat. mit neu aufgetretener Depression innerhalb der letzten zwölf Monate}}$

Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretener Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate, bei denen initial die Suizidalität erfragt und dokumentiert wurde
Nenner:	Alle Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretener Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) 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 Codierungsziffer für die Erfassung der Suizidalitätsabklärung kann die Durchführbarkeit des Indikators erhöht werden. Aufgrund der schwerwiegenden Konsequenzen für betroffene Patientinnen und Patienten weist der Indikator eine hohe Relevanz auf.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Die erhöhte Mortalität von Patientinnen und Patienten mit Depression beruht u. a. auf der Suizidalität. Das Risiko für suizidale Handlungen ist bei depressiven Patientinnen und Patienten 30-mal höher als in der Durchschnittsbevölkerung (<i>Harris & Barraclough 1997</i>). Suizidgedanken zeigen sogar 60 bis 70 % der Patientinnen und Patienten mit gegenwärtiger depressiver Episode (<i>DGPPN et al. 2015</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Die Nationale VersorgungsLeitlinie empfiehlt, bei jeder Patientin und 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 Patientinnen und Patienten zu beobachten. Darüber hinaus neigen Betroffene 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 finden sich im Abschnitt „Diagnostik“ dieses Bands (Kapitel „Ansatzpunkte für gute Versorgung“, Seite 20f.).
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 eine frühzeitige Suizidalitätsabklärung bewirkte Einsparung von Folgekosten belegen, sind nicht bekannt.

Indikatorensysteme: Ähnliche Indikatoren werden in folgenden Systemen angegeben:

- STAndards for Bipolar Excellence (STABLE) (*Brewster 2008*)
- DGPPN (*Großimlinghaus et al. 2013*)
- VA/DoD Clinical Practice Guidelines. Management of Major Depressive Disorder (*Management of Major Depressive Disorder Working Group 2016*)
- DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) Depression (*Gemeinsamer Bundesausschuss 2019*)

Leitlinien: Der Indikator wurde in Anlehnung an die Empfehlungen der Nationalen VersorgungsLeitlinie 2011 bzw. 2015 entwickelt und modifiziert. Die Nationale VersorgungsLeitlinie empfiehlt als klinischen Konsenspunkt Nr. 2–5, dass bei jeder Patientin und jedem Patienten mit einer depressiven Störung Suizidalität regelmäßig bei jedem Patientenkontakt klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls exploriert werden sollte (*DGPPN et al. 2015*). 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 Patientinnen und Patienten mit Depression erfasst. Eine niedrige Rate des Indikators kann auf eine unvollständige Anamnese hindeuten.

Einbindung in die QZ-Arbeit: Die Ergebnisse können für einen internen Vergleich und einen Erfahrungsaustausch innerhalb von Hausarztpraxen, Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch KV-Bezirken genutzt werden. Der Indikator kann den Fortbildungsbedarf aufzeigen.

**Mögliche Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes:**

- Überprüfung der Vollständigkeit der Dokumentation
- Verbesserung der Dokumentationsqualität
- Einführung von diagnostischen Routinen zur Abklärung von Suizidalität
- Besprechung von Fragen zur Abklärung des Suizidrisikos (*DGPPN et al. 2015*)
- Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte
- Kooperation mit Fachärztinnen, 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 Angehörigen- gruppen bei Patientinnen und Patienten mit Depression

I Beschreibung

Aussage:	Dieser Indikator misst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Depression, die in der Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell Informationen zur Symptomatik, zum Verlauf und zur Behandlung ihrer Depression (einschließlich Nebenwirkungen und Patientenselbstsorge) sowie zu Selbsthilfegruppen, Angehörigen- gruppen bzw. weiteren supportiven Angeboten erhalten haben.
Begründung:	Die Aufklärung und Informationsvermittlung sind essenzielle Bestandteile der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Depression. Sie verbessern die Therapieadhärenz und die Patientenaktivierung. Somit unterstützen sie die Genesung und Vorbeugung von Rückfällen. Die Aufklärung von Patientinnen und Patienten mit Depression ist grundsätzlich eine Aufgabe des gesamten Praxisteam.
Zielstellung:	Der Wert des Indikators sollte möglichst hoch ausfallen. Ziel ist eine große Anzahl von Patientinnen und Patienten mit Depression, die Informationen zu ihrer Erkrankung einschließlich Selbsthilfegruppen, Angehörigen- gruppen bzw. weiterer supportiver Maßnahmen erhalten, um das Patientenempowerment 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: F32*, F33* und F34.1) und Dokumentation der Patientenaufklärung in der Patientenakte. Für die einfache Extraktion der Dokumentation der Patientenaufklärung und Informationsvermittlung ist ein entsprechendes Prozedere (ggf. eine eigene Codierungsziffer) festzulegen. Die Inhalte der Patientenaufklärung und Informationsvermittlung sind umfassend. Für die entsprechende Dokumentation wird eine Aggregation der Daten empfohlen.
Ausblick:	Die Patientin oder 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 Betroffenen 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 Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Pat. mit Depression innerhalb der letzten zwölf Monate, die über die Symptomatik, den Verlauf und die Behandlung der Depression aufgeklärt wurden sowie Informationen zu Selbsthilfegruppen, Angehörigen-gruppen bzw. weiteren supportiven Maßnahmen erhalten haben}}{\text{Alle Pat. mit Depression innerhalb der letzten zwölf Monate}}$
Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) innerhalb der letzten zwölf Monate, die über die Symptomatik, den Verlauf und die Behandlung der Depression aufgeklärt wurden sowie Informationen zu Selbsthilfegruppen, Angehörigen- gruppen bzw. weiteren supportiven Maßnahmen erhalten haben
Nenner:	Alle Patientinnen und Patienten mit Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) 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 Codierungsziffer kann die Durchführbarkeit des Indikators erhöht werden. Der Indikator ist evidenzbasiert, da er auf einer Empfehlung der Stärke A der Nationalen VersorgungsLeitlinie basiert.

IV Bisherige Anwendung und Evidenz

Epidemiologie und Prävalenz:	Zur Patientenaufklärung/-information in Bezug auf Selbsthilfe- und Angehörigen- gruppen bei Patientinnen und Patienten mit Depression liegen keine belastbaren Daten vor.
Praxisstudien und Evidenz:	Patientinnen und Patienten gewinnen u. a. durch die Vermittlung eines adäquaten Krankheitsmodells, Psychoedukation, Informationen über die Behandlungsmaß- nahmen sowie die Behandlungsdauer und den eigenen aktiven Einbezug in die medizinische Entscheidungsfindung ein verbessertes Verständnis ihrer Krankheit

(DGPPN et al. 2015). Für die Beratung der Patientinnen und Patienten im Rahmen der Psychoedukation liegen evidenzbasierte Patienteninformationen vor (Härter et al. 2007). Eine entsprechende Patienteninformation ist die Voraussetzung dafür, dass sich Patientinnen und Patienten an der therapeutischen Entscheidungsfindung im ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Gespräch beteiligen können. Eine detaillierte Auflistung der Inhalte der Patienteninformation findet sich im Kapitel „Ansatzpunkte für gute Versorgung“ (Abschnitt „Patientenaufklärung, Seite 23f.).

- Kosteneffektivität:** Eine adäquate Aufklärung von Patientinnen und Patienten mit Depression verbessert die Adhärenz zu einer leitlinienorientierten Behandlung. Positive Effekte hinsichtlich der Kosteneffektivität bei qualifizierter, leitlinienorientierter Behandlung sind zu erwarten (Revicki et al. 1998; Sanderson et al. 2003). Durch die Vermittlung von Informationen zu Selbsthilfegruppen, Angehörigengruppen bzw. weiteren supportiven Maßnahmen ist zu erwarten, dass mehr Patientinnen und Patienten diese Angebote wahrnehmen. Durch mehr Patientenempowerment und eine höhere Therapieadhärenz sollten Krankheitslast und Behandlungskosten sinken.
- Indikatorensysteme:** 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 Patientinnen und Patienten sowie Angehörige unter anderem über Selbsthilfe- und Angehörigengruppen informiert werden sollen (DGPPN et al. 2015).

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 geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten, bei denen eine Aufklärung über die Symptomatik, den Verlauf und die Behandlung der Depression sowie eine Informationsvermittlung zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen erfolgten, 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 niedrige Rate aufgeklärter Patientinnen und Patienten diskutiert, Erfahrungen ausgetauscht und Verbesserungsvorschläge erarbeitet werden. Grundlagen der Patientenaufklärung sind ausreichendes Fachwissen und Gesprächskompetenz. Diese Aspekte können in Qualitätszirkeln aufgegriffen werden.

- Mögliche Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes:**
- Verbesserung der Dokumentationsqualität
 - Erarbeitung eines strukturierten Beratungsmoduls
 - Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte
 - Einbindung des Praxisteam in die Aufklärung von Patientinnen und Patienten
 - Verbesserung der Kooperationsbeziehungen zu anderen Akteuren (z. B. Selbsthilfe)

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

I Beschreibung

- Aussage:** Der Indikator gibt den Anteil der Patientinnen und Patienten mit Depression an, die in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell versorgt wurden und für die ein Schweregrad der Depression bestimmt wurde.
- 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 Kapitel „Ansatzpunkte für gute Versorgung“, Abschnitt „Therapiestrategien“, Seite 24). Somit stellt die Schweregradbestimmung eine Voraussetzung für eine leitliniengerechte Behandlung depressiver Störungen dar. Die Schweregradbestimmung kann dabei auch durch Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen.
- Zielstellung:** Der Wert des Indikators soll möglichst hoch sein. Bei möglichst vielen Patientinnen und 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 F32* und F33* (ohne Dysthymie [F34.1]) inklusive Codierung des Schweregrades (ICD-10: F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3) in der Patientenakte

Ausblick: Eine systematische Erfassung des Schweregrades von Patientinnen und Patienten mit Depression in einer Hausarztpraxis kann perspektivisch zu einer symptom-spezifischeren Depressionsbehandlung beitragen, die die Behandlungsempfehlungen je nach Schweregrad der Depression berücksichtigt. Der Indikator könnte weiterentwickelt werden, indem Referenzwerte für die Anteile von Patientinnen und Patienten mit den verschiedenen Schweregraden ermittelt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene:	Alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Pat. mit einer Diagnose einer Depression mit Schweregradbestimmung innerhalb der letzten zwölf Monate}}{\text{Anzahl der Pat. mit einer Diagnose einer Depression innerhalb der letzten zwölf Monate}}$
Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose einer Depression mit Schweregradbestimmung (ICD-10: F32.0, F32.1, F32.2, F32.3, F33.0, F33.1, F33.2, F33.3) innerhalb der letzten zwölf Monate
Nenner:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit einer Diagnose einer Depression (ICD-10: F32*, F33*) innerhalb der letzten zwölf Monate
Ausschlusskriterien:	Patientinnen und Patienten mit Dysthymie (F34.1), da hier keine Schweregrad-einteilung möglich ist (<i>DGPPN et al. 2015</i>)
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 Patientinnen und 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 Dritteln (<i>Freytag et al. 2016</i>) bzw. der Hälfte (<i>Melchior et al. 2014</i>). 80 % aller unspezifischen Depressionsdiagnosen wurden dabei ausschließlich oder unter Beteiligung von Hausärztinnen und -ärzten gestellt (<i>Melchior et al. 2014</i>).
Praxisstudien und Evidenz:	Die Bestimmung des Schweregrades bei Patientinnen und Patienten mit Depression ist aus mehreren Gründen klinisch bedeutsam. Zum einen sind je nach Schweregrad unterschiedliche Therapieoptionen für einen möglichst effektiven Behandlungsverlauf indiziert (siehe Kapitel „Ansatzpunkte für gute Versorgung“, Abschnitt „Therapiestrategien“, Seite 24) (<i>DGPPN et al. 2015</i>). Zum anderen deuten Studien darauf hin, dass anhand des Schweregrades der Verlauf der Krankheit, das Rückfallrisiko und das Suizidrisiko teilweise vorhergesagt werden können. Die ICD-10 gilt für die Schweregradeinteilung als klinisch nützliches Instrument (<i>Kessing 2004</i>). 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 Patientinnen und Patienten zu einer schnelleren Anwendung einer adäquaten Therapie und einem größeren Therapieerfolg führen. Positive Kosteneffekte zeigten sich durch die qualifizierte, leitlinienorientierte Behandlung der Depression (<i>Revicki et al. 1998; Sanderson et al. 2003</i>), sodass eine bedarfsgerechte, adäquate Versorgung der Patientinnen und Patienten zu einer Kostenreduktion führen kann.
Indikatorensysteme:	Ähnliche Indikatoren werden in folgenden Systemen angegeben: <ul style="list-style-type: none">■ Bericht der Arbeitsgruppe Ambulante Qualitätsindikatoren (<i>Schang 2018</i>)■ Quality and Outcomes Framework (QOF) (<i>National Health Service 2018</i>)■ AQUIK-Indikatorenset 2013 (<i>AQUIK 2014</i>)■ DGPPN (<i>Großimlinghaus et al. 2013</i>)
Leitlinien:	Der Indikator wurde auf Basis der Empfehlung Nr. 2-4 der Nationalen VersorgungsLeitlinie entwickelt und modifiziert. Diese rät mit dem Empfehlungsgrad B zur Diagnose einer depressiven Störung durch eine direkte und vollständige Erfassung der Haupt- und Zusatzsymptome und damit des Schweregrades (<i>DGPPN et al. 2015</i>).

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 Patientinnen und Patienten mit Depression erfasst. Eine niedrige Rate des Indikators kann für eine mangelnde Dokumentationsqualität und/oder eine geringe Diagnosequalität sprechen. Zu berücksichtigen ist, dass der Schweregrad auch von anderen Fachärztinnen und -ärzten sowie Ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten vergeben worden sein kann.

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

Mögliche 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 Hausärztinnen und Hausärzte
- Abgleich mit „fachspezifischer“ Schweregradbestimmung
- Überprüfung der eigenen Behandlungsstrategien bei Patientinnen und 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 Codierung angewendet werden. Es sollten Maßnahmen implementiert werden, die zur Erhöhung der Rate von Patientinnen und Patienten mit einer Schweregradbestimmung führen.

Indikator 6: Patientinnen und Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie

I Beschreibung

Aussage:	Dieser Indikator misst den prozentualen Anteil der Patientinnen und 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 Aufgabe der Hausärztinnen und Hausärzte, dazu beizutragen, die Zahl der unterversorgten Patientinnen und Patienten zu reduzieren.
Zielstellung:	Mit diesem Indikator soll ermöglicht werden, Patientinnen und 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: F32*, F33*) in der Patientenakte
Ausblick:	Mit der Anwendung des Indikators kann die Anzahl von Patientinnen und Patienten mit anhaltender depressiver Episode, die keine leitliniengerechte Therapie erhalten, gesenkt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Der Bezugszeitraum beträgt 24 Monate.
Bezugsebene:	Alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell

Formel:	Alle Pat. mit neu aufgetretener depressiver Episode und 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 <u>Alle Pat. mit neu aufgetretener depressiver Episode und innerhalb von 24 Monaten in vier aufeinanderfolgenden Quartalen dokumentierter Diagnose Depression</u>
Zähler:	Alle Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretener depressiver Episode (ICD-10: F32*, F33*) und 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 Patientinnen und Patienten mit neu aufgetretener depressiver Episode (ICD-10: F32*, F33*), bei denen innerhalb von 24 Monaten in vier aufeinanderfolgenden Quartalen die Diagnose Depression dokumentiert wurde
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 Codierqualität in den Hausarztpraxen eingeschränkt sein (z. B. fortlaufende Diagnosecodierung 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 Patientinnen und Patienten weder mit Antidepressiva noch mit einer Psychotherapie versorgt.
Praxisstudien und Evidenz:	Die Behandlung der Mehrzahl der Patientinnen und 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 gleichbleibender Symptomatik verbessern den Outcome bzw. vermindern das Risiko einer Chronifizierung und werden von der Nationalen VersorgungsLeitlinie empfohlen (<i>DGPPN et al. 2015</i>).

Kosteneffektivität:	Zur Kosteneffektivität kann keine belastbare Aussage getroffen werden.
Indikatorensysteme:	Ein ähnlicher Indikator wird in der DMP-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 abwartender Begleitung bei anhaltender oder verschlechterter Symptomatik.

V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit

Referenzwert:	Unter Berücksichtigung der psychosomatischen Grundversorgung bleiben im hausärztlichen Bereich etwa 20 % der Patientinnen und Patienten mit Depression ohne jegliche spezifische Therapie. Dieser Anteil von Patientinnen und Patienten mit Depression ohne depressionsspezifische Therapie im hausärztlichen Bereich liegt dabei deutlich höher als der Wert von 13,6 %, der den Anteil dieser Patientinnen und Patienten unabhängig vom Behandler abbildet (<i>Freytag et al. 2016</i>). Entsprechend der Nationalen VersorgungsLeitlinie schließt der Indikator die psychosomatische Grundversorgung nicht ein. Ohne die psychosomatische Grundversorgung ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Depression ohne spezifische Therapie daher deutlich höher zu vermuten.
Interpretation:	<p>Patientinnen und 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">■ In den Hausarztpraxen besteht möglicherweise eine heterogene Codierqualität, z. B. in Form der fortlaufenden Diagnosecodierung einer depressiven Erkrankung bei nicht mehr bestehender Erkrankung.■ Es werden nur Patientinnen und Patienten mit gesicherter Diagnose eingeschlossen.■ Das Ablehnen einer Behandlung durch die Patientinnen und 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:	Die Ergebnisse können für einen 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.

- Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:**
- Überprüfung der Dokumentationsqualität
 - Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte
 - Überprüfung der Behandlungsintensität
 - Verbesserung der Kooperation mit Fachärztinnen und Fachärzten (z. B. Psychiatern) und Ärztlichen bzw. Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten

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

I Beschreibung

- Aussage:** Dieser Indikator misst den prozentualen Anteil der Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit mittelgradiger Depression gleichwertige Therapieoptionen dar, die zwischen Ärztin bzw. Arzt und Patientin bzw. Patient im Rahmen der partizipativen Entscheidungsfindung besprochen werden sollen. Für das hausärztliche Setting ist schon das Angebot von Bedeutung, unabhängig vom tatsächlichen Starttermin der Therapie, der unterschiedlichen Limitationen unterliegen kann (siehe Punkt „Interpretation“ dieses Indikators). Das Therapieangebot kann dabei auch durch Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen.
- Zielstellung:** Der Zielwert des Indikators soll möglichst hoch sein. Möglichst vielen Patientinnen und 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: F32*, F33* und F34.1) inklusive des Schweregrades der Depression und der Verordnungen in der Patientenakte. Für die einfache Extraktion der Dokumentation der Empfehlung einer Psychotherapie ist ein entsprechendes Prozedere (ggf. eine eigene Codierziffer) festzulegen. Die optimale Versorgung für diese Patientengruppe erfordert eine gute Kooperation der beteiligten Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Koordinierung erfolgt hierbei vorrangig in der Hausarztpraxis.
Ausblick:	Mit der Anwendung des Indikators kann die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit mittelgradiger depressiver Episode, die keine leitliniengerechte Therapie erhalten, gesenkt werden. Der Indikator könnte bezüglich der Kriterien zur Abwägung und Entscheidung zwischen einer antidepressiven Pharmakotherapie und einer Psychotherapie weiter spezifiziert werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene:	Alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Pat. mit mittelgradiger Depression (ICD-10: F32.1, F33.1) innerhalb von zwölf Monaten, denen eine antidepressive Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde}}{\text{Alle Pat. mit mittelgradiger Depression (ICD-10: F32.1, F33.1) innerhalb von zwölf Monaten}}$
Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit mittelgradiger Depression (ICD-10: F32.1, F33.1) innerhalb von zwölf Monaten, 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 Patientinnen und Patienten mit mittelgradiger Depression (ICD-10: F32.1, F33.1) innerhalb von zwölf Monaten
Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquelle:	Routinedokumentation und klinische Dokumentation in der Patientenakte, Abrechnungsdaten der Kostenträger

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Auswertung des Indikators erfordert eine zusätzliche Codierungsziffer für die ausgesprochene Empfehlung einer Pharmako- oder Psychotherapie. Die Praktikabilität des Indikators ist dadurch in Bezug auf die Datenverfügbarkeit und den Erhebungsaufwand vorerst eingeschränkt. Auch die Messgüte des Indikators kann hierdurch eingeschränkt sein. Der Indikator kann näherungsweise durch bereits vorliegende Routinedaten bestimmt werden, in denen die Inanspruchnahme von Psycho- und Pharmakotherapien erfasst wird. Diese Erfassung berücksichtigt dann jedoch nicht, dass eine angebotene Therapie auf Wunsch der Patientinnen und 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 (*Melchior et al. 2014*).

Praxisstudien und Evidenz:

Bei mittelgradiger Depression sind die Wirksamkeit einer Psychotherapie und diejenige einer Pharmakotherapie vergleichbar. Daher wird bei mittlerem Schweregrad entweder eine Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie als Therapie der ersten Wahl empfohlen. Eine Kombinationsbehandlung aus 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 Patientinnen und Patienten ein Antidepressivum, weitere 14 % der Patientinnen und Patienten nehmen mindestens eine probatorische Sitzung oder eine Psychotherapie in Anspruch (*Freytag et al. 2016*).

Kosteneffektivität:

Untersuchungen zur Kosteneffektivität liegen nicht vor. Patientinnen und Patienten mit mittelgradiger depressiver Episode, die eine adäquate Therapie verordnet bekommen (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*).

Indikatorensysteme:

Ähnliche Indikatoren werden aufgeführt von:

- DGPPN (*Großimlinghaus et al. 2013*)
- DMP-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 Patientinnen und Patienten mit 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 Patientinnen und 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 Codierung des Schweregrades (siehe Indikator 5) der Depression beinhaltet. Bezüglich des Angebots einer Psychotherapie ist für die Interpretation des Indikators limitierend zu berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung erhalten haben können und eine erneute Behandlung nicht indiziert ist oder die Patientin bzw. der Patient eine Psychotherapie ablehnt.

Einbindung in die QZ-Arbeit: Der Indikator, der den prozentualen Anteil der Patientinnen und Patienten erfasst, denen entweder eine Pharmakotherapie oder eine Psychotherapie angeboten wurde, ermöglicht einen Soll-Ist-Vergleich für 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.

**Mögliche Handlungs-
konsequenzen für
das QM einer Praxis/
eines Netzes:**

- Verbesserung der Dokumentationsqualität
- Überprüfung der angewandten Therapien bei mittelgradiger Depression
- Verbesserung der Kooperation mit Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten

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

I Beschreibung

Aussage:	Dieser Indikator misst den Anteil der Patientinnen und Patienten mit schwergradiger depressiver Episode in der Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell, für die dokumentiert ist, dass ihnen eine Kombinationsbehandlung, bestehend aus einer antidepressiven Pharmakotherapie und einer Psychotherapie, angeboten wurde.
Begründung:	Patientinnen und Patienten mit schwerer depressiver Episode stellen aufgrund des komplexen Versorgungsbedarfs die beteiligten Akteure der medizinischen Versorgung vor besondere Herausforderungen. Aufgrund der hohen Symptombelastung der Patientinnen und Patienten, der erhöhten Suizidgefahr und der entstehenden Kosten (u. a. durch Krankheitstage und Krankenhausaufenthalte) besteht ein erhöhter Handlungsbedarf. Die optimale Versorgung für diese Patientengruppe erfordert Interdisziplinarität und eine gute Kooperation der beteiligten Ärztinnen und Ärzte. Die Hausarztpraxis hat als erste Anlaufstelle hierbei häufig eine besondere, koordinierende Funktion. Aufgrund der erhöhten Wirksamkeit im Vergleich zu einer Monotherapie in dieser Patientengruppe soll Menschen mit schwergradiger depressiver Episode eine Kombinationstherapie, bestehend aus einer Pharmako- und einer Psychotherapie, empfohlen werden. Für das hausärztliche Setting ist schon das Angebot von Bedeutung, unabhängig vom tatsächlichen Starttermin der Therapie, der unterschiedlichen Limitationen unterliegen kann (siehe Punkt „Interpretation“ dieses Indikators). Das Therapieangebot kann dabei auch durch Fachärztinnen und -ärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Ärztliche und Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten erfolgen.
Zielstellung:	Der Wert des Indikators sollte möglichst hoch ausfallen. Möglichst vielen Patientinnen und Patienten mit schwergradiger depressiver Episode sollte eine Kombinationsbehandlung aus 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: F32*, F33*) inklusive der Schweregradeinteilung und der Empfehlung einer Kombinationstherapie in der Patientenakte ist erforderlich. Für die einfache Extraktion der Dokumentation der Empfehlung einer Kombinationsbehandlung ist ein entsprechendes Prozedere (ggf. eine eigene Codierungsziffer) festzulegen.

Ausblick: Mit der Anwendung des Indikators kann die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit schwerer depressiver Episode, die keine leitliniengerechte Therapie erhalten, gesenkt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum: Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.

Bezugsebene: Alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell

Formel:
$$\frac{\text{Anzahl der Pat. mit schwerer depressiver Episode innerhalb von zwölf Monaten, für die dokumentiert ist, dass ihnen eine Kombinationsbehandlung aus antidepressiver Pharmakotherapie und Psychotherapie angeboten wurde}}{\text{Anzahl der Pat. mit schwerer depressiver Episode innerhalb von zwölf Monaten}}$$

Zähler: Anzahl der Patientinnen und Patienten mit schwerer depressiver Episode (ICD-10: F32.2 und F33.2) innerhalb von zwölf Monaten, für die dokumentiert ist, dass ihnen eine Kombinationsbehandlung aus antidepressiver Pharmakotherapie (ATC-Codes siehe Indikator 7) und Psychotherapie angeboten wurde.

Nenner: Anzahl der Patientinnen und Patienten mit schwerer depressiver Episode (ICD-10: F32.2 und F33.2) 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 Codierungsziffer für die ausgesprochene Empfehlung einer Kombinationsbehandlung. Die Praktikabilität des Indikators ist dadurch in Bezug auf die Datenverfügbarkeit und den Erhebungsaufwand vorerst eingeschränkt. Auch die Messgüte kann hierdurch eingeschränkt sein. Allerdings kann der Indikator näherungsweise durch die Inanspruchnahme der Kombinationsbehandlung aus 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 Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten mit schwerer depressiver Episode eine leitliniengerechte (Kombinations-)Behandlung erhielt. Der Großteil der schwer depressiven Patientinnen und Patienten (ca. 47 %) wurde ausschließlich mit Antidepressiva behandelt (<i>Melchior et al. 2014</i>).
Kosteneffektivität:	Untersuchungen zur Kosteneffektivität liegen nicht vor. Patientinnen und Patienten, die eine Kombinationstherapie in Anspruch nehmen, können von einer verkürzten Krankheitsdauer und verminderten Symptomatik profitieren. Positive Effekte hinsichtlich der Kosteneffektivität bei qualifizierter, leitlinienorientierter Behandlung sind zu erwarten (<i>Revicki et al. 1998; Sanderson et al. 2003</i>).
Indikatorensysteme:	Ähnliche Indikatoren werden in folgenden Systemen angegeben: <ul style="list-style-type: none"> ■ DGPPN (<i>Großimlinghaus et al. 2013</i>) ■ VA/DoD Clinical Practice Guidelines. Management of Major Depressive Disorder (<i>Management of Major Depressive Disorder Working Group 2016</i>) ■ DMP-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 aus 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 Patientinnen und Patienten mit schwergradiger Depression eine Kombinationstherapie (<i>Freytag et al. 2016</i>).
Interpretation:	Der Indikator gibt Hinweise auf den Umfang der Therapieplanung bei Patientinnen und 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 Codierung des Schweregrades (siehe Indikator 5) der Depression beinhaltet oder nicht ICD-10-konform codiert wird. Bei der Interpretation des Indikators ist zu berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung erhalten haben können und daher keine Indikation für eine erneute Psychotherapie besteht oder Patientinnen und Patienten die Therapie möglicherweise abgelehnt haben.

Einbindung in die QZ-Arbeit:

Ein Indikator, der den prozentualen Anteil der Patientinnen und Patienten erfasst, denen eine Kombinationstherapie empfohlen wurde, ermöglicht bei ICD-10-konformer Codierung einen Soll-Ist-Vergleich für 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.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:

- Verbesserung der Dokumentationsqualität
- Umsetzung der Leitlinienempfehlung
- Verbesserung der Kooperation mit Ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten
- Überprüfung der Notwendigkeit einer Überweisung in eine fachärztliche Behandlung (z. B. Psychiater)

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

I Beschreibung

Aussage:

Mit diesem Indikator soll beschrieben werden, ob Patientinnen und 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 beibehalten werden. Die Hausärztin bzw. der Hausarzt ist auch für die Exploration der Effekte der durch sie bzw. ihn oder andere initiierten Pharmakotherapie verantwortlich. Mit einer regelmäßigen Verlaufsbeobachtung kann der Remissionszeitpunkt erfasst werden. Die Verordnung der Medikation kann hierbei auch durch Fachärztinnen und -ärzte 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 von Patientinnen und Patienten mit einer 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: F32*, F33*, F34.1), der verordneten Medikation und der empfohlenen Therapiedauer erforderlich. Weiterhin müssen regelmäßige Verlaufskontrollen erfolgen und dokumentiert (ggf. durch eine eigene Codierungsziffer) sein, um den Zeitpunkt der Remission erfassen zu können.
Ausblick:	Die Anwendung des Indikators soll dabei helfen, die Behandlungsqualität zu verbessern. Durch die erforderlichen Verlaufskontrollen und die Überprüfung der Mindesteinnahmezeit der Erhaltungstherapie können die Leitlinienempfehlungen flächendeckend implementiert werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Der Bezugszeitraum beträgt 24 Monate (inkl. einer ausreichenden Nachbeobachtungszeit).
Bezugsebene:	Alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Pat. mit Depression innerhalb von 24 Monaten in einer Hausarztpraxis mit antidepressiver Pharmakotherapie und erreichter Remission, die ihre Medikation über mindestens vier weitere Monate erhalten}}{\text{Anzahl der Pat. mit Depression innerhalb von 24 Monaten in einer Hausarztpraxis mit antidepressiver Pharmakotherapie und erreichter Remission}}$
Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Depression (ICD-10: F32*, F33*) innerhalb von 24 Monaten mit antidepressiver Pharmakotherapie (ATC-Codes siehe Indikator 7) und erreichter Remission, die ihre Medikation über mindestens vier weitere Monate erhalten
Nenner:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Depression (ICD-10: F32*, F33*) 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 Patientinnen und Patienten die antidepressive Pharmakotherapie über mindestens neun Monate verordnet. Innerhalb von Deutschland schwankt dieser Wert zwischen 20 % und 36 %.

Praxisstudien und Evidenz:

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

Kosteneffektivität:

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

Indikatorensysteme:

Ähnliche Indikatoren werden in folgenden Systemen angegeben:

- Adult Major Depressive Disorder Performance Measurement Set (*Physician Consortium for Performance Improvement 2015*)
- Practice Guideline 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*)
- DMP-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 eingenommen 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 Patientinnen und Patienten mit Depression. Eine geringe Anzahl von Patientinnen und Patienten, die ihre antidepressive Medikation über insgesamt sechs Monate einnehmen, kann ein Hinweis auf eine unzureichende Umsetzung der Leitlinienempfehlung sein.

Weitere, von der behandelnden Ärztin oder vom behandelnden Arzt nicht beeinflussbare Gründe, z. B. ein Therapieabbruch durch die Patientin oder 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 Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch 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.

Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:

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

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

I Beschreibung

Aussage:	Dieser Indikator misst den Anteil der Patientinnen und 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 einem Risiko der Toleranzentwicklung bzw. des Entzugssyndroms behaftet und können zu 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 Verordnung von Zusatzmedikation bei Patientinnen und Patienten mit Depression erfolgt oft in der Absicht, die Wirklatenz von Antidepressiva bei einem 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 Patientinnen und 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 (länger als vier Wochen) einer besonderen Begründung in der ärztlichen Dokumentation. Die über vier Wochen andauernde Verordnung der Medikation kann hierbei auch durch Fachärztinnen und 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 von Patientinnen und 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: F32*, F33* und F34.1) 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 von der WHO festgelegten und vom WIdO an die deutschen 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 20 Stück Zopiclon zu 7,5 mg entspricht daher 20 DDD. Die Verordnung von zwei Packungen mit je 20 Filmtabletten Zopiclon zu 7,5 mg (d. h. 40 DDD) an eine Patientin oder einen Patienten pro Quartal würde den Schwellenwert von 28 DDD deutlich überschreiten.
Ausblick:	Mit der Anwendung des Indikators kann die Rate der Patientinnen und Patienten, bei denen Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa längerfristig verordnet werden, gesenkt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene:	Alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Pat. mit Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) innerhalb von zwölf Monaten, die Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa in einer Dosis erhalten, die theoretisch für eine Behandlungsdauer von mehr als vier Wochen ausreicht}}{\text{Anzahl der Pat. mit Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) innerhalb von zwölf Monaten}}$
Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) innerhalb von zwölf Monaten, die Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa (ATC-Codes: No5BA, No5CD, No5CF) in einer Dosis erhalten, die theoretisch für eine Behandlungsdauer von mehr als vier Wochen ausreicht
Nenner:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) 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 und so 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 Entzugerscheinungen verordnet wird (<i>Hüllinghorst et al. 2007</i>). Bei Patientinnen und 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 der Verschreibungen von Anxiolytika und Sedativa länger als vier Wochen an den gesamten Verschreibungen von Anxiolytika und Sedativa bei depressiven Patientinnen und Patienten liegt gemäß Routinedatenanalysen bei 40 % (<i>Freytag et al. 2016</i>).
Kosteneffektivität:	Eine Analyse zur Kosteneffektivität liegt bisher nicht vor. Eine Kostenreduktion ist durch eine Reduzierung der verordneten Medikation und der Krankheitslast der Patientinnen und Patienten möglich.
Indikatorensysteme:	Ein ähnlicher Indikator wird (bezogen auf alle Patientinnen und 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 des aQua-Institus für Qualitätszirkel der hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg (<i>aQua-Institut 2017</i>).
Leitlinien:	Der Indikator wurde in Anlehnung an die Nationale VersorgungsLeitlinie entwickelt und modifiziert, die auf S. 185 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 der Patientinnen und 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 innerhalb von Hausarztpraxen, in Arztnetzen, Qualitätszirkeln oder auch KV-Bezirken analysiert und verglichen werden. In Hinblick auf die angestrebten Ziele bzw. die Zielerreichung sollten Gründe und Handlungsoptionen diskutiert werden.
Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dokumentation der Verordnungsbegründung ■ Überprüfung der Indikationsstellung ■ Patientengespräche über das 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 Patientinnen und Patienten. Seine Verwendung zur Schaffung negativer monetärer Anreize wird daher nicht empfohlen.</p>

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

I Beschreibung

Aussage:	Dieser Indikator misst den prozentualen Anteil der Patientinnen und Patienten in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen.
Begründung:	Bei Patientinnen und 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 trizyklischer Antidepressiva bei Patientinnen und Patienten mit KHK daher abgesehen werden. Stattdessen soll eine Pharmakotherapie mit einem SSRI verordnet werden, wobei auch hier ähnliche, jedoch deutlich weniger häufig auftretende Nebenwirkungen zu beachten sind. Die Verordnung der Medikation kann hierbei auch durch Fachärztinnen und Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgen.

Zielstellung:	Der Wert des Indikators sollte möglichst niedrig ausfallen. Die Anzahl der Patientinnen und 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 Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) in der Patientenakte
Ausblick:	Die Anwendung des Indikators kann dazu beitragen, die Rate der Verschreibungen von trizyklischen Antidepressiva bei depressiven Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung zu senken.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Der Bezugszeitraum beträgt zwölf Monate.
Bezugsebene:	Alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Pat. mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung innerhalb von zwölf Monaten, die trizyklische Antidepressiva verordnet bekommen}}{\text{Anzahl der Pat. mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung innerhalb von zwölf Monaten}}$
Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung (ICD-10: F32*, F33* bzw. F34.1) innerhalb von zwölf Monaten, die trizyklische Antidepressiva (ATC-Code: No6AA) verordnet bekommen
Nenner:	Anzahl der Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung (ICD-10: F32*, F33* bzw. F34.1) 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 Patientinnen und Patienten mit KHK liegen nicht vor. In einem Artikel zur Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Herzinsuffizienz auf der Grundlage von Abrechnungsdaten der AOK, darunter auch KHK-Patientinnen und -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 Herzerkrankung einhergeht (<i>Cohen et al. 2000; Nezafati et al. 2015; Rosenberg et al. 2010</i>). Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit bestehender KHK stellt die Vergabe von trizyklischen Antidepressiva einen besonderen Risikofaktor dar. Patientinnen und Patienten mit einer KHK sind bei der Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva einem um den Faktor 2,2 erhöhten Infarktisiko ausgesetzt (<i>Cohen et al. 2000</i>). Auch bei anderen antidepressiven Medikamenten sind ähnliche Nebenwirkungen bekannt, deren Auftreten jedoch insbesondere bei den SSRI weniger wahrscheinlich ist (<i>Nezafati et al. 2015; Zuidersma et al. 2013</i>). 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 eine Reduzierung der Krankheitslast der Patientinnen und Patienten möglich.
Indikatorensysteme:	Der Indikator findet bisher in keinem anderen Indikatorsystem Verwendung.
Leitlinien:	Der Indikator beruht auf der Empfehlung Nr. 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 (<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:	Der Indikator gibt an, wie häufig trizyklische Antidepressiva trotz der kardialen Nebenwirkungen bei Patientinnen und 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 für einen Vergleich innerhalb von Hausarztpraxen, in Netzwerken, Qualitätszirkeln oder auch KV-Bezirken genutzt werden. Gründe für die Verschreibung von trizyklischen Antidepressiva bei Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung können diskutiert und in der weiteren Arbeit überprüft werden. Ein Fortbildungsbedarf kann identifiziert werden.
Mögliche Handlungs- konsequenzen für das QM einer Praxis/ eines Netzes:	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dokumentation der Verordnungsbegründung ■ Überprüfung der Indikationsstellung ■ Aufklärung/Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte bzgl. der leitliniengerechten pharmakologischen Behandlung von Patientinnen und Patienten mit koronarer Herzerkrankung und komorbider depressiver Störung

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

I Beschreibung

Aussage:	Dieser Indikator misst den prozentualen Anteil der Patientinnen und Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, denen eine Psychotherapie empfohlen wurde, an allen Patientinnen und Patienten in einer Hausarztpraxis oder im Versorgungsmodell. Zu der Gruppe von Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter zählen Personen ab dem 65. Lebensjahr. Die Empfehlung einer Psychotherapie bei Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter soll unabhängig vom Schweregrad erfolgen.
Begründung:	Depressionen sind bei Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter die häufigste psychische Störung. Gerade depressive Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter sind zudem einem erhöhten Suizidrisiko ausgesetzt. Darüber hinaus spielen insbesondere in dieser Patientengruppe neben der genetischen Disposition auch somatische Erkrankungen und psychosoziale Faktoren für den Verlauf der Depression eine große Rolle. Die nachhaltige Wirksamkeit

der Psychotherapie konnte bei älteren Patientinnen und Patienten mit Depression gezeigt werden. Daher sollten Personen mit Depressionen im höheren Lebensalter eine Psychotherapie angeboten bekommen. Für das hausärztliche Setting ist schon das Angebot der Therapie von Bedeutung, unabhängig vom tatsächlichen Starttermin der Therapie, der unterschiedlichen Limitationen unterliegen kann (siehe Punkt „Interpretation“ dieses Indikators).

Zielstellung:	Der Wert des Indikators sollte möglichst hoch ausfallen. Die Anzahl der Patientinnen und Patienten mit Depression im höheren Lebensalter, die eine Psychotherapie empfohlen bekommen, sollte möglichst groß sein.
Einbezogene Fachgruppen:	Im hausärztlichen Sektor nach SGB V tätige Allgemeinmediziner, Diplommediziner, praktische Ärzte und Internisten
Voraussetzungen:	Vollständige Dokumentation der Diagnosen (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) in der Patientenakte und ggf. eine eigene Codierungsziffer für die ausgesprochene Empfehlung. Die optimale Versorgung für diese Patientengruppe erfordert eine gute Kooperation der beteiligten Ärztinnen und Ärzte bzw. Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Hausärztinnen und Hausärzte haben hier eine besondere, koordinierende Funktion.
Ausblick:	Mit der Anwendung des Indikators kann die Rate der depressiven Patientinnen und 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 zwölf Monate.
Bezugsebene:	Alle Patientinnen und Patienten in der Arztpraxis oder im Versorgungsmodell
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Pat. im höheren Lebensalter (65+) mit Depression innerhalb von zwölf Monaten, denen eine Psychotherapie angeboten wurde}}{\text{Anzahl der Pat. im höheren Lebensalter mit Depression innerhalb von zwölf Monaten}}$
Zähler:	Anzahl der Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter (65+) mit Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) innerhalb von zwölf Monaten, denen eine Psychotherapie angeboten wurde
Nenner:	Anzahl der Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter mit Depression (ICD-10: F32*, F33* und F34.1) innerhalb von zwölf Monaten

Ausschlusskriterien:	Keine
Datenquelle:	Klinische Dokumentation in der Patientenakte

III Anmerkungen zur Messgüte

Die Auswertung des Indikators erfordert eine zusätzliche Codierziffer 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 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 Patientinnen und 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 von diagnostizierten Depressionsdiagnosen im höheren Alter. Das erste Maximum diagnostizierter 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- bis 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 der Psychotherapie zur Behandlung von Depressionen bei Patientinnen und Patienten im höheren Lebensalter ist nachgewiesen (<i>Huang et al. 2015; Kiosses et al. 2011; Wilson et al. 2008</i>). Zur Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie und der Problemlösetherapie existiert die umfangreichste Evidenz (<i>DGPPN et al. 2015</i>).
Kosteneffektivität:	Zur Kosteneffektivität der Psychotherapie bei älteren Menschen liegen keine spezifischen Daten vor.
Indikatorensysteme:	Ein ähnlicher Indikator wird in der VA/DoD Clinical Practice Guideline Management of Major Depressive Disorder (<i>Management of Major Depressive Disorder Working Group 2016</i>) formuliert.
Leitlinien:	Der Indikator basiert auf der Empfehlung Nr. 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 einer Psychotherapie ist für die Interpretation des Indikators limitierend zu berücksichtigen, dass Patientinnen und Patienten bereits früher eine psychotherapeutische Behandlung erhalten haben können und eine neue Behandlung daher nicht indiziert ist oder die Patientin bzw. der Patient eine Psychotherapie möglicherweise abgelehnt hat.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	Die Ergebnisse können für einen Vergleich innerhalb von Hausarztpraxen, in Arzt- netzen, Qualitätszirkeln oder auch 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.
Mögliche Handlungs- konsequenzen 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 mit Ärztlichen und Psychologischen Psychothe- rapeutinnen und -therapeuten ■ Fortbildung der Hausärztinnen und Hausärzte

Indikator 13: Hausärztinnen und Hausärzte mit Fortbildung zur Depression

I Beschreibung

Aussage:	Dieser Indikator beschreibt, wie viele Hausärztinnen und Hausärzte eines Arztnet- zes, eines Qualitätszirkels oder einer KV-Region sich im Bereich der Behandlung der Depression fortgebildet und qualifiziert haben. Die Fortbildung sollte inner- halb 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 Hausärztinnen und Hausärzte und somit eine bessere Umsetzung der angestrebten Ziele in der Behandlung depressi- ver Patientinnen und 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 Netzärztinnen und -ärzte in Qualitätszirkeln integriert sein, um die Ärztinnen und Ärzte nicht mit einer Vielfalt von Zusatzqualifikationen zu überfordern.
Ausblick:	Der Indikator fördert die Etablierung von systematischen und regelmäßigen Fortbildungsmaßnahmen. Die Behandlungskompetenz der Hausärztinnen und -ärzte wird sich durch eine regelmäßige Teilnahme an von der Landesärztekammer akkreditierten Fortbildungsveranstaltungen verbessern. Parallel können die Fortbildungen anhand der Rückmeldung der teilnehmenden Hausärztinnen und -ärzte weiterentwickelt werden.

II Berechnung des Indikators

Betrachtungszeitraum:	Der Bezugszeitraum beträgt drei Jahre.
Bezugsebene:	Alle Hausärztinnen und Hausärzte eines Arztnetzes oder des Versorgungsmodells
Formel:	$\frac{\text{Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte eines Arztnetzes mit Teilnahme an einer von einer Landesärztekammer zertifizierten Fortbildung zur Behandlung der Depression innerhalb von drei Jahren}}{\text{Gesamtzahl der Hausärztinnen und Hausärzte eines Netzes}}$
Zähler:	Anzahl der Hausärztinnen und Hausärzte eines Arztnetzes mit Teilnahme an einer von einer Landesärztekammer zertifizierten Fortbildung zur Behandlung der Depression innerhalb von drei Jahren
Nenner:	Gesamtzahl der Hausärztinnen und 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 hausärztlich Tätigen im Bereich der Depression vor.
Praxisstudien und Evidenz:	Studien konnten zeigen, dass das Wissen von Hausärztinnen und Hausärzten über das Störungsbild und die Erkennungsrate von Menschen mit Depression sowie die Sicherheit in der Behandlung der Depression durch Schulungsmaßnahmen deutlich verbessert werden können (<i>Coppens et al. 2018; Fallucco 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. Eine Kosteneffektivität ist längerfristig möglich, wenn die diagnostizierten Patientinnen und Patienten auch behandelt werden und die Prävalenz dadurch sinkt und wenn gesellschaftliche Kosten wie Krankheitstage berücksichtigt werden. Kurzfristig ist eher zu erwarten, dass eine bessere Diagnostik und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Depression infolge einer besseren Schulung der Hausärztinnen und Hausärzte die Kosten erhöht, nach manchen Untersuchungen bis auf das Doppelte bzw. Dreifache (<i>Lave et al. 1998; Schoenbaum et al. 2001</i>).
Indikatorensysteme:	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 Hausärztinnen und 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 der Ärztinnen und Ärzte 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 Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Depression.
Einbindung in die QZ-Arbeit:	Die Ergebnisse der Indikatormessung können in einrichtungsinternen Besprechungen analysiert werden. In Hinblick auf die angestrebten Ziele bzw. die Zielerreichung sollten Gründe und Handlungsoptionen diskutiert werden.
Mögliche Handlungskonsequenzen 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 für die Erstellung der 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 Patientinnen und Patienten mit Depression	9	5
4	Screening auf Depression bei Patientinnen und Patienten mit KHK bzw. Diabetes	7	4
5	Screening auf Depression bei Patientinnen und 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 Patientinnen und Patienten ohne medikamentöse antidepressive Therapie	6	7
17	Funktionsverbesserung depressiver Patientinnen und 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 Major Depression	8	7
23	Schweregradeinteilung bei Major Depression	6	6
24	Adäquate Therapie bei Major Depression	6	5
25	Depressionsscreening	4	6

NR.	NAME	RELEVANZ	PRAKTIKABILITÄT
26	Screening auf Suizidalität depressiv Erkrankter mit posttraumatischer Belastungsstörung	5	5
27	Dokumentation der DSM-IV-Kriterien bei Patientinnen und Patienten mit Major Depression spätestens drei Monate nach Episodenbeginn	2	3
28	3-Monats-Kontakt bei Patientinnen und Patienten mit Major Depression	6	6
29	Reassessment nach drei Monaten mit validiertem Instrument bei Patientinnen und Patienten mit Major Depression	7	5
30	Abklärung einer Hypomanie/Manie bei depressiven Patientinnen und Patienten	8	4
31	Symptomreduktion nach sechs Monaten bei Major Depression	7	7
32	Remission nach sechs Monaten bei Major Depression	8	4
33	Suizidrate bei Patientinnen und Patienten mit Major Depression	8	6
34	Dauer der antidepressiven medikamentösen Therapie von drei Monaten bei Major Depression	5	5
35	Dauer der antidepressiven medikamentösen Therapie von sechs Monaten bei Major Depression	6	6
36	Dauer der antidepressiven medikamentösen Therapie von drei Monaten	5	6
37	Dokumentation der DSM-IV-Kriterien bei Patientinnen und Patienten mit Major Depression 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 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 des Angebots einer angemessenen psychotherapeutischen Nachbehandlung	5	4
49	Angebot einer längerfristigen stabilisierenden Psychotherapie (Rezidivprophylaxe)	5	3
50	Suizidprävention durch Nachsorge und Kontaktangebote	8	2
51	Patientinnen und Patienten mit diagnostizierter Depression	9	6
52	Depressive Patientinnen und Patienten mit Beratung durch die Hausärztin oder den Hausarzt	4	3
53	Depressive Patientinnen und 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

NR.	NAME	RELEVANZ	PRAKTIKABILITÄT
56	Wechsel der Medikation	6	6
57	Überweisungsrate	6	3
58	Hausärztinnen und Hausärzte mit Fortbildung in der Behandlung der Depression	7K	7
59	Bestimmung der Depressionsschwere zu Therapiebeginn	8	6
60	Erfassung depressiver Patientinnen und Patienten im hausärztlichen Bereich	9K	7
61	Depressionsscreening bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes bzw . KHK	8K	8
62	Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen	8K	8
63	Patientinnen und 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 für die 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, Lehrbeauftragter der Universitätsmedizin Göttingen, Einbeck

Dipl.-Psych. Sabine Schäfer, Psychologische Psychotherapeutin, Weilheim/Teck, Stellvertretende Bundesvorsitzende der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV) Berlin

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

Literaturverzeichnis

- Alexopoulos GS. 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 (Hrsg.), *Practice guidelines for the treatment of people with psychiatric disorders*. Washington: 413–496.
- Anderson RJ, Freedland KE, Clouse RE & Lustman PJ. 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. 2017. Datenbasierte hausärztliche Qualitätszirkel in Baden-Württemberg. Verordnungsspiegel, Thema Depression und Angststörungen. (Im Auftrag der AOK Baden-Württemberg mit Unterstützung durch: Hausärztliche Vertragsgemeinschaft AG, Deutscher Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg e. V., MEDIVERBUND AG). Göttingen.
- 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 HU. 2011. Depressive Störungen: Major Depression und Dysthymie. In: Wittchen HU & Hoyer J (Hrsg.): *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer, Berlin/Heidelberg: 879–914. 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://www.researchgate.net/publication/326329020_Depressive_Symptomatik_bei_Erwachsenen_in_Deutschland.
- Brewster C. 2008. Overview of the STAndards for Bipolar Excellence (STABLE) project. *Journal of Psychiatric Practice*, 14 Suppl 2, 5–7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18677194/>.
- Büscher G, Stock J, Lipécz A, Borgstedt K, Andres E, Lindenthal J, Krämer K. 2023. Integration von Leitlinien in die Qualitätsförderung mit QISA und QuATRo. In: Günster C, Klauber J, Klemperer D, Nothacker M, Robra B-P, Schmuker C (Hrsg.): *Versorgungs-Report. Leitlinien-Evidenz für die Praxis*. Berlin: 177–193.
- Bundesärztekammer. 2001. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patientinnen und Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung. <https://seminstfuchs.com/wp-content/uploads/curriculum-psgv-psychosomatische-grundversorgung-seminar-kurs-seminarorganisation-fuchs.pdf>.
- Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 2022. Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005>.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. 2005. ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/_node.html.
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. 2023. DiGA-Verzeichnis. <https://diga.bfarm.de/de>.

- Bundespsychotherapeutenkammer. 2018. Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Berlin. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf.
- Busch MA, Maske UE, 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–9oS.
- 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 TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, 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 HW, Gibson G, Alderman MH. 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 AF. 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>.
- COVID-19 Mental Disorders Collaborators. 2021. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. Lancet 2021; 298, 1700–12. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).
- De Groot M, Anderson R, Freedland KE, Clouse RE, Lustman PJ. 2001. Association of Depression and Diabetes Complications: A Meta-Analysis. Psychosomatic medicine, 63(4), 619–630.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 2009. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung (1. Auflage, Version 1.2). <https://doi.org/10.6101/AZQ/000239>.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde, Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. 2015. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung (2. Auflage, Version 5). <https://doi.org/10.6101/AZQ/000364>.
- Deutscher Bundestag. 2022. Wartezeiten auf eine Psychotherapie, Studien und Umfragen. Dokumentation WD 9 - 3000 - 059/22. <https://www.bundestag.de/resource/blob/916578/53724d526490deea69f736b1fda83e76/WD-9-059-22-pdf-data.pdf>.

- Ebert-Rall T. 2017. QuATRO: Instrumente der Qualitätsmessung nutzen. *ÄrzteZeitung Online*. <https://www.aerztezeitung.de/Kooperationen/Instrumente-der-Qualitaetsmessung-nutzen-303999.html>.
- Fallucco EM, Seago RD, Cuffe SP, Kraemer DF, Wysocki T. 2015. Primary Care Provider Training in Screening, Assessment, and Treatment of Adolescent Depression. *Academic Pediatrics*, 15(3), 326–332. [https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859\(14\)00432-X/abstract](https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(14)00432-X/abstract).
- Fernández A, Haro JM, Martínez-Alonso M, Demyttenaere K, Brugha TS, 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 AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL 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://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24223526/>.
- Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR. 2001. The Rand/UCLA appropriateness method user's manual (vol. 1269). Santa Monica.
- Freytag A, Kösters M, Schmauß M, Becker T, Gensichen J. 2016. Daten-Monitoring Depression zur psycho- und pharmakotherapeutischen Inanspruchnahme von Patienten mit Depression. In: Klauber J (Hrsg.), *Versorgungs-Report 2015/2016. Schwerpunkt: Kinder und Jugendliche*. Schattauer, Stuttgart: 329–361.
- Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, 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 -ausschlüsse (Anlage III der Arzneimittel-Richtlinie, Stand: 04.11.17). Berlin.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. 2018. Systemische Therapie: Anerkennung des Nutzens und der medizinischen Notwendigkeit als Psychotherapieverfahren. <https://www.g-ba.de/beschluesse/3588/>.
- Gemeinsamer Bundesausschuss. 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://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-151-6-200909150-00001>.
- Gensichen J, Petersen JJ, von Korff M, 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: Klauber J (Hrsg.): *Versorgungs-Report 2015/2016. Schwerpunkt Kinder und Jugendliche*. Schattauer, Stuttgart: 309–327.
- Glaeske G, Janhsen K. 2007. GEK-Arzneimittel-Report 2007. Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005–2006. Asgard-Verlag Hippe, Bremen/Schwäbisch Gmünd.
- Greenberg PE, Kessler RC, Birnbaum HG, Leong SA, Lowe SW, Berglund PA 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 PE, Birnbaum HG. 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>.
- 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 SG, Becker T. 2019. S3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer, Berlin/Heidelberg. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-58284-8>.
- Günster C, Klauber J, Klemperer D, Nothacker M, Robra BP, Schmuker C. 2023. Versorgungs-Report. Leitlinien-Evidenz für die Praxis. Berlin.
- 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>.
- Härter M, Baumeister H, Bengel J. 2007a. Psychische Störungen bei Patienten mit einer somatischen Erkrankung aus der medizinischen Rehabilitation. In: Härter M, Baumeister H, Bengel J (Hrsg.): *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Springer, Heidelberg: 55–70.
- Härter M, Baumeister H, Bengel J. 2007b. *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Springer, Heidelberg.
- Härter M, Bermejo I, Niebling W. 2007. *Praxismanual Depression – Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen*. Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- 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 EC, 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://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/suicide-as-an-outcome-for-mental-disorder/s/1AAE5E8FEDA89A87A68EFO82A783FEEE>.
- Haug TT, Mykletun A, Dahl AA. 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*. Beltz, Weinheim.
- Hollon SD, Muñoz RF, Barlow DH, Beardslee WR, Bell CC, 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://www.biologicalpsychiatry-journal.com/article/S0006-3223\(02\)01384-7/abstract](https://www.biologicalpsychiatry-journal.com/article/S0006-3223(02)01384-7/abstract).
- Hollon SD, DeRubeis RJ, Fawcett J, Amsterdam JD, Shelton RC, 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>.
- Huang AX, Delucchi K, Dunn LB, Nelson JC. 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://www.ajgponline.org/article/S1064-7481\(14\)00121-3/ppt](https://www.ajgponline.org/article/S1064-7481(14)00121-3/ppt).
- Hüllinghorst R, Kaldewei D, Lindemann F, Merfert-Diete C. 2007. *Jahrbuch Sucht*. Neuland, Geesthacht.

- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. 2017. Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen. Abschlussbericht (Version 1.0, Stand: 04.04.2017). Köln.
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. 2018. Screening auf Depression. Vorbericht (vorläufige Nutzenbewertung) (Version 1.0, Stand: 23.03.2018). Köln.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. 2020. Global Burden of Disease Study 2019. Seattle. <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>.
- Jacobi F. 2007. Psychische Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. In: Härter M, Baumeister H, Bengel J (Hrsg.): Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Springer, Heidelberg: 45–53.
- Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU. 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 SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, 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://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(18\)32279-7/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(18)32279-7/fulltext).
- Kaduszkiewicz H, Gerste B, Eisele M, Schäfer I, Scherer M. 2014. Herzinsuffizienz: Epidemiologie und Versorgung. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N. (Hrsg.): Versorgungs-Report 2013/2014 „Depression“. Schattauer, Stuttgart.
- Karasu B, Gelenberg A, Wang P, Merriam A, McIntyre JS, Charles SC et al. 2000. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *The American journal of psychiatry*, 157(4), 1–45.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. 2014. AQUIK-Indikatorenset 2013. https://www.kbv.de/media/sp/AQUIK_QI_Aktualisierung_1-0_140324.pdf.
- Katon WJ, 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://psycnet.apa.org/record/2003-07828-005>.
- Kaufmann-Kolle P, Riens B, Grün B, Kazmaier T. 2013. Qualitätsindikatoren für die Verordnung von Arzneimitteln. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J. (Hrsg.): QiSA – Das Qualitätsindikatoren-system für die ambulante Versorgung. Band D „Pharmakotherapie“. KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ 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 EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA. 2000. Quality of care for general medical conditions. A review of the literature and quality indicators. Santa Monica. https://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1280.html.
- Kessing LV. 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 RC, 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 DN, Leon AC, Areán PA. 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 BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. 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 HH, Abate D, Abate KH, Abay SM, 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://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32335-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32335-3/fulltext).
- Lave JR, Frank RG, Schulberg HC, Kamlet MS. 1998. Cost-effectiveness of Treatments for Major Depression in Primary Care Practice. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 645. <https://psycnet.apa.org/record/1998-04925-010>.
- Löwe BP, Spitzer RL. 2002. PHQ-D: Gesundheitsfragebogen für Patienten. Pfitzer, Heidelberg.
- Lustman PJ, Anderson RJ, Freedland KE, Groot M de, Carney RM, Clouse RE. 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 Guidelines. Management of Major Depressive Disorder <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/mdd/>.
- Melchior H, Schulz H, Härter M. 2014. Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh.
- National Health Service. 2019. Quality and Outcomes Framework (QOF). Guidance for GMS contract 2019/20. <https://www.england.nhs.uk/publication/2019-20-general-medical-services-gms-contract-quality-and-outcomes-framework-qof/>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. 2009. Depression in adults: recognition and management – NICE guidance. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
- Nezafati MH, Vojdanparast M, Nezafati P. 2015. Antidepressants and cardiovascular adverse events: A narrative review. *ARYA Atherosclerosis*, 11(5), 295–304.
- Patten SB. 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://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10097835/>.
- Paykel ES, 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. Chicago. https://cdn.ymaws.com/www.thepcpi.org/resource/resmgr/AMDD_Measures_Specs_Combined.pdf.
- Pouwer F, Geelhoed-Duijvestijn PHLM, Tack CJ, Bazelmans E, Beekman AJ, Heine RJ 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://psycnet.apa.org/record/2014-48181-001>.

- Rapaport MH, 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://psychiatry-online.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.162.6.1171>.
- Revicki DA, Simon GE, 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. <https://psycnet.apa.org/record/1998-03182-002>.
- Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Miller MD 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 LB, Whang W, Shimbo D, Shah A, Shapiro PA, Davidson KW. 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 AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Nierenberg AA, Stewart JW, 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. 2012. Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. <https://www.svr-gesundheit.de/gutachten/default-title/>.
- Salize HJ, 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. 2018. Bericht der Arbeitsgruppe Ambulante Qualitätsindikatoren des Instituts für Ärztliche Qualität in SH gGmbH und Ärztenetze Schleswig-Holstein.
- Schneider A, Szecsenyi J. 2011. Psychosomatische Medizin in der Allgemeinarztpraxis – ein Überblick. In: Adler RH, Herzog W, Jorschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W et al. (Hrsg.): *Psychosomatische Medizin – Theoretische Modelle und klinische Praxis*. Urban & Fischer, München: 523–529.
- Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, 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: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg.): *QiSA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung*. Band C6 „Depression“. KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Seelig MD, 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 FW. 2007. Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Springer, Heidelberg.
- 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 ME. 1997. Treatment of Major Depression With Psychotherapy or Psychotherapy-Pharmacotherapy Combinations. *Archives of General Psychiatry*, 54(11), 1009. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/497959>.
- 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://bjgp.org/content/61/587/e316/tab-figures-data>.
- Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, 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://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(16\)31678-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(16)31678-6/fulltext).
- 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 BE. 2001. The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. Lawrence Erlbaum Associates.
- Wang S, Blazer DG. 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 NS, Shekelle PG, 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 MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. 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 PG, Vassilas C. 2008. Psychotherapeutic treatments for older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004853.pub2/references>.
- Wissenschaftliches Institut der AOK. 2014. Hohe Zufriedenheit mit ambulanter Versorgung bei psychischen Beschwerden. *WIdOmonitor*. KomPart Verlagsgesellschaft, Berlin.
- Wittchen HU, 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 HU, Jacobi F, Klose M, Ryl L, Ziese T. 2010. Depressive Erkrankungen Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Berlin.
- Wittchen HU, 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>.
- World Health Organization. 1992. The international and statistical classification of diseases and related health problems 10th revision. Genf.

- World Health Organization. 1998. Wellbeing measures in primary health care: the DepCare project. Copenhagen.
- World Health Organization. 2001. International Classification of Functioning, Disability and Health. <https://www.who.int/standards/classifications/international-classification-of-functioning-disability-and-health>.
- 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.
- Zuidersma M, Conradi HJ, van Melle JP, Ormel J, de Jonge P. 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 Depressionskala
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 e. V.
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
DMP	Disease-Management-Programm
GIN	Guidelines International Network
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ICF	Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHK	koronare Herzkrankheit
MAOI	Monoaminoxidase-Inhibitoren
MT ₁ /MT	Melatonin-Rezeptor-Agonisten
NaSSA	noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva
NICE	National Institute for Health and Clinical/Care 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	■ Aussage
	■ Begründung
	■ Zielstellung
	■ Einbezogene Fachgruppen
	■ Voraussetzungen
	■ Ausblick
II Berechnung des Indikators	■ Betrachtungszeitraum
	■ Bezugsebene
	■ Formel
	■ Zähler
	■ Nenner
	■ Ausschlusskriterien
	■ Datenquelle
III Anmerkungen zur Messgüte	
IV Bisherige Anwendung und Evidenz	■ Epidemiologie und Prävalenz
	■ Praxisstudien und Evidenz
	■ Reduzierung der Krankheitslast
	■ Kosteneffektivität
	■ Indikatorsysteme
	■ Leitlinien
V Einbindung in das Qualitätsmanagement bzw. die Qualitätszirkel-Arbeit	■ Referenzwert
	■ Interpretation
	■ Einbindung in die QZ-Arbeit
	■ Mögliche Handlungskonsequenzen für das QM einer Praxis/eines Netzes

Wie können Ärztinnen und 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 D2: Rationaler Antibiotikaeinsatz
- Band E1: Prävention
- Band E2: Krebsfrüherkennung
- Band F1: Hausärztliche Palliativversorgung
- Band F2: Multimorbidität

Die ersten 13 Bände erschienen zwischen 2009 und 2012. Weitere Bände kamen 2021 (D2) und 2022 (F2) hinzu. Die Bände werden im Lichte der Entwicklung von Wissen und Evidenz kontinuierlich auf aktuellem Niveau gehalten.

Weitere Informationen zu QISA unter www.qisa.de

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

ISBN: 978-3-940172-78-5