Ergebnisbericht (gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Universität Ulm
Förderkennzeichen:	01VSF19035
Akronym:	QualiPäd
Projekttitel:	Evaluation der Versorgungsqualität in der ambulanten Routineversorgung häufiger Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters
Autorinnen und Autoren:	Prof. Dr. Dr. Christian Bachmann, Claudia Mehl MSc, Dr. Daniel Meinzer, Prof. Dr. Max Geraedts M. San.
Förderzeitraum:	1. Juni 2020 - 31. März 2024
Ansprechperson:	Prof. Dr. med. Dr. P.H. Christian Bachmann Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Universitätsklinikum Ulm Steinhövelstr. 5 89075 Ulm T: +49 731-500-61603 F: +49 731-500-61602 M: +49 176 20100137 christian.bachmann@uniklinik-ulm.de

Das dieser Veröffentlichung zugrundliegende Projekt QualiPäd wurde mit Mitteln des Innovationsausschusses beim Gemeinsamen Bundesausschuss unter dem Förderkennzeichen 01VSF19035 gefördert.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zusammenfassung

Hintergrund: Der Großteil der ärztlichen Versorgung der rund 14 Millionen Kinder und Jugendlichen in Deutschland erfolgt ambulant, Daten zur Qualität der Versorgung fehlen jedoch bislang. Ziel der Studie war die Untersuchung der Qualität der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen am Beispiel häufiger psychischer und körperlicher Erkrankungen sowie der Erfassung begünstigender und hinderlicher Faktoren für die Erfüllung von Qualitätsindikatoren auf ärztlicher Seite.

Methodik: In KV-Praxen der Fachrichtungen Pädiatrie, Allgemeinmedizin sowie Kinder-/Jugendpsychiatrie in Hessen wurden Patientenakten von Kindern und Jugendlichen mit ADHS, Depression, Störung des Sozialverhaltens, Asthma, Neurodermitis, Otitis media sowie Tonsillitis ausgewertet. Für jedes Krankheitsbild wurden anhand der RAND/UCLA-Methode Qualitätsindikatoren (QI) erstellt und in einem zweistufigen Delphi-Verfahren konsentiert. Anschließend wurde die Erfüllung der QI anhand eigens erstellter Handbücher mit der Dokumentation in der Patientenakte abgeglichen.

Ergänzend wurden anhand hierfür entwickelter Interviewleitfäden drei Fokusgruppen mit niedergelassenen Ärzten (N=14) aller an der Studie teilnehmenden Fachrichtungen durchgeführt. Die Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch mithilfe der Software MAXQDA ausgewertet.

Ergebnisse: In der Gesamtstichprobe (N=1.156 Patienten, 20.347 überprüfte Krankheitsepisoden) betrug der Anteil erfüllter QI 62,2% (psychische Störungen: 55.8%, körperliche Erkrankungen: 67.4%), wobei es deutliche Unterschiede zwischen Krankheitsbildern gab (32,1% (Depression) – 98,9% (Störungen des Sozialverhaltens)). Einflussfaktoren für eine höhere Versorgungsqualität waren jüngeres Patientenalter und in eher ländlichen Regionen gelegene Arztpraxen. Im qualitativen Teil der Studie konnten fünf Faktoren identifiziert werden, die die Erfüllung von QI (überwiegend negativ) beeinflussen: Patientenbesonderheiten, Anforderungen im Praxisalltag, Priorisierung von Erfahrungswissen über Leitlinien, Behandlungskontinuität sowie individuelles Dokumentationsverhalten.

Diskussion: Im internationalen Vergleich liegt – bei methoden- und gesundheitssystem-bedingt eingeschränkter Vergleichbarkeit – die ambulante Versorgungsqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland auf vergleichbarem Niveau mit Australien und etwas höher als in den USA. Die befragten Ärzte entscheiden bei der Versorgung häufiger Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen sehr individuell, wie sie diagnostisch und therapeutisch vorgehen und wie sie dokumentieren.

Schlagworte: Asthma, Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, Depression, Fokusgruppen, Kinder, Jugendliche, MAXQDA, Neurodermitis, Otitis media, RAND/UCLA-Methode, Störung des Sozialverhaltens, Tonsillitis, Versorgungsqualität

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Inhaltsverzeichnis

I Abkürzungsverzeichnis 5

II Abbildungsverzeichnis 5

III Tabellenverzeichnis 5

1 Projektziele 6

1.1 Hintergrund 6

1.2 Forschungsfrage und Arbeitshypothese 7

1.2.1 Primäre Forschungsfrage 7

1.2.2 Sekundäre Forschungsfragen 7

1.3 Arbeitshypothese 7

2 Projektdurchführung 7

2.1 Projektbeteiligte 7

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts 8

2.3 Beschreibung Ablauf des Projekts 8

2.3.1 Zeitliche Abweichungen vom geplanten Ablauf 9

2.3.2 Inhaltliche Abweichungen vom geplanten Ablauf 10

3 Methodik 10

3.1 Überblick 10

3.2 Überlegungen zur Methodik 11

3.3 Endpunkte 12

3.4 Vorgehen 12

3.4.1 Entwicklung erkrankungsspezifischer Qualitätsindikatoren 12

3.4.2 Pilotphase 15

3.4.3 Rekrutierung der Praxen 15

3.4.4 Stichprobenziehung 16

3.4.5 Ableitung der ambulanten Versorgungsqualität 16

3.4.6 Datenauswertung 16

3.4.7 Qualitative Interviews mit Ärzten der teilnehmenden Praxen (Fokusgruppen) 16

3.4.8 Fallzahlberechnung 18

4 Projektergebnisse 19

4.1 Entwicklung von Qualitätsindikatoren-Sets für die untersuchten Krankheitsbilder 19

4.1.1 Zuordnung der QI zu inhaltlichen Kategorien und Qualitätsdimensionen 19

4.1.2 Bewertung und Konsentierung der Indikatoren 20

4.2 Stichproben 21

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.2.1 Praxen 21
4.2.2 Patienten 21
4.3 Erfüllungsgrad von Qualitätsindikatoren 22
4.4 Einflussfaktoren für höhere Versorgungsqualität 23
4.5 Ergebnisse der Fokusgruppen 23
4.5.1 Patientenbesonderheiten 23
4.5.2 Anforderungen im Praxisalltag 23
4.5.3 Behandlungskontinuität 23
4.5.4 Erfahrungswissen > Leitlinien 24
4.5.5 Arztspezifisches Vorgehen 24
4.5.6 Kritik an QI 24
4.6 Synthese der quantitativen und qualitativen Ergebnisse 28
5 Diskussion der Projektergebnisse 29
5.1 Methodische Aspekte 29
5.2 Ergebnisse 30
6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung 30
7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen 31
7.1 Artikel in begutachteten Zeitschriften 31
7.2 Kongressbeiträge 32
IV Literaturverzeichnis 32
V Anlagen 35

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

I Abkürzungsverzeichnis

AB	Asthma bronchiale
ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
DEPR	Depression
FEV1	Forced Expiratory Volume in 1 second
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
IA	Innovationsausschuss
KV	Kassenärztliche Vereinigung
ND	Neurodermitis
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development
OM	Otitis media
PREM	Patient-Reported Experience Measures
PROM	Patient-Reported Outcome Measures
RAM	RAND/UCLA Appropriateness Method
SSV	Störung des Sozialverhaltens
TO	Tonsillitis
QI	Qualitätsindikator(en)

II Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ablauf und Ergebnisse der Indikatorenrecherche und -konsentierung (AB: Asthma bronchiale, ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, DEPR: Depression, ND: Neurodermitis, OM: Otitis media, SSV: Störung des Sozialverhaltens, TO: Tonsillitis). 14

III Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Projektbeteiligte 7
Tabelle 2: Zusammensetzung der Fokusgruppen 17
Tabelle 3: Versorgungsqualität nach Erkrankung und Facharztgruppe 22
Tabelle 4: Ergebnisse der Fokusgruppen mit Ankerbeispielen. 24
Tabelle 5: Vergleich der Anzahl der QI und der Stichprobengröße existierender Studien zur Qualität der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen. 29

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1 Projektziele

1.1 Hintergrund

In Deutschland leben rund 14 Millionen Kinder und Jugendliche, dies entspricht etwa 17 Prozent der Bevölkerung. Der ganz überwiegende Teil der medizinischen Versorgung dieser Altersgruppe erfolgt in Deutschland ambulant, in der Regel durch Kinderärzte oder Allgemeinärzte [Seeling 2018]. Über 90 % der Kinder und Jugendlichen nehmen dort mindestens einmal jährlich ambulante Versorgungsleistungen wahr [Rattay 2014]. Die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte ist somit das zentrale Element in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Während für die gesundheitliche Lage im Allgemeinen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die KIGGS-Studien des RKI ausreichende Informationen vorliegen [www.kiggs-studie.de], gibt es zur Versorgungsqualität in der Routineversorgung von Kindern und Jugendlichen für Deutschland und auch international kaum aussagekräftige Daten. Die wenigen existierenden Studien sind, abgesehen von zwei Studien aus den USA und Australien [Mangione-Smith 2007, Braithwaite 2018], entweder monozentrisch angelegt oder beschränken sich auf einzelne Störungsbilder [z.B. Doherty 2007, Wang 2008, Ulusoy 2017].

Diese schwache Datenlage ist beklagenswert, da die Versorgungsqualität, d.h. das Maß, in dem Diagnosestellung und Therapie den Vorgaben der relevanten Leitlinien entsprechen, ein zentraler Baustein der Versorgung ist und das patientenseitige Outcome maßgeblich beeinflusst. Dementsprechend wurde seit dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2001/II wiederholt auf das Thema der bedarfsgerechten Versorgung fokussiert, zuletzt im Gutachten 2014. Umgekehrt ist eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung mit erheblichen Nachteilen für Patient und Gesundheitssystem verbunden.

Der hohe Stellenwert der Versorgungsqualität gewinnt in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen noch einmal zusätzlich an Bedeutung, da bei vielen Erkrankungen in dieser Patientengruppe suboptimale Diagnostik und Therapie das Risiko von Folgeschäden bzw. einer Chronifizierung deutlich erhöhen.

Bei Antragstellung lagen weltweit nur zwei Studien vor, die in einem multizentrischen Design die Versorgungsqualität bei mehreren Störungsbildern des Kindes- und Jugendalters in unterschiedlichen Versorgungssettings untersucht haben: Eine Studie aus den USA untersuchte im Zeitraum 1996–2000 in zwölf US-amerikanischen Ballungsräumen die Versorgungsqualität hinsichtlich zwölf häufiger pädiatrischer Versorgungsanlässe (N=1.536, Alter: 0-17 Jahre) und fand eine durchschnittliche Versorgungsqualität von 46,5 % [Mangione-Smith 2007]. In einer Studie aus Australien untersuchten Braithwaite et al. für 17 häufige Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters die Behandlungsqualität in zwölf medizinischen Einrichtungen der Primärversorgung mithilfe von Qualitätsindikatoren (N=6.689 Kinder, Alter: 0–15 Jahre). Die ermittelte Adhärenz zu den aus Behandlungsleitlinien abgeleiteten Qualitätsindikatoren lag in dieser Studie durchschnittlich bei 59,8 % [Braithwaite 2018].

Die vorgenannten Befunde bestätigen damit Empfehlungen, die schon vor Jahren aufgrund erheblicher Defizite in der Versorgungsqualität kranker Kinder und Jugendlicher die Entwicklung von Qualitätsindikatoren-Sets angemahnt haben [Wolfe 2013]. Während andere

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Länder wie z.B. die USA die Messung der ambulanten Versorgungsqualität im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit inzwischen hoch priorisieren und durch Exzellenzzentren fördern [Schuster 2015], liegen für Deutschland, wie bereits dargestellt, keine Daten dieser Art vor, es besteht somit eine deutliche Forschungslücke.

Vor diesem Hintergrund war das Ziel des vorliegenden Forschungsvorhabens, erstmalig die Qualität der ambulanten Versorgung für verschiedene häufig auftretende und damit versorgungsrelevante körperliche und psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu messen.

1.2 Forschungsfrage und Arbeitshypothese

1.2.1 Primäre Forschungsfrage

Wie hoch ist die Versorgungsqualität in der ambulanten Routineversorgung häufiger somatischer und psychischer Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters im deutschen Gesundheitssystem?

1.2.2 Sekundäre Forschungsfragen

Welche arzt-, praxis- und patientenseitigen Faktoren beeinflussen die Versorgungsqualität?
Was sind aus ärztlicher Sicht begünstigende und hinderliche Bedingungen für die Erfüllung von Qualitätsindikatoren?

1.3 Arbeitshypothese

Aufgrund des erheblichen Mangels an Daten zu der untersuchten Fragestellung (s. u.) konnte keine Arbeitshypothese aufgestellt werden, die Studie war daher explorativ angelegt.

2 Projektdurchführung

2.1 Projektbeteiligte

Tabelle 1: Projektbeteiligte

Name der Einrichtung	Name des Instituts	Name der Projektleitung	Verantwortlichkeit/ Rolle
Universität Ulm	Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie, Universitätsklinikum Ulm	Prof. Dr. med. Dr. P.H. Christian Bachmann	- Konsortialführung - Projektleitung, - Entwicklung und Anwendung von Qualitätsindikatoren zur Versorgungsqualität kinder- und jugendpsychiatrischer Erkrankungen
Philipps-Universität Marburg	Institut für Gesundheits-versorgungsforschung und Klinische	Prof. Dr. med. Max Geraedts, M. San.	- Entwicklung und Anwendung von Qualitätsindikatoren (QI) zur Versorgungsqualität pädiatrischer Erkrankungen

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Name der Einrichtung	Name des Instituts	Name der Projektleitung	Verantwortlichkeit/ Rolle
	Epidemiologie, Philipps-Universität Marburg		- Methodik und Supervision der QI-Entwicklung - Leitfadenentwicklung für Fokusgruppen - Durchführung und Auswertung der Fokusgruppen
MH Statistical Consulting		Dr. Monika Heinzel-Gutenbrunner	- Methodische Beratung - Datenmanagement - Statistische Analysen

2.2 Beschreibung/ Darstellung des Projekts

Auf Basis nationaler und internationaler Leitlinien wurden erkrankungsspezifische Qualitätsindikatoren für insgesamt sieben körperliche und psychische Erkrankungen des Kindes- und Jugendaltes mit hoher Relevanz für die ambulante Versorgung entwickelt, die die Messung der ambulanten Versorgungsqualität für diese Erkrankungen ermöglichen.

Durch den Abgleich der jeweiligen Qualitätsindikatoren mit Patientenakten (angestrebt: je 200 pro Krankheitsbild) aus einer Stichprobe von 20 unterschiedlichen KV-Praxen im Bundesland Hessen sollte ein realistisches und umfassendes Bild der Qualität in der ambulanten Versorgung dieser Erkrankungen gewonnen werden.

Die Untersuchung potentieller Einflussfaktoren der Versorgungsqualität (u.a. Patientenmerkmale, Erkrankungsart, Facharztgruppe, Praxistyp, Urbanisierungsgrad der versorgten Region) sollte eine weitergehende Differenzierung der Versorgungsqualität sowie die Identifikation möglicher Ansatzpunkte für Interventionen zur Verbesserung der Versorgungsqualität ermöglichen.

Die qualitativen Ergebnisse aus Fokusgruppen mit Ärzten aus den teilnehmenden Praxen schließlich sollten Potentiale bzw. Hindernisse hinsichtlich Interventionen zur Verbesserung bzw. Weiterentwicklung der Versorgungsqualität aufzeigen

2.3 Ablauf des Projekts

Zunächst wurden eigene erkrankungsspezifischer Qualitätsindikatoren für die interessierenden Erkrankungen entwickelt (Literaturanalyse, Delphi-Panels, Pilotierung), da keine für dieses Studiensetting geeigneten anderweitigen Qualitätsindikatoren vorlagen. Definition, Operationalisierung und konkrete Ableitung der QI aus Patientenakten wurden in sieben erkrankungsspezifischen Handbüchern für die Study Nurses dokumentiert.

Sodann wurden zufällig aus einer eigens hierfür erstellten Datenbank gezogene KV-Praxen (Allgemeinärzte, Kinder- und Jugendärzte, Kinder- und Jugendpsychiater) postalisch zur Teilnahme an der Studie eingeladen, aufgrund unzureichender Response erfolgten zwei weitere Einladungswellen.

Aus allen teilnahmeinteressierten Praxen erfolgte eine zufällige Auswahl (angestrebt gemäß Protokoll: mindestens fünf Praxen pro Facharztgruppe) und der Abschluss eines

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Kooperationsvertrages. Im Rahmen eines Initiationsbesuches wurde dann durch jede Praxis für alle in Frage kommenden der sieben interessierenden Erkrankungen eine Liste der in Frage kommenden Patienten erstellt und hieraus per stratifizierter Randomisierung die erforderliche Anzahl Patienten gezogen. Durch die jeweilige Praxis wurden die interessierenden Patienten aus der Patientenakte anonymisiert exzerpiert und an die projektseitigen Study Nurses übergeben, die die Daten mit mobilen Scannern aufnahmen, in der Folge auf Plausibilität überprüften und für die Messung der Versorgungsqualität aufbereiteten.

Die aufbereiteten Dokumentationen aus den Patientenakten wurden von jeweils zwei Mitarbeitern des entsprechenden Arbeitspakets auf die Erfüllung der für die jeweilige Erkrankung einschlägigen Qualitätsindikatoren überprüft, die Ergebnisse wurden in eine Datenbank eingegeben.

Anschließend erfolgte die Auswertung der Daten zur Versorgungsqualität. Endpunkte waren der prozentuale Anteil erfüllter Qualitätsindikatoren insgesamt, d.h. über alle Erkrankungen hinweg sowie der Anteil erfüllter Qualitätsindikatoren, stratifiziert nach Erkrankung und Facharztgruppe. Ergänzend wurden explorative Auswertungen zu möglichen Einflussfaktoren der Versorgungsqualität durchgeführt.

Die Durchführung der qualitativen Interviews erfolgte im Anschluss an die Überprüfung der Erfüllung der Qualitätsindikatoren zur Interpretation der Ergebnisse, zur Erfassung von Versorgungsproblemen bzw. Strukturproblemen, möglichen Änderungen und der Machbarkeit dieser Interventionen [30]. Methodisch wurde hier aus Gründen der Zeitökonomie auf Fokusgruppen zurückgegriffen. Die Interviewleitfäden wurden pilotiert und den Rückmeldungen entsprechend überarbeitet. Alle Interviews wurden nach vorher festgelegten Kriterien verbatim transkribiert und mittels einer Software (MAXQDA) analysiert. Für die Datenanalyse kamen inhaltsanalytische Methoden zur Anwendung.

2.3.1 Zeitliche Abweichungen vom geplanten Ablauf

Durch die pandemische Lage in Deutschland und die daraus resultierende akute Überlastung vieler Praxen ergaben sich unerwartete Schwierigkeiten bei der Rekrutierung der Praxen. Neben einer geringer als erwartet ausgefallenen Teilnahmebereitschaft gab es darüber hinaus überproportional viele Praxen, die ihre ursprüngliche Zusage zur Teilnahme an der Studie widerriefen. Auch das Nachfassen bei Praxen, die entweder nicht reagierten oder angaben, momentan keine Zeit zu haben, führte nicht zu dem gewünschten Erfolg, u.a. da wegen der Überlastung nicht wenige Praxen für uns nicht mehr telefonisch erreichbar waren. Die Rekrutierung konnte daher nicht wie ursprünglich geplant im März 2022 abgeschlossen werden. Die COVID19-Pandemie hatte auch Auswirkungen auf die Leistungskapazitäten der Vertragsabteilung eines der universitären Konsortialpartner. Durch eingeschränkte Personalbesetzung verzögerte sich der Vertragserstellungsprozess mit den ambulanten Praxen signifikant. Die teilnehmenden Praxen erhielten z. T. erst drei Monate nach ihrer mündlichen Zusage der Studienteilnahme den ausgefertigten Vertrag. Da verbindliche Termine für die Datenerhebung bei den ambulanten Praxen erst ab Vertragsunterzeichnung vereinbart werden konnten, kam es hierdurch auch zu Verzögerungen in der Terminplanung

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

für die Datenerhebung vor Ort, so dass in der Summe eine ausgabenneutrale Laufzeitverlängerung erforderlich wurde.

2.3.2 Inhaltliche Abweichungen vom geplanten Ablauf

Da es nicht möglich war, einen Datenzugang zu den kinderärztlichen Notdienstpraxen der KV Hessen zu erlangen, konnte diese Gruppe nicht ausgewertet werden (Änderungsbescheid vom 24.03.2022). Um dennoch auf die erforderliche Anzahl von Patientenakten zu kommen, wurde die Erhöhung der Anzahl der Praxen für die Facharztgruppen „Kinder- und Jugendärzte“, „Kinder- und Jugendpsychiater“ und „Allgemeinärzte“ von je fünf auf zehn und der Umverteilung der ursprünglich für die kinderärztlichen KV-Notdienste geplanten 350 Patientenakten auf die drei verbleibenden Facharztgruppen beantragt (Zustimmung ebenfalls im Änderungsbescheid vom 24.03.2022). Da pandemiebedingt die Anzahl von 10 Praxen pro Facharztgruppe nicht erreicht werden konnte, gleichzeitig aber auch mit den insgesamt rekrutierten 22 Praxen bereits eine hinreichend hohe Patientenzahl erreicht bzw. überschritten werden konnte, erfolgte ein neuerlicher Antrag auf Arbeitsplanänderung, dem entsprochen wurde.

Die potentiellen Auswirkungen der reduzierten Fallzahlen der ambulanten Praxen sowie die potentiellen Auswirkungen durch die Erhöhung der maximalen Akten pro Versorger wurden statistisch überprüft. Hierbei ergab sich keinerlei Anhalt für eine Einbuße in der statistischen Aussagekraft der erhobenen Daten.
Inhaltlich am bedeutendsten ist der Ausfall der Daten der pädiatrischen Notfallpraxen "Ärztlicher Bereitschaftsdienst"), da hier im Hinblick auf QI-Erfüllung ein äußerst interessanter Vergleich mit den "regulär" arbeitenden kinder- und jugendärztlichen Praxen möglich gewesen wäre (Dauerpatienten vs. i.d.R. einmalige Kontakte zu bislang unbekannten Patienten, vorwiegend alltägliche vs. mehrheitlich notfallmäßige Vorstellungsanlässe, eingespielte vs. kontinuierlich neu zusammengesetzte Teams, einige wenige vs. viele unterschiedliche Fachärzte).

3 Methodik

3.1 Überblick

Im Rahmen des Projektes wurde ein sequentieller Mixed-Methods-Ansatz (querschnittliche quantitative Beobachtungsstudie, Methodenentwicklung, qualitative Interviews) verwendet.

Zunächst wurden Qualitätsindikatoren für sieben häufige körperliche und psychische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters mit akuten und chronischen Erkrankungscharakteristika (ADHS, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Depression, Otitis media, Störung des Sozialverhaltens, Tonsillitis) unter Verwendung der RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM) [Fitch 2001] entwickelt.

Anschließend sollten je 200 Patientenakten pro Erkrankung von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–18 Jahren, die in den Jahren 2018/2019 wegen einer der o.g. Erkrankungen bei einer der 20 zu rekrutierenden Praxen (Allgemeinarzt, Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, kinderärztlicher KV-Notdienst) in Hessen diagnostiziert und/oder

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

behandelt wurden, randomisiert gezogen und retrospektiv auf die Erfüllung der Qualitätsindikatoren für die jeweilige Erkrankung abgeglichen.

Im ergänzenden qualitativen Studienmodul sollten mit 20 Ärzten aus den rekrutierten Praxen qualitative Interviews in Form von Fokusgruppen durchgeführt werden zur Frage, welche (arzt-, system- und patientenseitigen) Faktoren an der (Nicht-)Erfüllung von Qualitätsindikatoren beteiligt sind.

Für diese Studie lag ein positives Ethikvotum der Ethikkommission der Landesärztekammer Hessen (2020-2026-evBO) vor.

3.2 Überlegungen zur Methodik

Um eine möglichst hohe Vergleichbarkeit zu gewährleisten, lehnt sich das Studiendesign in wichtigen Teilen an die methodisch hochwertige Studie von Braithwaite et al. [2018] an, Abweichungen sind in erster Linie gesundheitssystemspezifischen Faktoren geschuldet. Primäres Kriterium für die Auswahl der interessierenden Störungsbilder war eine hohe Versorgungsrelevanz im Sinne einer hohen Prävalenz in der ambulanten Versorgung, einer hohen Krankheitslast (burden of disease) oder eines erheblichen Chronifizierungsrisikos [Fegeler 2014, Erskine 2014, Braithwaite 2018]. Innerhalb dieser Auswahl wurde ein Mix aus somatischen und psychiatrischen Störungsbildern sowie akuten und chronischen Erkrankungscharakteristika angestrebt, um ein möglichst breites klinisches Spektrum abzudecken. Das Alter der Zielgruppe wurde bewusst von der Neugeborenenphase bis in die Adoleszenz gewählt, um unterschiedliche Manifestations- und Verlaufsformen von Erkrankungen in die Evaluation aufnehmen zu können.

Das im Bereich der ambulanten Versorgung angesiedelte Studiensetting ist für das Projekt von besonderem Interesse: Ambulante Primärversorger sind für den Großteil der Kinder und Jugendlichen mit den für dieses Projekt relevanten Erkrankungen die erste Anlaufstelle. Angesichts der angestrebten Stärkung der allgemeinärztlichen und kinder- und jugendärztlichen Primärversorgung in Deutschland wird die mit dieser Rolle verbundene weichenstellende Funktion in Zukunft weiter an Gewicht zunehmen [Sachverständigenrat 2014, Fischbach 2018]. Das Bundesland Hessen wurde als Projektregion ausgewählt, da hier zum einen basierend auf einer vorausgegangenen Studie eine günstige Rekrutierungslage erwartet wurde und zum anderen, weil Hessen eine ausgewogene Mischung aus großstädtischen, kleinstädtischen und ländlichen Regionen darstellt. Zudem liegt Hessen hinsichtlich Geburtenziffer, Pro-Kopf-Einkommen und Bevölkerungsdichte nah am Bundesdurchschnitt (laenderdaten.de) und garantiert durch seinen überdurchschnittlichen Ausländeranteil eine angemessene Präsenz dieser Patientengruppe in der Stichprobe.

Die gewählten Fachrichtungen der zu untersuchenden Praxen sind die am häufigsten an der Versorgung körperlich oder psychisch kranker Kinder und Jugendlichen beteiligten und so am ehesten geeignet, die Breite der ambulanten Versorgung abzubilden.

Daten aus Krankenhaus-(Notfall)Ambulanzen wurden für diese Studie nicht eingeschlossen, da es sich hierbei um ein Modul aus einem anderen Versorgungssektor handelt, was den Umfang und Horizont dieser Studie überschreiten würde.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

3.3 Endpunkte

Primärer Endpunkt war der prozentuale Anteil erfüllter Qualitätsindikatoren über alle untersuchten Fälle. Sekundäre Endpunkte waren der jeweilige prozentuale Anteile erfüllter Qualitätsindikatoren, stratifiziert nach Erkrankung und Facharztgruppe.

3.4 Vorgehen

3.4.1 Entwicklung erkrankungsspezifischer Qualitätsindikatoren

Die Entwicklung eigener erkrankungsspezifischer Qualitätsindikatoren im Rahmen des beantragten Vorhabens ist erforderlich, da keine für dieses Studiensetting geeigneten anderweitigen Qualitätsindikatoren vorliegen (existierende Indikatoren sind beispielswiese sehr knapp gehalten, um eine internationale Vergleichbarkeit zu ermöglichen [Ewald 2018], basieren auf inzwischen veralteten Leitlinien [Skrundz 2015, Ulusoy 2017] oder sind für spezialisierte Settings wie SPZ entwickelt worden [Skrundz 2015]). Die Entwicklung eigenständiger Qualitätsindikatoren im Projekt ermöglicht gleichzeitig die Validierung dieser Indikatoren im Hinblick auf den angestrebten Einsatz nach Projektende in der routinemäßigen Qualitätsmessung. Die zur Entwicklung verwendete RAM-Methode stellt den State-of-the-Art dar und wurde auch in den Arbeiten von Braithwaite et al. [2018] sowie Mangione-Smith et al. [2007] und Ewald et al. [2018, 2019] verwendet. Hierbei wird zunächst eine umfassende Literaturanalyse zu bestehenden Qualitätsindikatoren einerseits und Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik und Therapie der entsprechenden Erkrankungen andererseits durchgeführt. Auf dieser Basis wird ein vorläufiges Indikator-Set formuliert, das dann in einem zweistufigen Konsentierungsverfahren auf ein machbares und wissenschaftlich fundiertes Set zurückgeführt wird.

Konkret war die Entwicklung der Qualitätsindikatoren in folgende Arbeitsschritte (Abb. 1) gegliedert [Wiles 2019]:

(1) Identifikation existierender einschlägiger Leitlinien/Qualitätsindikatoren durch systematische Literaturanalyse für jede der sieben interessierenden Erkrankungen.

(2) Ableitung und Formulierung konkreter Empfehlungen aus den Ergebnissen.

(3) Bewertung der Empfehlungen im Hinblick auf Qualität, Machbarkeit/Anwendbarkeit (z.B. „Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass diese Empfehlung überhaupt in einer Patientenakte dokumentiert ist“?) und Wichtigkeit durch für das jeweilige Erkrankungsbild fachlich ausgewiesene externe Reviewer (s. Anhang 13) im Rahmen eines modifizierten zweistufigen Delphi-Prozesses.

(4) Reduktion der Empfehlungen auf Basis der Ergebnisse des Delphi-Prozesses, Umformulierung in überprüfbare Qualitätsindikatoren.

(5) In einer Pilotphase wurden anschließend an 30 Patientenakten verschiedener ambulanter Praxen die entwickelten Qualitätsindikatoren und die Erhebung des Basisdatensatzes (s.u.) auf Machbarkeit überprüft. In Abhängigkeit von den Ergebnissen der Pilotierung wurde anschließend die Auswahl der Qualitätsindikatoren und deren Formulierung noch einmal angepasst.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die systematische Recherche nach Indikatoren aus veröffentlichten Publikationen erfolgte für alle sieben interessierenden Erkrankungen in den Literatur-Datenbanken PubMed, Web of Science, Cochrane Library und Embase im Herbst 2020. Für die psychiatrischen Krankheitsbilder wurde die systematische Suche um die psychologischen Datenbanken PsycINFO und PSYNDEX im Frühjahr 2021 erweitert. Ein möglicher Suchstring wurde zunächst von zwei Personen unabhängig voneinander entwickelt und dann im gemeinsamen Konsens operationalisiert. Der systematische Suchtstring nach QI ((quality indicator healthcare) AND (indicator*[Title/Abstract])) wurde mit den erkrankungsspezifischen Suchtermen kombiniert. Die Booleschen Operatoren zu den einzelnen Krankheitsbildern am Beispiel Pubmed lauteten wie folgt: (asthma), (atopic eczema) OR (atopic neurodermatitis) OR (atopic dermatitis), (otitis media) OR ("otitis media"), (angina tonsillaris) OR (tonsilliti*), (attention deficit disorder) OR (adhd), (oppositional defiant disorder) OR (conduct disorder).

Eingeschlossen wurden nur deutsch- und englischsprachige Publikationen. Nach dem Entfernen von Duplikaten erfolgte ein Titel/Abstract-Screening auf irrelevante Literatur von zwei Mitarbeiterinnen unabhängig voneinander. Für die verbliebene Literatur wurden die Volltexte gemeinsam gesichtet und eine erneute Bewertung bezüglich der Relevanz vorgenommen.

Nach Durchführung der systematischen und grauen Literaturanalyse sowie Recherchen in QI-Datenbanken- und Leitlinien-, waren auffallend wenige QI für das Krankheitsbild „Störungen des Sozialverhaltens" (SSV) im vorläufigen Register enthalten. So wurde im Projektteam beschlossen, aus Empfehlungen höchster Evidenz mögliche QI abzuleiten. Aus jenen Ableitungen entstanden 89 QI für SSV sowie weitere 5 bzw. 7 für ADHS und Depression.Ausgeschlossen wurden zunächst alle Leitlinien, die nicht in deutscher oder englischer Sprache veröffentlicht waren und die für den relevanten Zeitraum 2018/2019 keine Gültigkeit haben. Eine Suche in grauer Literatur erweiterte die Recherche im Anschluss. Von einer Qualitätsbewertung wurde abgesehen, da es in erster Linie darum ging, einen allgemeinen Überblick über existierende Literatur, Leitlinien und QI-Sets zu bekommen.

In Anlehnung an den inhaltlichen Aufbau von Leitlinien wurden alle im Register eingepflegten QI den Kategorien "Diagnostik", "Therapie", "Gesundheitsberichterstattung" (GBE), "Praxismanagement", "Patient Reported Outcome Measures" und "Patient Reported Experience Measures" zugeordnet. Weiterhin wurde jedem QI eine Qualitätsdimension nach Donabedian (Ergebnisqualität, Strukturqualität, Prozessqualität) und nach der Systematik der OECD (Effektivität, Patientenorientierung, Sicherheit) zugewiesen.

Die Einteilung in Kategorien und weiteren Unterkategorien sowie Dimensionen wurde von zwei Personen unabhängig voneinander vorgenommen. Anschließend wurden die Zuordnungen verglichen, abweichende Ergebnisse ggf. mit einer dritten Person aus dem QualiPäd-Studienteam diskutiert und dann gemeinsam neu zugeordnet.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

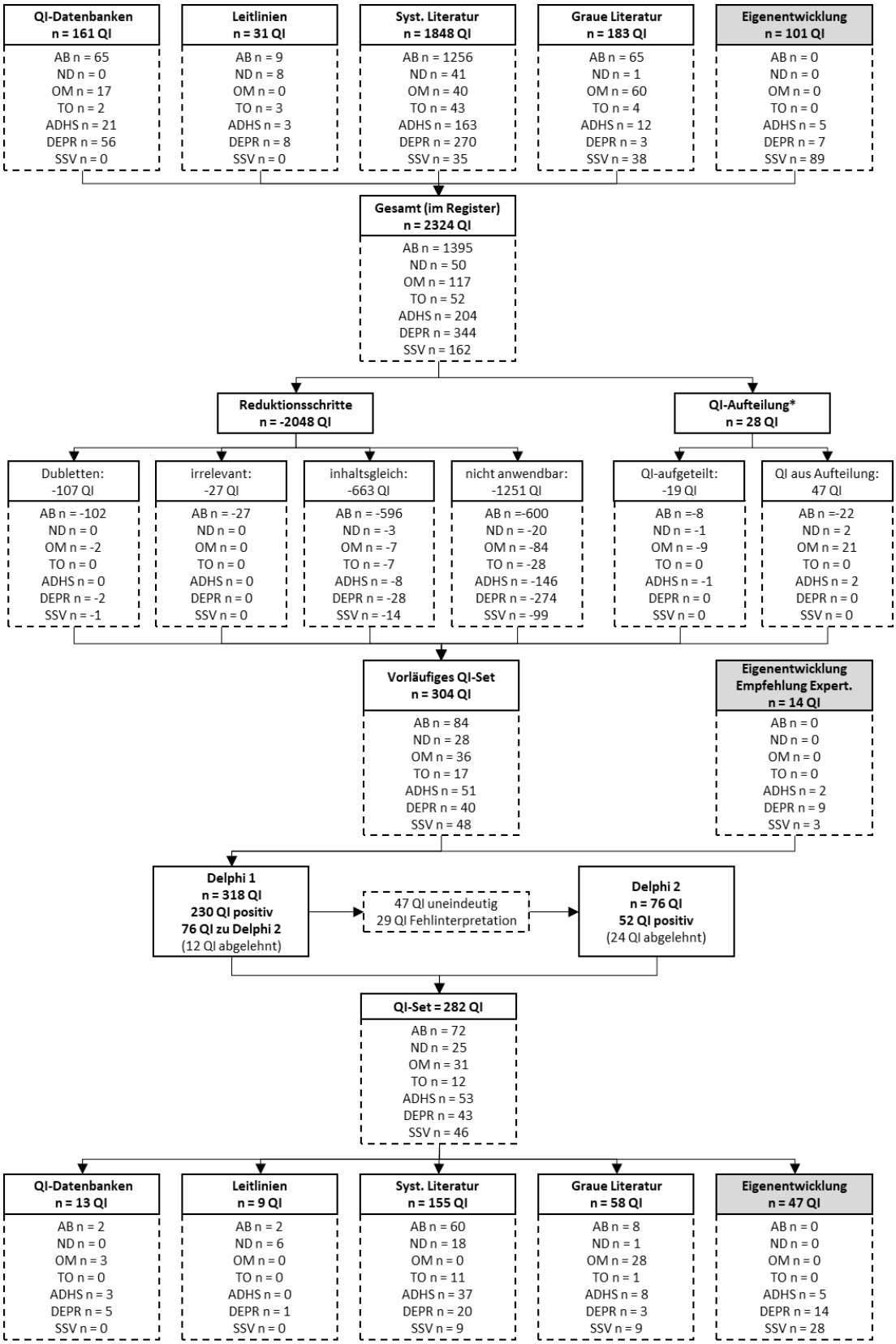


Abbildung 1: Ablauf und Ergebnisse der Indikatorenrecherche und -konsentierung (AB: Asthma bronchiale, ADHS: Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung, DEPR: Depression, ND: Neurodermitis, OM: Otitis media, SSV: Störung des Sozialverhaltens, TO: Tonsillitis).

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Zur Reduktion der QI auf ein vorläufiges QI-Set wurden zunächst alle wortlautgleichen QI zusammengefasst sowie Dubletten und irrelevante QI identifiziert und ausgeschlossen. Im zweiten Schritt wurden diejenigen QI zusammengefasst, deren Inhalt identisch, aber nicht wortlautgleich war. Dabei wurde ein QI ausgewählt, der federführend für wortlautgleiche QI-Gruppen war. Inhaltsgleiche QI wurden diesem QI untergeordnet und ausgeschlossen. Zusätzlich wurden QI als „nicht anwendbar“ ausgeschlossen, wenn sie inhaltlich nicht auf das deutsche Gesundheitssystem übertragbar waren (z.B. „Flugdauer bis zur Erreichbarkeit eines Siedlungsgebietes australischer Ureinwohner“). Die Entscheidung über den Status „nicht anwendbar“ von QI erfolgte gemeinsam durch zwei Mitarbeiterinnen des Projektteams, bei divergierender Einschätzung unter Hinzuziehung eines dritten Mitarbeiters.

Abschließend wurden ähnliche QI zusammengefasst, die sich zum Beispiel nur durch unterschiedliche Kennzahlen (z.B. FEV-Werten bei Asthma bronchiale) unterschieden. Es wurden separate QI erstellt, wenn ein QI mehrere Behandlungsaspekte enthielt.

In der zweiten Bewertungsrunde, die via Videokonferenzen stattfand, bemängelten die Experten für psychiatrische Störungen u.a. das Fehlen von für alle drei psychischen Störungen gleichermaßen verfügbare QI (z.B. war ursprünglich nur für ADHS ein QI zur störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte vorhanden). So wurden 14 QI gemeinsam formuliert, bewertet und für das QI-Set konsentiert.

Zur Formulierung eines vorläufigen QI-Sets wurden die Indikatorenstatements ins Deutsche übersetzt und vereinheitlicht, so dass beispielsweise die Patientenpopulation und Altersangaben in gleicher Weise dargestellt wurden.

3.4.2 Pilotphase

Ziel der Pilotphase war es, die Machbarkeit des QI-Sets anhand von 30 Patientenakten zu überprüfen und gegebenenfalls im Anschluss die Formulierung einzelner QI anzupassen. Weder die Auswahl der Praxen noch die Auswahl der Patientenakten erfolgten systematisch. Die 30 Akten wurden unter vier Mitarbeitern aufgeteilt, die jeweils in den ihnen zugewiesenen Akten diejenigen Episoden markierte, die für die Erfüllung eines QI grundsätzlich in Frage kamen. Im nächsten Schritt wurde überprüft, ob in den markierten Episoden Merkmale vorhanden sind, die die Berechnung eines QI nach den im Rahmen der Methodenentwicklung erstellten Handbüchern ermöglichen. Die Ergebnisse stellte anschließend jeder Mitarbeiter den anderen drei in einem Gruppensetting vor. Jede Akte wurde danach gemeinsam durchgesehen, die Ergebnisse besprochen und ein gemeinsamer Konsens gefunden, ob ein QI erfüllt ist oder nicht. Die Merkmalsausprägungen einzelner QI im Nachhinein bestätigt oder (z.B. bei unscharfen Formulierungen) angepasst.

3.4.3 Rekrutierung der Praxen

Es erfolgte eine postalische Einladung zur Teilnahme (mit Hinweis auf Aufwandsentschädigung) an zufällig gezogene Praxen aus dem Bereich der KV Hessen (erste Einladungswelle: 200 Praxen für Allgemeinmedizin, 100 Praxen für Kinder- und Jugendmedizin, 30 Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie) auf Basis von KV-Adressdaten unter Beachtung der Kriterien für Response-Optimierung [Edwards 2009]. Bei nicht ausreichender Response sechs Wochen nach Start der ersten Welle erfolgte eine zweite

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Einladungswelle an bisher nicht angesprochene Praxen mit gleicher Methodik und gleicher Fallzahl pro Facharztgruppe.

3.4.4 Stichprobenziehung

Aus allen teilnahmeinteressierten Arztpraxen erfolgte die zufällige Auswahl von je fünf Praxen pro Facharztgruppe. Im Rahmen eines Initiationsbesuches wurde durch jede Praxis für jede der in Frage kommenden Erkrankungen anhand der zugehörigen ICD-Codes eine Liste der in Frage kommenden Patienten erstellt. Aus der Gesamtheit dieser Patienten wurden dann per stratifizierter Randomisierung pro Störungsbild zufällig in den Jahren 2018 und/oder 2019 behandelte Patienten gezogen. Durch die jeweilige Praxis wurden die interessierenden Patientendaten aus den Patientenakten exzerpiert und ausgedruckt bzw. kopiert (im Falle von Papierakten). Es wurden dann durch die Praxis sämtliche Informationen, die eine Information des Patienten ermöglichen, unkenntlich gemacht. Diese anonymisierte Dokumentation der jeweiligen Patientenakten wurde dann einschließlich eines Basisdatensatzes (Praxistyp, Alter und Geschlecht des Patienten, PLZ des Wohnortes) von der jeweiligen Praxis an die Study Nurses übergeben, die die Daten in der Folge auf Plausibilität überprüften und für die Messung der Versorgungsqualität aufbereiteten.

3.4.5 Ableitung der ambulanten Versorgungsqualität

Die aufbereiteten Dokumentationen aus den Patientenakten wurden von jeweils zwei Mitarbeitern des entsprechenden Arbeitspakets unabhängig voneinander auf die Erfüllung (ja/nein) der für die jeweilige Erkrankung einschlägigen Qualitätsindikatoren überprüft. Die Ergebnisse wurden in eine Excel-Datei eingegeben, anschließend verglichen und bei Abweichungen gemeinsam erneut berechnet.

3.4.6 Datenauswertung

Anschließend erfolgte die Auswertung der Daten zur Versorgungsqualität (Endpunkte s.o.). Es wurden für jeden QI, für jedes Krankheitsbild, für alle somatischen Erkrankungen, für alle psychiatrischen Erkrankungen sowie für alle Erkrankungen zusammengefasst der Anteil erfüllter QI berechnet. Es wurden für das binäre Outcome Erfüllung (ja vs. nein) Generalized Estimation Equation-Modelle (GEEs) mit der Logit-Funktion als Link-Funktion verwendet. Zusätzlich wurde für jeden Anteil erfüllter QI das exakte 95%-Konfidenzintervall nach Clopper und Pearson berechnet. Die explorativen Auswertungen zu möglichen Einflussfaktoren der Versorgungsqualität (Patientenmerkmale, Praxismerkmale, Arztmerkmale, Erkrankungsart, Facharztgruppe, Urbanisierungsgrad der versorgten Region) wurden im Rahmen von Mehrebenenmodellen durchgeführt (übergeordnete Ebene: Praxen, mittlere Ebene: Patienten, untergeordnete Ebene: Arztkontakte der Patienten). In Abhängigkeit von der jeweiligen Outcomevariablen kamen Generalized Estimation Equation-Modelle (GEEs) bzw. lineare gemischte Modelle zum Einsatz.

3.4.7 Qualitative Interviews mit Ärzten der teilnehmenden Praxen (Fokusgruppen)

Die Durchführung der qualitativen Interviews erfolgte im Anschluss an die Überprüfung der Erfüllung der Qualitätsindikatoren zur Interpretation der Ergebnisse, zur Erfassung von

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Versorgungs- bzw. Strukturproblemen, möglichen Änderungen und der Machbarkeit dieser Interventionen [Peters 2013]. Methodisch wurde hier aus Gründen der Zeitökonomie auf Fokusgruppen (drei nach Facharztgruppe stratifizierte Gruppen, Zusammensetzung s. Tabelle 2) zurückgegriffen. Die Interviewleitfäden wurden pilotiert und den Rückmeldungen entsprechend überarbeitet.

Tabelle 2: Zusammensetzung der Fokusgruppen

Facharztgruppe	Teil-nehmer	Krankheitsbild(er)	Beispiel QI
FG-1: Allgemeinmedizin	5	Otitis media	Anteil von Patienten im Alter von 12 Monaten bis 2 Jahren mit akuter Otitis media, denen systemische Analgetika (Paracetamol oder Ibuprofen) verordnet wurden.
FG-2: Kinder- und Jugendmedizin	7	Asthma bronchiale, Otitis media	Anteil von Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Asthmakontrollgrad mindestens alle 6 Monate überprüft wurde.
FG-3: Kinder- und Jugendpsychiatrie	2	ADHS	Anteil von Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, denen ein individueller Behandlungsplan mit inhaltlich definierten, alltagsrelevanten Therapiezielen ausgestellt und dokumentiert wurde.

Im Projektteam wurde entschieden, in den somatischen Fokusgruppen möglichst ein akutes und ein chronisches somatisches Krankheitsbild zu besprechen. Aufgrund der Ergebnisse der vorläufigen Analysen, der QI-Anzahl und der unterschiedlichen Therapieansätze wurden hier Otitis media und Asthma bronchiale ausgewählt. ADHS war das zum Zeitpunkt der Fokusgruppe einzig auswertbare psychiatrische Krankheitsbild, so dass nur hierzu in der Fokusgruppe der KJP die vorläufigen Ergebnisse besprochen werden konnten.

Für jedes der drei Fokusgruppeninterviews wurde im Projektteam ein zu diskutierendes Krankheitsbild ausgewählt und ein Leitfaden entwickelt. Um das ärztliche Dokumentationsverhalten und die (Nicht-)Erfüllung von QI aus der Perspektive der teilnehmenden Fachrichtungen zu ergründen, wurde ein gewisses Maß an Standardisierung vorgegeben. Neben der Erläuterung des Vorgehens enthält der Leitfaden sechs bis acht beispielhafte QI, die unterschiedliche Behandlungsprozesse abdecken und vorläufige Ergebnisse abbilden. Diese dienen als Interviewstimuli für die Diskussion des Dokumentations- und Behandlungsverhalten.

Es ist naheliegend, dass das Dokumentations- und Behandlungsverhalten beeinflussende Faktoren vorwiegend von drei Seiten stammen können: (1) von der Praxis, die systembedingt die Rahmenbedingungen für Behandlung und Dokumentation vorgibt, (2) von den Ärzten, die die Behandlungen durchführen und dokumentieren und (3) von den Patienten, die

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

diagnostiziert bzw. behandelt werden und deren Diagnostik und Therapie dokumentiert werden.

Zur Vertiefung wurde daher indikatorweise die Frage nach weiteren Aspekten, die zur Dokumentation bzw. Behandlung beitragen, auch hinsichtlich dieser drei Einflusssphären aufgeführt. Der Leitfaden endet mit der Möglichkeit, wichtiges bislang Ungesagtes oder fehlende Themenaspekte zu äußern.

Die Auswahl zu besprechender QI, sowie der Aufbau und die Pilotierung der Leitfäden erfolgte in Absprache der beiden hiermit betrauten Projektmitarbeiterinnen mit der Projektleitung und dem Moderator. Als Moderator wurde bewusst ein nicht dem Projektteam angehörender Forscher (Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) ausgewählt, um eine neutrale und weitestgehend objektive Gesprächsleitung zu ermöglichen.

Die drei 90-minütigen Fokusgruppen wurden im Mai 2023 als Videokonferenz durchgeführt und von dem o.g. nicht dem Projektteam angehörenden Facharzt für Allgemeinmedizin und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie moderiert. Die Audiodateien der Videokonferenz wurden in anonymisierter Form transkribiert und inhaltsanalytisch mit der Software MAXQDA ausgewertet. Zuerst werteten zwei zuvor geschulte Personen die Interviews unabhängig voneinander deduktiv (system-, arzt- und patientenbedingte Faktoren) und induktiv (aus dem Text heraus) hinsichtlich des Auftretens thematischer Kategorien aus. Im Anschluss wurden die Auswertungen abgeglichen und im Projektteam mit weiteren Beteiligten diskutiert.

3.4.8 Fallzahlberechnung

Die Größe der zu Projektbeginn angestrebten Gesamtstichprobe betrug 1400 Kinder und Jugendliche, davon jeweils 200 pro im Rahmen dieses Projekts untersuchter Erkrankung. Die Fallzahlplanung beruhte darauf, dass zu einer Anzahl von Kindern, die realistischerweise im geplanten Zeitraum in die Studienpopulation aufgenommen werden konnten, die Weite von exakten Clopper-Pearson-Konfidenzintervallen berechnet wurde [Newcombe 1998, Fleiss 2003].

Auf Grundlage existierender Studien wurde die Annahme getroffen, dass Kinder mit den untersuchten Erkrankungen innerhalb von zwei Jahren (d.h. im Einschlusszeitraum 2018/2019) durchschnittlich etwa sieben Arztkontakte haben [Fegeler 2014], die Schätzung des prozentualen Anteils erfüllter Qualitätsindikatoren basierte somit auf 1400 (7 x 200) Arztkontakten pro interessierender Erkrankungen. Anhand der Literatur wurde davon ausgegangen, dass sich bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der untersuchten Erkrankungen die Versorgungsqualität in einem Bereich zwischen 30 % und 80 % bewegt [Mangione-Smith 2007]. Entsprechend wurden mithilfe der Software PASS 14 (Power Analysis and Sample Size Software; NCSS, Kaysville, UT, USA) die Konfidenzintervalle für mögliche Anteile erfüllter Qualitätsindikatoren zwischen 30% und 80% berechnet (95 % CI). Unter den oben dargestellten Annahmen liegt die Weite des Konfidenzintervalls zwischen 0,043 und 0,053, es kann also die für die möglichst exakte Abbildung der Versorgungsqualität sowie die Analysen möglicher Einflussfaktoren erforderliche hohe Präzision der Schätzung erreicht werden.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4 Projektergebnisse

4.1 Entwicklung von Qualitätsindikatoren-Sets für die untersuchten Krankheitsbilder

4.1.1 Zuordnung der QI zu inhaltlichen Kategorien und Qualitätsdimensionen

Die systematische Literaturrecherche erzielte 2702 relevante Publikationen. Nach Entfernung von 355 Dubletten erfolgten Title/Abstract-Screenings bei 2347 Publikationen, von denen sich 975 Quellen als unbrauchbar erwiesen. Aufgrund fehlender Zugriffsrechte bei 836 Treffern, konnten lediglich 536 Volltexte gesichtet werden. Die Literaturrecherche erzielte aus 316 relevanten Quellen 1848 QI, die sich wie folgt auf die einzelnen Krankheitsbilder aufteilen: 1256 QI für Asthma, 41 QI für Neurodermitis, 40 QI für Otitis media, 43 QI für Tonsillitis, 163 QI für ADHS, 270 QI für Depression und 36 QI für Störungen des Sozialverhaltens. Aus der Sichtung grauer Literatur wurden weitere 183 QI identifiziert (65 QI für Asthma, 1 QI für Neurodermitis, 60 QI für Otitis media, 4 QI für Tonsillitis, 12 QI für ADHS, 3 QI für Depression, 38 QI für SSV). Von 159 recherchierten Leitlinien enthielten 8 Leitlinien insgesamt 31 ausformulierte QI. Diese verteilten sich wie folgt: Asthma (9 QI), Neurodermitis (8 QI), Tonsillitis (3 QI), ADHS (3 QI) und Depression (8 QI). Über die Recherche in nationalen und internationalen QI-Datenbanken konnten insgesamt 161 QI extrahiert werden (Asthma: 65 QI, Otitis media: 17 QI, Tonsillitis: 2 QI, ADHS: 21 QI, Depression: 56 QI). Aus Empfehlungen höchster Evidenz konnten weitere 101 QI abgeleitet und formuliert werden, so dass insgesamt 2324 QI in das vorläufige Register aufgenommen wurden.

Nach der Zuordnung aller recherchierten QI zu Kategorien zeigte sich, dass fast drei Viertel der QI Aspekte der "Diagnostik" (726 QI) oder "Therapie" (963 QI) erfassten. Die Kategorien "PROM/PREM" (281 QI), "Praxismanagement" (258 QI) und "Gesundheitsberichterstattung" (253 QI) waren entsprechend geringer vertreten (siehe Tabelle 1). QI, die PROM/PREM abbilden, waren hauptsächlich bei den psychiatrischen Erkrankungen vertreten (63%). Die beiden akuten Krankheitsbilder Otitis media und Tonsillitis wiesen in dieser Kategorie keine QI auf, zeigten im Vergleich zu den anderen Erkrankungen aber den höchsten Anteil in der Kategorie "Therapie" mit 79,5 % (93 QI) bzw. 69,2 % (36 QI).

Weiter erfassten fast 90 % aller QI "Prozessqualität", 9,2 % "Ergebnisqualität" und 1,8 % "Strukturqualität". Tonsillitis und Otitis media zeigten im Vergleich die höchsten Anteile in der Kategorie "Prozessqualität" (90,4% bzw. 95,7 %) und die geringsten in "Ergebnisqualität" (9,6 % bzw. 4,3 %). Mit 72 % lag der Schwerpunkt der QI nach den Dimensionen der OECD auf "Effektivität" (im Original: effectiveness; "…defined as the extent to which desirable outcomes are achieved according to evidence-based and guideline-compliant healthcare services"), gefolgt von 17 % für "Patientenorientierung" und 11 % für "Sicherheit". 16 der QI zu Asthma bronchiale mussten erweiternd der Dimension "Effizienz" zugewiesen werden. Im Vergleich zu den anderen Krankheitsbildern wies die Dimension "Patientenorientierung" bei Depression (27,9 %) und Störungen des Sozialverhaltens (32,1 %) die höchsten Anteile auf, während Otitis media (24,8 %) und Tonsillitis (26,9 %) die höchsten Anteile in der Dimension "Sicherheit" verzeichneten.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.1.2 Bewertung und Konsentierung der Indikatoren

Die Experten für das Delphi-Verfahren waren durch Vermittlung der Deutschen Gesellschaft für Ambulante Allgemeine Pädiatrie (DGAAP) sowie persönliche Kontakte des Studienteams angesprochen und rekrutiert worden. Die erste Bewertungsrunde des zweistufigen Delphi-Konsentierungsverfahrens erfolgte schriftlich oder online durch die Experten zuhause. Die zweite Runde erfolgte jeweils für ein Störungsbild moderiert online (pandemiebedingt) mit Diskussion der verschiedenen Bewertungen in der gesamten Gruppe und anschließender finaler Konsentierung.

In beiden Runden konnten die Experten die vorgelegten QI auf einer Likert-Skala von 1-.9 im Hinblick auf Relevanz und Machbarkeit bewerten. Diese Kriterien waren wie folgt operationalisiert:

Relevanz

(1) Der Qualitätsindikator wird von einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz oder ausreichendem professionellen Konsens unterstützt.

(2) Patienten, die so wie vom Qualitätsindikator spezifiziert behandelt werden, erfahren erkennbaren gesundheitlichen Nutzen.

(3) Auf der Basis der professionellen Erfahrungen der Panelmitglieder kann konstatiert werden, dass solche Ärztinnen und Ärzte als hochqualitativ angesehen werden, die signifikant öfter den Qualitätsindikator erfüllen.

(4) Der Großteil der Faktoren, die die Ausprägung des Qualitätsindikators determinieren, ist durch die Ärztinnen und Ärzte beeinflussbar.

Machbarkeit

(1) Die Informationen, die notwendig sind, um die Ausprägung eines Qualitätsindikators zu messen, sind hochwahrscheinlich in einer typischen Patientenakte aufzufinden.

(2) Schätzungen der Ausprägung eines Qualitätsindikators auf der Basis von Patientenaktendaten und darauf beruhenden Routinedaten sind hochwahrscheinlich reliabel und unverzerrt.

(3) Das Fehlen der Dokumentation relevanter Daten zum Qualitätsindikator ist ein Zeichen für schlechte Versorgungsqualität.

Hierbei galt ein Medianwert eines QI von 1-3 als Ausschluss, ein Medianwert von 4-6 (in der ersten Delphi-Runde) erforderte eine erneute Bewertung, und ein Medianwert von 7-9 galt als Konsens.

In der ersten Delphi-Runde wurden von den insgesamt 16 Expertinnen und Experten 230 der 304 QI mit einem Median von 7–9 konsentiert. 12 QI wurden mit einem Median von 1–3 vom QI-Set ausgeschlossen.

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

In der zweiten Delphi-Runde (in Form von Videokonferenzen durchgeführt) wurden diejenigen QI erneut bewertet, die in der ersten schriftlichen Bewertungsrunde ein divergierendes Ergebnis mit einem Median (4-6) für Relevanz und Machbarkeit aufwiesen (n=47) sowie die nicht als Fehlversorgung interpretierten QI (n=29). Nach gemeinsamer zweiter Bewertung wurden nur diejenigen QI angenommen, deren Ergebnisse für Relevanz (Median = 7-9) und Machbarkeit (Median >= 4) positiv ausfielen. Es wurden 52 QI konsentiert und 24 QI endgültig ausgeschlossen. Da nicht alle Behandlungsaspekte abgedeckt wurden, entwickelte das Projektteam mit den Expert*innen der psychiatrischen Krankheitsbilder 14 weitere QI, die gemeinsam formuliert und in das QI-Set aufgenommen wurden. Das konsentierte QI-Set enthielt 282 QI mit folgender Verteilung: Asthma bronchiale (72 QI), Neurodermitis (25 QI), Otitis media (31 QI), Tonsillitis (12 QI), ADHS (53 QI), Depression (43 QI), Störungen des Sozialverhaltens (46 QI).

4.2 Stichproben

4.2.1 Praxen

Es konnten nach Arbeitsplanänderung 8 KV-Praxen für Allgemeinmedizin, 8 KV-Praxen für Kinder- und Jugendmedizin und 6 KV-Praxen für Kinder- und Jugendpsychiatrie rekrutiert werden, hiervon lag eine etwas außerhalb Hessens im Bundesland Nordrhein-Westfalen.

Eine teilnehmende Praxis (4,5 %) war als Praxisgemeinschaft organisiert, bei zwei der Praxen (9,1 %) handelte es sich um eine Berufsausübungsgemeinschaft, bei sechs (27,3 %) um eine Gemeinschaftspraxis, und 13 Praxen (59,1 %) wurden als Einzelpraxen geführt.

Nach Raumtyp eingeteilt waren zwei Praxen (9,1 %) in teilweise städtischen Räumen, fünf (22,7 %) in überwiegend ländlichen Räumen und 15 (68,2 %) in überwiegend städtischen Räumen angesiedelt.

Nach Stadt- und Gemeindetyp betrachtet, lagen zwei Praxen in einer Landgemeinde, fünf in einer kleinen Kleinstadt, vier in einer größeren Kleinstadt, sechs in einer Mittelstadt und fünf in einer Großstadt.

Sechs Praxen behandelten weniger als 500 Patienten pro Quartal, zwei 751-1000 Patienten, acht 1001-1250 Patienten, fünf 1251-1500 Patienten, und eine mehr als 1500 Patienten.

In 14 Praxen (63,6 %) erfolgte die Aktenführung digital, in einer (4,5 %) handschriftlich, in sechs (27,3 %) gemischt digital/handschriftlich und eine Praxis (4,5 %) machte diesbezüglich keine Angaben.

13 Praxisinhaber (59,1 %) waren männlich und neun (40,9 %) weiblich.

Ein Praxisinhaber war zwischen 30-39 Jahren alt, sechs zwischen 40-49 Jahren, acht zwischen 50-59 Jahren und sieben 60 Jahre oder älter.

4.2.2 Patienten

Insgesamt wurden 1.156 Patientenakten ausgewertet. Dadurch, dass bei manchen Patienten zwei oder mehrere der interessierenden Erkrankungen vorlagen, konnten in diesen Fällen Daten für mehrere Störungsbilder gleichzeitig erhoben werden, so dass insgesamt Daten zu

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

1.670 Erkrankungsfällen gewonnen werden konnten. 61,9 % der Patienten waren männlich, das Durchschnittsalter betrug 11,9 (SD ±5,2) Jahre.

Bei vielen der Patienten waren in den Akten für den untersuchten Zeitraum (2018/2019) mehrere Kontakte im Rahmen der Indexdiagnose dokumentiert (z.B. Konsultationen aufgrund wiederholter Exazerbation eines Asthma bronchiale), diese wurden als eigenständige Krankheitsepisoden aufgefasst und auf die Erfüllung der einschlägigen QI untersucht. Insgesamt konnten in unserer Stichprobe so für 20.347 Krankheitsepisoden die jeweiligen QI ausgewertet werden.

4.3 Erfüllungsgrad von Qualitätsindikatoren

Die wichtigsten Ergebnisse sind Tabelle 1 zu entnehmen. Über alle Erkrankungen hinweg waren 62,2 % aller Qualitätsindikatoren erfüllt (primärer Endpunkt). Für die somatischen Erkrankungen betrug dieser Wert 67,4 %, für die psychischen Störungen lag der Anteil bei 55,8 %. Der höchste Erfüllungsgrad fand sich für Störungen des Sozialverhaltens (98,9%) und Otitis media (98,0%), der niedrigste für Depression (32,1 %). Für alle Erkrankungen insgesamt betrachtet, erzielten Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin die besten Ergebnisse, gefolgt von den Fachärzten für Allgemeinmedizin und den Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie, wobei die maximale Differenz zwischen den Facharztgruppen hier 23,9 % betrug.

Tabelle 3: Versorgungsqualität nach Erkrankung und Facharztgruppe

Erkrankung	Anzahl definierte QI	Anzahl Patienten	Anzahl Episoden	Anzahl abgleich-bare QI	Anteil erfüllter QI (in %, mit 95% KI)			
					PÄD	ALLG	KJP	Gesamt
Somatisch	**105**	**1068**	**12350**	**96**	**69.1** (66.3-71.8)	**62.8** (58.0-67.3)	---	**67.4** (65.0-69.7)
Asthma bronchiale	48	235	4737	44	81.4 (75.0-86.8)	48.6 (36.4-60.8)	---	**72.3** (66.4-77.8)
Atopisches Ekzem	23	222	3602	21	43.3 (38.3-48.3)	57.1 (43.2-70.3)	---	**45** (40.3-49.7)
Otitis media	28	334	3106	26	99.7 (98.3-100)	94.6 (90.0-97.5)	---	**98** (96.3-99.0)
Tonsillitis	6	277	905	5	59.9 (53.1-66.5)	35 (27.2-43.4)	---	**50** (44.7-55.3)
Psychiatrisch	**130**	**602**	**7997**	**127**	**86.1** (80.6-90.6)	**88.9** (77.4-95.8)	**47.8** (44.7-51.0)	**55.8** (53.0-58.5)
ADHS	51	245	3325	49	85.7 (76.4-92.4)	85.7 (63.7-97.0)	71.1 (65.6-76.1)	**74.8** (70.3-79.0)
Depression	40	174	3028	39	73.2 (59.7-84.2)	87.5 (67.6-97.3)	25.9 (22.4-29.7)	**32.1** (28.6-35.8)
Störung des Sozialverhaltens	39	183	1643	39	98.4 (91.3-100)	100 (66.4-100)	99.1 (95.1-100)	**98.9** (96.1-99.9)
Alle Erkrankungen	**235**	**1670**	**20347**	**223**	**71.7** (69.2-74.2)	**65.6** (61.2-69.8)	**47.8** (44.7-51.0)	**62.2** (60.4-64.0)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

4.4 Einflussfaktoren für höhere Versorgungsqualität

Hinsichtlich möglicher Einflussfaktoren für eine höhere Versorgungsqualität zeigte sich kein ganz homogenes Bild. Über alle Erkrankungen hinweg waren jüngeres Patientenalter (0–6 Jahre), männliches Geschlecht des Patienten, männliches Geschlecht des behandelnden Arztes, geringere ärztliche Berufserfahrung (0–8 Jahre) sowie in eher ruralen Regionen gelegene Praxen mit einer höheren Versorgungsqualität assoziiert.

4.5 Ergebnisse der Fokusgruppen

Es konnten folgende sechs Faktoren ("Hauptkategorien") identifiziert werden, die die Behandlung, Dokumentation und daher auch (Nicht-)Erfüllung von Qualitätsindikatoren beeinflussen: (1) Patientenbesonderheiten (z. B. Alter, Krankheitslast), (2) Anforderungen im Praxisalltag (z. B. Zeitdruck), (3) (fehlende) Behandlungskontinuität (z. B. Versorgung bei mehreren Leistungserbringern), (4) Priorisierung von Erfahrungswissen über Qualitätsindikatoren/ Leitlinien sowie (5) individuelles Dokumentationsverhalten (z. B. kurze Befunde als persönliche Gedankenstütze). Zudem äußerten die Teilnehmenden (6) Kritik am Konzept der Qualitätsmessung mit Indikatoren auf Basis von Patientenakten.

4.5.1 Patientenbesonderheiten

Hier wurden - wie auch in den weiteren Hauptkategorien - Faktoren genannt, die je nach Ausprägung sowohl förderlich als auch hinderlich für die messbare Versorgungsqualität sein können: Bei gut strukturierten Familien bspw. ist der QI "Vorhandensein eines strukturierten Behandlungsplans" seltener anzutreffen, weil dies den Familien auch so zugetraut wird, bei weniger gut strukturierten Familien steigt die Wahrscheinlichkeit der Vergabe und Dokumentation eines strukturierten Behandlungsplanes. Ähnliches gilt auchu für Compliance/Adhärenz von Patienten bzw. Familien (hoch=QI Krankheitsdokumentation eher erfüllt, niedrig=geringere Wahrscheinlichkeit für die Dokumentation des QI) sowie deren Neigung zu Ablehnung bzw. Bevorzugung sog. schulmedizinischer Therapien.

4.5.2 Anforderungen im Praxisalltag

Durch ein hohes Patientenaufkommen mit entsprechend hoher Arbeitsbelastung herrscht im Praxisalltag häufig Zeitdruck. Dies ist neben dem Wirtschaftlichkeitsgedanken ein Grund, weshalb manche Maßnahmen häufig nicht so durchgeführt werden (können), wie sie in Leitlinien/QI abgebildet werden. So werden in manchen Praxen beispielsweise keine festen Kontrolltermine geplant (die als QI gemessen werden könnten), sondern den Patienten bzw. Eltern mitgeteilt, sie sollen bei anhaltenden bzw. erneut auftretenden Beschwerden wiederkommen. Dokumentationsanforderungen werden als Druck und limitierender Faktor hinsichtlich der ärztlichen Tätigkeit gesehen. Durch einen komplizierten ICD-Katalog werde die Dokumentation zusätzlich erschwert.

4.5.3 Behandlungskontinuität

Es wurde benannt, dass Patienten auch in anderen (Facharzt-)Praxen behandelt werden und die interviewten Ärztinnen und Ärzte nicht die alleinigen Behandler darstellen. Dies wirke sich

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

auf die Behandlung und die Häufigkeit von Praxisterminen aus. Weiterhin gebe es auch Patienten, die schon lange in der Praxis bekannt sind und dort langfristig behandelt werden.

4.5.4 Erfahrungswissen > Leitlinien

Ärztinnen und Ärzte haben bei der Behandlung ihre eigenen Vorgehensweisen. Diese können sich mit den Empfehlungen der Leitlinie oder den QI decken oder davon abweichen. In ihrer alltäglichen Praxis mit häufigen Krankheitsbildern berufen sie sich hauptsächlich auf ihr Erfahrungswissen, während Leitlinien oder QI eher eine sekundäre Rolle spielen.

4.5.5 Arztspezifisches Vorgehen

Den Interviews konnte entnommen werden, dass jede Ärztin und jeder Arzt unterschiedlich dokumentiert. Dies fängt bei der ICD-10-Codierung an, die auch mit der jeweiligen Praxissoftware zusammenhängt und setzt sich bei der Befundbeschreibung und Dokumentation von Patienteninformationen und -anleitungen fort. Von Allgemeinmedizinern und Kinder- und Jugendärzten wurde mehrfach erwähnt, dass die Dokumentation häufig kurz gehalten und für die Ärzte selbstverständliche Informationen, wie Befunde bei bestimmten Diagnosen oder ein guter Allgemeinzustand, weggelassen werden.

4.5.6 Kritik an QI

Teilnehmende Ärzte kritisierten das Vorgehen der Qualitätsmessung über Patientenakten, da die Dokumentationen nicht zwangsläufig die Behandlungsrealität widerspiegele. Daneben wurde mehrfach genannt, dass die Inhalte einzelner QI bzw. deren Aussagekraft für sie nicht nachvollziehbar seien.

Tabelle 4: Ergebnisse der Fokusgruppen mit Ankerbeispielen.

Hauptkategorie	Unterkategorie	Beispiel
Patienten-besonderheiten	Demografie und soziales Umfeld	„Ja, das schwierige ist ja, kann man auch wieder sagen ist ein bisschen, je strukturierter die Familie ist und je mehr sie in der Lage ist solche detaillierten Ziele zu definieren, desto weniger braucht sie uns.“ (Kinder- und Jugendpsychiater über das (fehlende) Aushändigen eines individuellen Behandlungsplans bei ADHS)
	Krankheitslast/ Behandlungserfolg	„Ich würde auch sagen, wenn die Behandlung funktioniert, dann ist das das Kriterium, dass die Inhalation okay ist und sonst wird es besprochen. Zeiteffektiv.“ (Kinder- und Jugendarzt über Überprüfung der Inhalationstechnik)
	Behandlungswünsche und Unsicherheiten	„Es fällt auch die Gruppe raus, die sich gerne auf Homöopathika reduziert und man kann ja durchaus auch Belladonna geben.“ (Hausarzt über die Verordnung von Schmerzmitteln bei Otitis media)

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	Compliance	„Aber, wie gesagt, selbst meine schwereren Asthmatiker, denen ich regelmäßig ein Asthma-Tagebuch in die Hand drücke und sage zum nächsten Termin pustest du mal eine Woche lang wieder Peak flow, dass ich mal sehen kann, wie es in der letzten Woche vorher war... Es wird nicht mitgebracht.“ (Kinder- und Jugendarzt über Asthmatagebücher)
Anforderungen im Praxisalltag	Wirtschaftlichkeit	„Früher war das so, dass es irgendwie ein bisschen anders lief. Die kamen alle wieder, die wurden alle zu Hause besucht, wer ein bisschen Fieber hatte oder was weiß ich was? Und heute ist es so, dass es eben schon deshalb vielleicht bei manchen nicht passiert, weil wir das ja dann den zweiten der zweiten Sitzung eigentlich für kein Honorar mehr machen, sondern das machen wir für uns beziehungsweise für die Patient*innen und ich glaube, dass bei einigen Kollegen möglicherweise dann Punkt entstanden ist, der sagt OK. Also sie geben das jetzt mal, und wenn es in 48 Stunden nicht wird besser ist, dann kommen sie wieder.“ (Allgemeinmediziner über Kontrolltermin nach 48 Stunden bei Otitis media)
	Dokumentationsdruck	„Ja, das Problem ist, dass wir von vielen Sachen von der Dokumentation überfallen werden. Wir werden von Zeitkonten überfallen. Wir werden von so vielen Dingen überfallen, die uns eigentlich limitieren, die im Grunde genommen so ja so rein theoretisch gar nicht zu dem passen, was eigentlich machen wollen“. (Allgemeinmediziner über Dokumentation)
	Komplizierter ICD-Katalog	„Also. Ich meine, natürlich kann man... bei der Otitis inzwischen glaube ich... fast 20 verschiedene Codes angeben und das geht im Alltag einfach nicht. Das kann ein DRG-Kodierer vielleicht noch machen, aber einer, der in der Praxis sitzt und schnell mal sagen will, das ist eine perforierte Otitis oder 'ne normale Otitis, das ist ein Unterschied, ja.“ (Kinder- und Jugendarzt über Kodierungen)
	Wenig Zeit/ hohes Patientenaufkommen	„Ja, man hat kaum Zeit zur Dokumentation. Also das ist ein Problem besonders in diese Zeit, wo die Otitis media vorkommt, also diese Erkältungszeit. Man muss viele Patient*innen behandeln und Dokumentation kommt am Ende. Also ich muss auch die Ziffer manchmal am Ende der Stunde oder es mein Tag gegeben weiter überhaupt nicht sogar zur

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		Ziffergabe. Das heißt viele Ziffern häufig fehlen, was eigentlich Geld bringt.“ (Allgemeinarzt über Dokumentation der Befund bei Otitis media) „Ja, also, da ist es bei mir so, dass ich aufgrund der Patientenzahlen das definitiv nicht schaffe. Es ist so, dass ich das erste Rezept mit ?-Anlage mitgebe und dann wissen sie die Anrufenden wie Folgerezepte bestellen und dann wird an der Anmeldung gefragt, wie läufts? Und dann sagen sie auch automatisch, wenn irgendwas ist und das wird protokolliert und dann würde ich dann gegebenenfalls drauf reagieren.“ (Kinder- und Jugendpsychiater über Kontrolltermin innerhalb von 2 Wochen nach der ersten Medikationsverordnung bei ADHS)
Behandlungs-kontinuität	Mehrere Behandelnde/Sektoren	„Oder sie sind zusätzlich noch in der Uni-Ambulanz oder sonst wie gewesen, 'ne, kann ja auch sein, dass sie da auch immer mal wieder ihre Kontroll-Termine haben, zumindest einmal im Jahr ne, dann muss man es ja nicht 10 Mal angucken.“ (Kinder- und Jugendarzt über Kontrolltermine bei Asthma)
	Lang- und kurzfristige Behandlungen	„Dann haben die mit ziemlicher Sicherheit irgendwann mal einen SABA verordnet bekommen, entweder als Tropfen oder als Inhalation feucht oder eben als Spray. Aber ob das nun in dem Zeitraum verordnet wurde oder es einfach noch zu Hause steht, das ist die andere Frage. Denn ich schreibe gerne mal ein Doppelpack Sprays auf oder sowas und das hält ja auch manchmal länger.“(Kinder- und Jugendarzt über Verordnung von Bedarfsmedikation bei Asthma)
Erfahrungswissen > Leitlinien/QI	Eigene Schwerpunkt-setzung in Diagnostik, Behandlung und Dokumentation	„Ja, ich sage ganz ehrlich, dass ich die nach der Anamnese in der Regel schon festlege, nicht immer. Aber in der Regel, weil es gibt nicht den ADHS-Test, sondern ich sammle Informationen und in einer kompletten Anamnese, wo ich dann auch schon eine Interaktion hab zwischen Kind und Eltern, hab ich's in aller Regel, also nicht immer, aber in aller Regel, die es nicht brauchen und dann mal nicht auch noch.“ (Kinder- und Jugendpsychiater über Anwendung von Testverfahren bei der Diagnostik von ADHS) „Und Leitlinien, ob ich jetzt jeden Punkt der Leitlinie erfüllt habe, das interessiert mich nicht in der

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		täglichen Routine, das ist mir tatsächlich egal.“ (Hausarzt über die Behandlung einer Otitis media) „Also ich muss ehrlich sagen nach der langen Jahren Erfahrung von uns allen, kommt es mir manchmal so ein bisschen vor, als ob das doch eine Schablone wird und das Individuelle, was wir an Erfahrung haben, was denke ich mal wichtiger ist als die Leitlinie. Ich brauche für die Otitis, eigentlich keine Schablone. Ich denk, es gibt so viele Erkrankungen, die so wichtigerweise eine Schablone bräuchten und keine kriegen.“ (Allgemeinmediziner über die Behandlung einer Otitis media)
Arztspezifisches Vorgehen	Unterschiedliche ICD	„Das Problem ist jedes unserer Programme hat ja unterschiedliche Codierungen. Das ist zwar ein Drittel, ein Teil im ICD10 umgesetzt, aber das was man sozusagen für sich selber als... Ja, als Definition genommen hat ja, ist unterschiedlich. Das sehe ich immer, wenn man den Notdienst praktisch, die Diagnosen, die man aus der Praxis so umgangssprachlich hat, da kommen da andere ICDs raus ja.“ (Kinder- und Jugendarzt über Codierungen)
	Individuelle Befundberichte etc.	„Ich denke, das hält man relativ kurz, weil man ja für sich auch weiß, wenn ich das reinschreibe, weiß ich eigentlich was gesehen habe.“ (HA über Dokumentation von Befunden bei Otitis media) „Also der Dokumentationsaufwand, den ich habe, der ist sehr, sehr hoch, aber ich brauche halt einfach auch detaillierte Angaben im Protokoll. Meine Mitarbeiter müssen nicht ganz so viel dokumentieren, aber normal, wenn man den jetzt nicht zu hoch schrauben würde den Anspruch, auf Dokumentation, dann wird es natürlich lustig und dann wird es alles richtig schwer.“ (Kinder- und Jugendpsychiater über Dokumentation)
	Patienteninformationen/ Anleitungen werden nicht dokumentiert.	„Wenn Sie meine Daten auswerten, haben Sie auch viele Patienten, denen ich ein Antibiotikum mitgegeben hab mit der Maßgabe, nochmal 1, 2 Tage zu warten. Und wenn es eben nicht besser wird mit dem Fieber, dann zu beginnen oder die Schmerzen nicht nachlassen. Also das ist sicherlich auch was, was man nicht bei jedem Eintrag sieht, also.“ (Kinder- und Jugendarzt über Dokumentation)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

		„Und dann kriegen sie von mir auch unseren eigenen Praxis-Vordruck da steht dann drin: Dosierung so und so ne, morgens, mittags abends. Ja, die kriegen das dann auf den Zettel, ne den hab ich in der Schublade und dann wird ausgefüllt und... Joa, das ist dann. Das ist zwar ein schriftlicher Plan, aber der steht halt nicht in der Akte.“ (Kinder- und Jugendarzt über das Ausstellen eine schriftlichen Verhaltensplans bei Asthma)
Kritik an QI	Doku vs. Realität	„Weil es das, was sie da feststellen, ist ja auch nur der dokumentierte Anteil und nicht der tatsächliche Anteil. Da gehen wieder die Realität und die Wissenschaft verschiedene Wege“. (Allgemeinmediziner über Dokumentation)
	Kriterien/ Inhalte der QI nicht nachvollziehbar	„Also mir persönlich kommen da starke Zweifel an dem Kriterium der Körpertemperatur von 39 Grad, weil ich das als ein ganz schwaches Kriterium finde, um da zwischen einer, einem schweren Ausprägungsgrad zu unterscheiden. Es kommt eher auf das individuelle, ja Fieber... Fieberfähigkeit des Kindes an. Ob es jetzt über 39 oder unter 39 Grad fiebert und das ... find ich nicht so ... ein genaues Kriterium. Und dadurch kann ich mir vorstellen, dass da ein starker ja Bias auch reinkommt in die Erfüllung der Antibiotikagabe.“ (Kinder- und Jugendarzt über Otitis media-QI)

Die genannten Faktoren konnten bei allen drei Facharztgruppen identifiziert werden. Die Kritik an QI und der Qualitätsmessung mithilfe von Patientenakten wurde bei Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin sowie Allgemeinmedizinern umfangreicher geäußert als bei Ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

4.6 Synthese der quantitativen und qualitativen Ergebnisse

In der Zusammenschau der Befunde aus dem quantitativen und dem qualitativen Teil der QualiPäd-Studie lässt sich Folgendes festhalten: Die im qualitativen Teil der Studie identifizierten Faktoren, die die Erfüllung von QI potentiell eher ungünstig beeinflussen (u.a. Anforderungen im Praxisalltag, Priorisierung von Erfahrungswissen über Leitlinien) sowie die Ablehnung teilnehmender Ärzte gegenüber der Messung von Behandlungsqualität mithilfe von Patientendokumentationen können als ein bedeutsamer Einflussfaktor für das eher mäßige Gesamtergebnis im quantitativen Teil der Studie in puncto Versorgungsqualität angesehen werden.

Für zukünftige Studien dieser Art ergibt sich hieraus die Notwendigkeit, nur die robustesten QI, d.h. jene, für die auch unter ungünstigen Bedingungen (z.B. Zeitnot, geringe

Gefördert durch: Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

patientenseitige Adhärenz) eine sehr hohe Dokumentationswahrscheinlichkeit besteht, zu verwenden.

5 Diskussion der Projektergebnisse

5.1 Methodische Aspekte

Ein wichtiges Ergebnis dieses Forschungsvorhabens ist, dass die Entwicklung und Konsentierung von Qualitätsindikatoren nach der RAND/UCLA-Methode mit modifizierten Delphi-Panels sich als gut durchführbar erwies. Bemerkenswert hierbei ist allerdings, dass die Mehrzahl der existierenden Qualitätsindikatoren sich auf die Themenfelder „Prozessqualität“ und „Effektivität“ bezog, während Qualitätsindikatoren zu den Themenfeldern „Ergebnisqualität“ und „Patientenorientierung“ viel seltener warfen. Dies zeigt zum einen Entwicklungsbedarf an, zum anderen aber auch einen möglichen Gewichtungsbedarf hinsichtlich der im Rahmen der Studie verwendeten QI-Sets.

Auch die Auswertung von Patientenakten und die darauffolgende Ableitung des Erfüllungsgrades von QI war grundsätzlich gut praktikabel. Problematisch war jedoch, die unerwartet hohe Zahl von Patientenakten mit rudimentärer Falldokumentation, was dazu führte, dass QI zum Teil nicht abgeleitet werden konnten bzw. als nicht erfüllt bewertet werden mussten. Dies könnte in der Gesamtbewertung zu falsch niedrigen Erfüllungsquoten von QI geführt haben. Zudem waren diese Dokumentationsdefizite angesichts der gerade in Deutschland ubiquitären Hinweise auf die forensischen Risiken fehlender Dokumentation in unerwarteter Befund.

COVID-bedingt zeigten sich nicht wenige der angefragten Praxen überlastet, so dass es hier möglicherweise zu einem Selektionseffekt zugunsten besonders gut organisierter Praxen gekommen sein mag. Eine bedauerliche Limitation der Studie ist, dass aufgrund fehlender berufspolitischer Unterstützung die Fachgruppe der kinderärztlichen Notdienstpraxen wegfiel.

Eine methodische Stärke dieser Studie ist neben dem Innovationsgehalt (erste Studie dieser Art in Europa, dritte Studie dieser Art überhaupt weltweit) die Stichprobengröße und der Umfang der überprüften Behandlungsepisoden bzw. die Anzahl der überprüften QI, die gleichwertig zu den existierenden Studien aus den USA und Australien ist (Tabelle 6).

Tabelle 5: Vergleich der Anzahl der QI und der Stichprobengröße existierender Studien zur Qualität der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Land	**Anzahl definierte QI**	**Anzahl Patienten**	**Anzahl Episoden**
Deutschland	235 (7 Erkrankungen)	1156	20347
USA	175 (12 "clinical conditions")	1536	11886
Australien	479	6689	15240

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

	(17 Erkrankungen)		

5.2 Ergebnisse

Soweit methoden- und gesundheitssystembedingt vergleichbar, liegt die ambulante Versorgungsqualität körperlicher und psychiatrischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland auf vergleichbarem Niveau mit Australien und etwas über dem der USA. Dies erscheint plausibel, da die betreffenden Länder bei allen Unterschieden im Gesundheitssystem eine insgesamt flächendeckende Versorgung mit hohem Stellenwert von Leitlinien bieten. Interessant ist der Unterschied zwischen dem Anteil erfüllter QI zwischen Erkrankungen, die Gründe hierfür sind sicherlich multifaktoriell. Interessant ist der Befund, dass in der Studie von Braithwaite et al. [2018] die Versorgungsqualität bei psychischen Störungen deutlich über der von körperlichen Erkrankungen lag, diesen Befund konnten wir nicht replizieren. Eine Versorgung durch Spezialisten war nicht für alle Erkrankungen mit höherer Versorgungsqualität assoziiert.

Jüngeres Patientenalter und in eher ländlichen Regionen gelegene Arztpraxen als Einflussfaktoren für eine höhere Versorgungsqualität erscheinen plausibel; der erstgenannte Faktor kann durch größere Sorgfalt bei jüngeren Patienten angesichts der Vieldeutigkeit von Symptomen und größeren Risiken beim Übersehen in dieser Altersgruppe gedeutet werden, in ländlichen Regionen gelegene Praxen haben möglicherweise eine stärkere Patientenbindung, die wiederum mit größerer Behandlungskontinuität und -qualität assoziiert sein kann.

Die im qualitativen Teil der Studie identifizierten Faktoren, die die Erfüllung von QI ungünstig beeinflussen (u.a. Anforderungen im Praxisalltag, Priorisierung von Erfahrungswissen über Leitlinien) entsprechen zumindest in einigen Aspekten Befunden zur Leitlinienadhärenz aus der Allgemeinmedizin [Wangler 2020]. Die im qualitativen Teil der Studie geäußerte Ablehnung teilnehmender Ärzte gegenüber der Messung von Behandlungsqualität mithilfe von Patientendokumentationen sollte bei der Konstruktion von QI in zukünftigen Studien berücksichtigt werden, ebenso wie die oben genannte Skepsis hinsichtlich der Leitlinienadhärenz, die sicherlich auch ein Grund für das eher mäßige Gesamtergebnis im quantitativen Teil der Studie in puncto Versorgungsqualität ist.

Perspektivisch ist eine Studie mit vergleichbarem Design im stationären pädiatrischen bzw. kinder- und jugendpsychiatrischen Setting sinnvoll, zum einen zur Frage der Replizierbarkeit der im vorliegenden Vorhaben erhobenen Befunde, zum anderen aber auch im Hinblick auf die bevorstehende Krankenhausreform und die damit verbundene Frage der Behandlungsqualität konservativer Fächer wie der Pädiatrie/Psychiatrie in Krankenhäusern unterschiedlicher Versorgungsstufen.

6 Verwendung der Ergebnisse nach Ende der Förderung

Grundsätzlich ist zu berücksichtigen, dass es sich bei dieser Untersuchung um eine explorative Studie handelte.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Die im Rahmen des Forschungsvorhabens mittels state-of-the-art-Methodik erstellten Qualitätsindikatoren und die dazugehörigen im Rahmen der Studie erstellten Handbücher können zukünftig für weitere Forschungsvorhaben zur Messung der ambulanten Versorgungsqualität bei häufigen Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters verwendet werden. Hierbei sollten insbesondere jene Qualitätsindikatoren Verwendung finden, die hinsichtlich der Aspekte "Relevanz" und "Machbarkeit" im Rahmen der vorliegenden Untersuchung am höchsten bewertet wurden und sich somit als valide erwiesen.

Weiterer Forschungsbedarf besteht insbesondere zu folgenden Aspekten:

(1) Bei der Erstellung der Qualitätsindikatoren zeigte sich, dass für die Bereiche "Ergebnisqualität" sowie "Patientenorientierung" keine bzw. zu wenige Qualitätsindikatoren existieren. Diesbezüglich besteht erheblicher Entwicklungsbedarf.

(2) Hinsichtlich der Erkrankungen mit einem niedrigen Anteil erfüllter Qualitätsindikatoren (z.B. Depression, Asthma bronchiale) ist es erforderlich, in weiteren Untersuchungen spezifische Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität zu initiieren und auf Wirksamkeit zu untersuchen (z.B. Disease Management-Programme). Dies erscheint auch angesichts der im qualitativen Teil der Studie geäußerten zahlreichen Gründe zur Nichteinhaltung von Qualitätsindikatoren bzw. Leitlinien geboten.

7 Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

7.1 Artikel in begutachteten Zeitschriften

Tischlik V, Mehl C, Ewald D, Heinzel-Gutenbrunner M, Geraedts M, Bachmann C. Assessment of the quality of routine ambulatory health care for common disorders in children and adolescents in Germany: Study protocol for a retrospective medical record review [QualiPäd]. BMJ Open 2021; 11:e048782. https://bmjopen.bmj.com/content/11/11/e048782

Müller T, Mehl C, Nau T, Bachmann C, Geraedts M. Process over outcome quality in paediatrics? An analysis of outpatient healthcare quality indicators for seven common diseases. BMJ Open Quality 2023; 12:e002125. https://bmjopenquality.bmj.com/content/12/1/e002125

Mehl C, Müller T, Nau T, Bachmann C, Geraedts M. Entwicklung eines Indikatorensets zur Evaluation der Versorgungsqualität in der ambulanten Routineversorgung häufiger Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2024; 186:69-76. https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(24)00049-7/fulltext

Müller T, Mehl C, von Cruppé W, Bachmann C, Geraedts M. Ärztliches Dokumentationsverhalten und (Nicht-)Erfüllung von Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen – eine qualitative Studie. Das Gesundheitswesen (im Druck).

Bachmann C, Mehl C, Müller T, Hibbert P, Heinzel-Gutenbrunner M, Iqbal FM, Geraedts M. Qualität der ambulanten Routineversorgung häufiger psychischer und körperlicher Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters – die QualiPäd-Studie. (Einreichung geplant)

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

7.2 Kongressbeiträge

Mehl C, Müller T, Assheuer M, Nau T, Tischlik V, Bluthardt T, Bachmann C, Geraedts M. Entwicklung von Qualitätsindikatoren für vier pädiatrische Erkrankungen. 20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Digital, 6.-8.10.2021.

Müller T, Mehl C, Nau T, Tischlik V, Bluthardt T, Geraedts M, Bachmann C. Konsentierung von pädiatrischen Qualitätsindikatoren mit der RAND/UCLA Appropriateness Method. 20. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Digital, 6.-8.10.2021.

Müller T, Mehl C, Nau T, Bachmann C, Geraedts M. Herausforderungen beim Messen von Qualitätsindikatoren über Patientenakten. 21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Potsdam, 5.-7.10.2022.

Mehl C, Müller T, Nau T, Bachmann C, Geraedts M. Erfahrungen bei der Operationalisierung von Qualitätsindikatoren anhand von Patientenakten. 21. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Potsdam, 5.-7.10.2022.

Bachmann C, Mehl C, Müller T, Nau T, Geraedts M. Ambulante Versorgungsqualität bei Asthma, Tonsillitis, Neurodermitis und Otitis media – die QualiPäd-Studie. Vortrag beim 22. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin, 04.-06.10.2023. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2023. doi: 10.3205/23dkvf313

Müller T, Mehl C, Bachmann C, Geraedts M. Faktoren für mangelnde Informationen in Patientenakten und (Nicht-)Erfüllung von Qualitätsindikatoren in der Pädiatrie – Ergebnisse aus facharztspezifischen Fokusgruppeninterviews. Poster beim 22. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung (DKVF). Berlin, 04.-06.10.2023. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2023. doi: 10.3205/23dkvf271

Mehl C, Müller T, Bachmann C, Geraedts M. Zusammenarbeit mit Fachärzt*innen für Allgemeinmedizin, Pädiatrie und Kinder-und Jugendpsychiatrie im QualiPäd-Projekt: ein Erfahrungsbericht. 23. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Potsdam, 25.-27.9.2024.

IV Literaturverzeichnis

Braithwaite J, Hibbert PD, Jaffe A, White L, Cowell CT et al: Quality of Health Care for Children in Australia, 2012-2013. JAMA 2018, 319(11):1113-1124.

Clopper C, Pearson ES: The use of confidence or fiducial limits illustrated in the case of the binomial. Biometrika 1934, 26(4):404–413.

Cruppé W, Kleudgen S, Diel F, Burgdorf F, Geraedts M: Feasibility of 48 quality indicators in ambulatory care in Germany: a cross-sectional observational study. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2015, 109(9-10):682-694.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Doherty S, Jones P, Stevens H, Davis L, Ryan N, Treeve V: 'Evidence-based implementation' of paediatric asthma guidelines in a rural emergency department. Journal of Paediatrics and Child Health 2007, 43(9):611-616.

Edwards PJ, Roberts I, Clarke MJ, Diguiseppi C, Wentz R et al: Methods to increase response to postal and electronic questionnaires. Cochrane Database Syst Rev 2009(3):Mr000008.

Erskine HE, Ferrari AJ, Polanczyk GV, Moffitt TE, Murray CJ et al: The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2014, 55(4):328-336.

Ewald DA, Huss G, Auras S, Caceres JR, Hadjipanayis A, Geraedts M: Development of a core set of quality indicators for paediatric primary care practices in Europe, COSI-PPC-EU. European Journal of Pediatrics 2018, 177(6):921-933.

Ewald DA, Huss G, Kraska R, Geraedts M: Feasibility testing of the core set of quality indicators for paediatric primary care practices in Europe, COSI-PPC-EU. European Journal of Pediatrics 2019, 178(5):707-719.

Fegeler U, Jäger-Roman E, Martin R, Nentwich H-J: Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung. Monatsschrift Kinderheilkunde 2014, 162(12):1117-1130.

Fischbach T, Fehr F, Fegeler U: Flächendeckende ambulante pädiatrische Versorgung in Deutschland. Monatsschrift Kinderheilkunde 2018, 166(2):108-115.

Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR et al: The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA; 2001.

Fleiss JL, Levin B, Paik MC: Statistical Methods for Rates and Proportions, 3 edn. New York: Wiley; 2003.

Garson DG: Generalized Linear Models & Generalized Estimating Equations. Asheboro, NC: Statistical Publishing Associates; 2012.

Hardin J, Hilbe J: Generalized Estimating Equations. London: Chapman and Hall/CRC; 2003.

Kleudgen S, Diel F, Burgdorf F, Quasdorf I, de Cruppé W, Geraedts M: Entwicklung eines Starter-Sets ambulanter Qualitätsindikatoren – AQUIK®-Set. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2011, 105(1):54-63.

Krüger C, Heinzel-Gutenbrunner M, Ali M: Adherence to the integrated management of childhood illness guidelines in Namibia, Kenya, Tanzania and Uganda: evidence from the national service provision assessment surveys. BMC Health Serv Res 2017, 17(1):822.

Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, Keesey J, Klein DJ et al: The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. New England Journal of Medicine 2007, 357(15):1515-1523.

Mehl C, Müller T, Nau T, Bachmann C, Geraedts M. Entwicklung eines Indikatorensets zur Evaluation der Versorgungsqualität in der ambulanten Routineversorgung häufiger Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters. Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 2024, 186:69-76.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Müller T, Mehl C, Nau T, Bachmann C, Geraedts M. Process over outcome quality in paediatrics? An analysis of outpatient healthcare quality indicators for seven common diseases. BMJ Open Quality 2023, 12:e002125.

Müller T, Mehl C, von Cruppé W, Bachmann C, Geraedts M. Ärztliches Dokumentationsverhalten und (Nicht-)Erfüllung von Qualitätsindikatoren in der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen – eine qualitative Studie. Das Gesundheitswesen 2025 (im Druck).

Newcombe RG: Two-Sided Confidence Intervals for the Single Proportion: Comparison of Seven Methods. Statistics in Medicine 1998, 17:857-872.

Peters DH, Adam T, Alonge O et al: Implementation research: what it is and how to do it. BMJ 2013, 347:f6753.

Rattay P, Starker A, Domanska O, Butschalowsky H, Gutsche J, Kamtsiuris P: Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014, 57(7):878-891.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Versorgung − Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin; 2014.

Schuster MA: Measuring Quality of Pediatric Care: Where We've Been and Where We're Going. Pediatrics 2015, 135(4):748-751.

Seeling S, Prütz F, Gutsche J: Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2018, 3(4):57-65.

Skrundz M, Borusiak P, Hameister KA, Geraedts M: Entwicklung von Qualitätsindikatoren für die Diagnostik und Behandlung von ADHS in der Sozialpädiatrie. Gesundheitswesen 2015, 77(12):908-915.

Tischlik V, Mehl C, Ewald D, Heinzel-Gutenbrunner M, Geraedts M, Bachmann C. Assessment of the quality of routine ambulatory health care for common disorders in children and adolescents in Germany: Study protocol for a retrospective medical record review [QualiPäd]. BMJ Open 2021; 11:e048782.

Ulusoy M, Borusiak P, Hameister KA, Geraedts M: Qualitätsmessung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen - eine Machbarkeitsstudie am Beispiel ADHS. Gesundheitswesen 2017, 79(10):e78-e84.

Wang CJ, Elliott MN, McGlynn EA, Brook RH, Schuster MA: Population-Based Assessments of Ophthalmologic and Audiologic Follow-up in Children With Very Low Birth Weight Enrolled in Medicaid: A Quality-of-Care Study. Pediatrics 2008, 121(2):e278-e285.

Wangler J, Jansky M: Leitlinienorientierung von Allgemeinmediziner*innen. Eine explorative Befragung zu Akzeptanz, Einstellungen und Erfahrungen in Bezug auf hausarztbasierte Leitlinien. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 2020, 96 (7-8):311-316.

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Wiles LK, Hooper TD, Hibbert PD, Molloy C, White L et al: Clinical indicators for common paediatric conditions: Processes, provenance and products of the CareTrack Kids study. PLOS ONE 2019, 14(1):e0209637.

Wolfe I, Thompson M, Gill P, Tamburlini G, Blair M et al: Health services for children in western Europe. Lancet 2013, 381(9873):1224-1234.

V Anlagen

Anlage 1:	Handbuch Erfassung Patientenakte Asthma bronchiale
Anlage 2:	Handbuch Erfassung Patientenakte ADHS
Anlage 3:	Handbuch Erfassung Patientenakte Depression
Anlage 4:	Handbuch Erfassung Patientenakte Neurodermitis
Anlage 5:	Handbuch Erfassung Patientenakte Otitis media
Anlage 6:	Handbuch Erfassung Patientenakte Störung des Sozialverhaltens
Anlage 7:	Handbuch Erfassung Patientenakte Tonsillitis
Anlage 8:	Handbuch Erfassung Patientenakte allgemein
Anlage 9:	QualiPäd Indikatorenhandbuch Kurzversion
Anlage 10:	Datenschutzkonzept
Anlage 11:	Prüfplan
Anlage 12:	Anleitung QI-Bewertung Delphi-Runde 1
Anlage 13:	Besetzung der Delphi-Panels
Anlage 14:	Erhebungsbogen Psychische Störungen Delphi-Runde 1
Anlage 15:	Erhebungsbogen Somatische Erkrankungen Delphi-Runde 1
Anlage 16:	Ergebnisse QI-Bewertung ADHS nach Delphi-Runde 1
Anlage 17:	Ergebnisse QI-Bewertung Asthma bronchiale nach Delphi-Runde 1
Anlage 18:	Ergebnisse QI-Bewertung Depression nach Delphi-Runde 1
Anlage 19:	Ergebnisse QI-Bewertung Störung des Sozialverhaltens nach Delphi-Runde 1
Anlage 20:	Ergebnisse QI-Bewertung Neurodermitis nach Delphi-Runde 1
Anlage 21:	Ergebnisse QI-Bewertung Otitis media nach Delphi-Runde 1
Anlage 22:	Ergebnisse QI-Bewertung Tonsillitis nach Delphi-Runde 1
Anlage 23:	Interviewleitfäden Fokusgruppen

Gefördert durch:
Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss

Stand:
14. Juni 2022

Handbuch Erfassung Patientenakte

ASTHMA BRONCHIALE

QualiPäd

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis i
2 Vorwort / Einführung 2
3 Erhebungsmerkmale 3
3.1 Diagnosen 3
3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen 3
3.1.2 Weitere relevante Diagnosen 4
3.2 Diagnostik 5
3.2.1 Symptome 5
3.2.2 Anamnesen 6
3.2.3 Medizinische Untersuchung 12
3.2.3.1 Körperliche Untersuchung 12
3.3 Behandlung / Therapie 16
3.3.1 Behandlungssetting 16
3.3.2 Medikamentöse Behandlung 17
3.3.3 Nicht-medikamentöse Therapie 28
3.3.4 Behandlungsplan 32
3.3.5 Informations-, Aufklärungs- und Beratungsgespräche 33
3.3.6 Prävention 34
3.3.7 Notfallmäßige Behandlung 35
3.4 Konsultationen 36
3.4.1 Kontrolltermine 36
3.4.2 Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung 38
3.5 Externe Kommunikation / Überweisung 40
3.6 PROM/PREM 41
4 Anhang i
4.1 Indikatorenübersicht i
4.2 Merkmalsübersicht viii
4.3 Medikamente | Handelsnamen xxxvii
4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff xxxvii
4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen xlii
4.4 Abbildungen xlviii

2 Vorwort / Einführung

Das Asthma bronchiale ist eine chronische, entzündliche Erkrankung der Atemwege, die durch bronchiale Hyperreaktivität (übersteigerte Reizempfindlichkeit) und eine variable Atemwegsobstruktion (Verengung der Bronchien / Atemweg) gekennzeichnet ist.

Es kann zwischen folgenden Formen unterschieden werden:

- Allergisches Asthma (auch exogenes oder extrinsisches Asthma)
- Nichtallergisches Asthma (auch endogenes oder intrinsisches Asthma)
- Mischformen

Bei Kindern macht sich Asthma in der Regel durch Husten und eine leicht pfeifende oder brummende Atmung bemerkbar. Andere typische Krankheitszeichen zeigen sich meist noch nicht. Bei Jugendlichen und Erwachsenen äußert sich Asthma durch folgende Beschwerden:

- Atemnot (oft anfallsartig)
- Kurzatmigkeit bei Belastung
- geräuschvolle (Aus-)Atmung (Giemen, Pfeifen, Brummen)
- Engegefühl in der Brust
- Husten und / oder Hustenreiz

Die Beschwerden treten meist anfallsartig auf, bei sportlicher Betätigung und häufig auch nachts. Dies ist einer der Gründe, warum sich manche Menschen mit dieser chronischen Erkrankung oft müde und abgeschlagen fühlen. Bei einem Asthmaanfall kann sich eine zunächst nur leicht erschwerte Atmung bis zu einer ernsthaften Atemnot steigern.

3 Erhebungsmerkmale

3.1 Diagnosen

3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen

ICD-Schlüssel	Beschreibung
J45.-	**Asthma bronchiale**
J45.0	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale
J45.1	Nichtallergisches Asthma bronchiale
J45.8	Mischformen des Asthma bronchiale
J45.9	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet

3.1.2 Weitere relevante Diagnosen

Hierbei genügt die Information, dass eine entsprechende Diagnose beim Patienten vorliegt. Inwieweit diese behandelt wird, muss nicht dokumentiert werden. Die Information kann entweder durch einen Arztbrief, eine Überweisung, Fremdanamnese, Eigenanamnese, eigene Untersuchung oder durch Untersuchung eines Facharztes festgestellt worden sein.

Grundsätzlich sollten zunächst sämtliche Diagnosen erhoben werden; insbesondere sind Infektionskrankheiten von Belang.

Merkmal	Definitionen	Synonym	Praxisbeispiele	QI
Tonsillitis		J03.-		AB-049
Scharlach		A38.-		AB-049
Keuchhusten		A37.-		AB-049
Tuberkulose		A15.- - A19.-		AB-049
Lungenentzündung		J18.-		AB-049
Blasenentzündung		N30.-		AB-049
Otitis media		H65.- - H66.-		AB-049

3.2 Diagnostik

3.2.1 Symptome

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Asthmaanfall	Mögliche Symptome: - Akute Atemnot mit erschwerter Atmung - oft pfeifende Geräusche bei der Atmung (v.a. Ausatmung) - Husten - Engegefühl in der Brust - Unruhe oder auch Angst - Atembeschwerden (med. Dyspnoe) - Unvermögen einen längeren Satz während eines Atemzuges zu vollenden - Erschöpfung - Konfusion - Verlängerte Ausatmung - Trockene Rasselgeräusche bei Ausatmung - Erhöhte Atemfrequenz - Deutlicher Abfall des Peak-Flow-Wertes Stets im Einzelfall betrachten			AB-001 AB-002 AB-003 AB-005 AB-033 AB-048 AB-049 AB-055 AB-056
Belastungsasthma	- körperliche Anstrengung (während oder direkt nach intensiver körperlicher Belastung, z.B. Sport) löst Reizhusten, Atemnot oder einen Asthmaanfall aus	- Anstrengungsasthma - Belastungsinduzierte Bronchospasmen		AB-040

3.2.2 Anamnesen

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Symptome tagsüber	**Asthmakontrollgrad** Hatte der Patient in den letzten vier Wochen tagsüber Symptome von Asthma bronchiale, z.B. - Atemnot - Kurzatmigkeit bei Belastung. - geräuschvolle (Aus-)Atmung (Giemen, Pfeifen, Brummen) - Engegefühl in der Brust. - Husten und / oder Hustenreiz.			AB-016 AB-018 AB-019 AB-020 AB-021 AB-026 AB-052
Nächtliches Erwachen durch Asthma	**Asthmakontrollgrad** Hatte der Patient in den letzten vier Wochen nächtliches Erwachen durch Asthma?			AB-016 AB-018 AB-019 AB-020 AB-021 AB-026 AB-052
Schlafstörungen	- Patient kann aufgrund des Asthmas schlecht einschlafen/ durchschlafen	- Insomnie - Schlafprobleme - Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus		AB-010
Gebrauch von Bedarfsmedikation	**Asthmakontrollgrad** Musste der Patient in den letzten vier Wochen Bedarfsmedikation verwenden? **Hinweis**: Hierzu zählt nicht die Verordnung, sondern die vom Patienten bzw. von den Eltern berichtete Häufigkeit des Gebrauchs.			AB-012 AB-016 AB-018 AB-019 AB-020 AB-021 AB-026 AB-052

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
	Sollte die Anzahl der Tage angegeben sein, an denen die Bedarfsmedikation benötigt wurde, sind diese separat zusätzlich unter dem Merkmal „Häufigkeit der Verwendung eines Notfallsprays“ zu erfassen.			
Symptomfreie Intervalle	**Unterscheidung intermittierendes / persistierendes Asthma** Anzugeben ist der Zeitraum symptomfreier Intervalle, der vom Patienten bzw. dessen Eltern / Sorgeberechtigte angegeben wurde: - symptomfreies Intervall <2 Monate - symptomfreies Intervall >=2 Monate Ggf. ist das symptomfreie Intervall anhand der in der Patientenakte vorliegenden Informationen zu ermitteln.			AB-025 AB-035 AB-036 AB-037 AB-038 AB-039 AB-041 AB-045
Häufigkeit des Gebrauchs von Bedarfsmedikation	**Wichtig:** Dieses Merkmal noch nicht zuordnen. Stattdessen zunächst das Hilfsmerkmal „tmp_Häufigkeit Gebrauch Bedarfsmedikation“ zuordnen. Die Definition und Eingabe der Einheit (pro Tag, pro Woche, etc.) erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt! Durchschnittliche Häufigkeit der Verwendung eines Notfallsprays (vom Asthmapatienten und/oder dessen Eltern / Sorgeberechtigten angegeben) **in der letzten Woche**.			AB-012 AB-014

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
	Als Notfallspray gelten kurzwirksame Beta-2-Sympathomimentika (SABA) bzw. Anticholinergika. Das Mittel der Wahl bei Akuttherapie wäre z.B. Salbutamol, Fenoterol, Terbutalin (siehe 3.3.1, Seite 16). **Hinweis**: Hier zählt nicht die Verordnung, sondern die vom Patienten bzw. von den Eltern berichtete Häufigkeit des Gebrauchs. Wenn lediglich angegeben ist, dass in den letzten vier Wochen ein Notfallspray verwendet werden musste, ist dieses separat unter dem Merkmal „Gebrauch von Bedarfsmedikation“ zu erfassen.			
tmp_Häufigkeit Gebrauch Bedarfsme-dikation	Hierbei handelt es sich um ein temporäres Merkmal, mit welchem zunächst sämtliche Patientenakteneinträge zu versehen sind, die etwas mit der Häufigkeit des Gebrauchs von Bedarfsmedikation zu tun haben. Sobald ausreichend Praxisbeispiele gesammelt wurden, erfolgt eine Konsolidierung der Einträge und ggf. eine korrekte Merkmalszuordnung.			AB-012 AB-014

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI

Tage ohne Einnahme von Beta-2-Sympathomimetika	Anzahl der vom Asthmapatienten (oder dessen Eltern / Sorgeberechtigten) selbst angegebenen Tage ohne Einnahme von Beta-2-Sympathomimetika **innerhalb der letzten vier Wochen**.
	Als Beta-2-Sympathomietika gelten folgende Wirkstoffe (siehe auch 3.3.1, Seite 16)
	- Kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA)
	  ○ Salbutamol
	  ○ Fenoterol
	  ○ Terbutalin
	- Langwirkende Beta-2-Sympathomimetika (LABA)
	  ○ Formoterol
	  ○ Salmeterol
	Hier bitte die angegebenen Tage ohne Einnahme von Beta-2-Sympathomimetika erheben.
				AB-034

Symptomfreie Tage	Anzahl der vom Asthmapatienten (oder dessen Eltern / Sorgeberechtigten) selbst angegebenen symptomfreien Tage **innerhalb der letzten vier Wochen**. Symptome von Asthma bronchiale können z.B. sein: - Atemnot - Kurzatmigkeit bei Belastung.			AB-011

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
	- geräuschvolle (Aus-)Atmung (Giemen, Pfeifen, Brummen) - Engegefühl in der Brust. - Husten und / oder Hustenreiz.			
Aktivitätseinschränkung durch Asthma	**Asthmakontrollgrad** Hatte der Patient in den letzten vier Wochen Aktivitätseinschränkungen durch Asthma, z.B. - Einschränkungen bei körperlicher Aktivität			AB-016 AB-018 AB-019 AB-020 AB-021 AB-026 AB-052
Raucherstatus	- Aktiv (raucht Patient selbst?) - Passiv (rauchen Haushaltsmitglieder/ soziales Umfeld?) - Nichtraucher Angeben, ob der Raucherstatus erfasst bzw. abgefragt wurde. Nicht angegeben werden muss das Ergebnis der Abfrage (Aktiv / Passiv / Nichtraucher).			AB-015
Intermittierender Husten	**Unterscheidung intermittierendes / persistierendes Asthma** Husten tritt in Abständen auf, zeitweise (aussetzend), mit Unterbrechungen, meist anfallsartig	- anfallsartiger Husten		AB-025 AB-035 AB-036 AB-037 AB-038 AB-039 AB-041 AB-045
Erfassung der Auslösefaktoren	Welche Faktoren lösen beim Patienten die Asthmasymptomatik aus? z.B.	- Triggerfaktoren		AB-071

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
	- Atemwegsreize (z. B. Exposition gegenüber Allergenen, thermischen und chemischen Reizen, Rauch und Staub, pathologischer gastro-ösophagealer Reflux, rezidivierende und chronische Entzündungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich) - Tages- und Jahreszeit (z. B. Tag-/Nachtrhythmus, Allergenexposition) - Aufenthaltsort und Tätigkeit (z. B. Arbeitsplatz, Hobbys) - körperliche Belastung - Atemwegsinfektionen - Medikamente (z. B. NSAR, ASS, Betarezeptorenblocker); - emotionale Belastungsfaktoren aktive und passive Tabakexposition			
Leichte Atemnot	**Unterscheidung intermittierendes / persistierendes Asthma**	- Dyspnoe		AB-025 AB-035 AB-036 AB-037 AB-038 AB-039 AB-041 AB-045

3.2.3 Medizinische Untersuchung

3.2.3.1 Körperliche Untersuchung

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Erfassung Bewusstseinszustand	z.B. Überprüfung von: - Ansprechbarkeit - Pupillenreflex - Desorientiertheit - Schläfrigkeit - Schmerzreize - Körpertemperatur	- Pupillenweite - Konfus, benommen, zerstreut	z.B. - „klares Bewusstsein“ - „Bewusstseinszustand opB“	AB-001
Herzfrequenz	Die Herzfrequenz in „Herzschlägen pro Minute“ oder der Puls müssen in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellten „Herzschläge pro Minute“ / den festgestellten Puls entsprechend mit erheben!	- Puls - Pulsfrequenz - HF		AB-002
Beurteilung Atemarbeit	z.B. Vorliegen von - hecheln oder normales atmen - Atemnot - Expiratorische Atemgeräusche (Giemen, Brummen, Pfeifende Atmung) - Verlängertes Exspirium Untersuchung von Atemfrequenz, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung	- Dyspnoe - Verlängerte Ausatmung/ Expiration		AB-003
Gewicht	Das Gewicht in kg oder g muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch das festgestellte Gewicht entsprechend mit erheben!	- Körpergewicht		AB-004
Größe	Die Körpergröße in cm oder m muss in der Patientenakte dokumentiert sein.	- Körpergröße		AB-004

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
	Bitte auch die festgestellte Größe entsprechend mit erheben!			
Erfassung Sauerstoffsättigung	wird meistens über ein Pulsoximeter (Messung der Lichtabsorption bei Durchleuchtung eines Fingers) gemessen	- SpO2		AB-005
Bestimmung spezifisches IgE	- Bestimmung spezifische IgE- Antikörper im Serum: z.B. durch CAP (Carrier-Polymer-System Test) - Entweder werden einzelne Allergene getestet (z. B. Pollen, Insektengifte, Nahrungsmittelbestandteile und Tierallergene) oder über Mischungen ganze Allergengruppen."	- EBM 30110, 30111 - CAP - RAST-Test		AB-006 AB-071
Prick-Hauttest	- Internationales Standardverfahren zur Diagnostik der IgE-vermittelten Allergie vom Soforttyp (Typ I). - Nach Aufbringen eines Tropfens allergenhaltiger Lösung wird eine sog. Prick-Nadel in die Haut gestochen. - 15–20 Minuten später beurteilt der Arzt die Quaddelbildung im Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle.	- EBM 13258		AB-006 AB-071
Spirometrie	- Verfahren zur Untersuchung der Lungenfunktion – Messung der Luftmenge und Luftgeschwindigkeit beim Atmen über Spirometer - Messparameter: FEV1, FVC; PEF	- EBM / 13255 - Spirographische Untersuchung		AB-007

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
	- Ergebnisdarstellung über eine Fluss-Volumen-Kurve und Darstellung von „Soll“, „Ist“ und „%1/Soll“ **Hinweis**: FEV1- und FVC-Werte dokumentieren (siehe separate Merkmale)			
Messung der Stickstoffmonoxid-Konzentration in der Ausatemluft	- Ein- und Ausatmung über ein NO-Messgerät - FeNo= Fraction Exspiratory Nitric Oxide - Werte unter 25 ppb sind normal - Einheit: ppb (parts per billion)	- FeNo-Werte		AB-007
Reversibilitätstest	- Medikamentöser Test - Durchführung einer Spirometrie vor und nach der Gabe (15 Minuten) von SABA - FEV1-Werte werden verglichen **Wichtig**: FEV1- Werte dokumentieren (siehe separate Merkmale)	- Bronchospasmolysetest		AB-007
Variabilitätsbestimmung	- Peak-Flow-Variabilität - Peak-Flow-Messungen morgens, mittags und abends	-		AB-007
FEV1-Wert	Wird im Rahmen des Reversibilitätstests ermittelt	-		AB-008 AB-009

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
	FEV1 bedeutet „forciertes exspiriertes Volumen in einer Sekunde“, also die Menge Luft, die in der ersten Sekunde eines kräftigen Ausatmens aus der Lunge kommt, nachdem diese zuvor vollständig gefüllt war. Der FEV1-Wert spiegelt den Widerstand in den Atemwegen wider und ist bei einer COPD deutlich reduziert. **Hinweis**: Genauen Wert dokumentieren			
FVC-Wert	FVC ist die Abkürzung für „forcierte Vitalkapazität“. Dabei handelt es sich um das größte Volumen, das ausgeatmet werden kann, wenn die Lungen ganz mit Luft gefüllt sind. Ein niedriger FVC-Wert deutet entweder auf eine geringe Lungenkapazität hin oder darauf, dass die Lungen sich beim Ausatmen nur unzureichend entleeren können. Bei einer gut behandelten Asthmaerkrankung ist der FVC-Wert üblicherweise normal.	-		AB-008
FEV1/FVC-Verhältnis	Wird im Rahmen des Reversibilitätstests ermittelt - FEV1= Einsekundenkapazität - FVC= Vitalkapazität - Verhältnis beträgt normalerweise ≥ 75 %.	-		AB-008

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
	Das Verhältnis zwischen FEV1 und FVC gibt an, wie groß der Anteil der FVC ist, der sich beim Entleeren der Lunge für die Dauer von einer Sekunde messen lässt. **Hinweis**: Genauen Wert dokumentieren			

3.3 Behandlung / Therapie

3.3.1 Behandlungssetting

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Inanspruchnahme des Notfall-dienstes	Folgende Kriterien fallen unter dieses Merkmal: - Notfallmäßige Einweisung ins Krankenhaus - Stattgefundene Behandlung durch Notfalldienst			AB-055 AB-056

3.3.2 Medikamentöse Behandlung

Bei den Medikamenten ist unbedingt auch die Tagesdosis (z.B. 20mg – 0 – 5mg – 0) und die Packungsgröße (z.B. N1, N2, N3, 100 Stck.) mit zu erheben!

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Salbutamol	**kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA)** R03AC02	- Apsomol - Bronchospray* - Cyclocaps* - Pentmol - Salblair - Salbu Easyhaler* - SalbuHEXAL* - Salbutamol* - Sultanol* - Ventilastin - Salbubronch - Volmac	AB-012 AB-014 AB-024 AB-025 AB-033 AB-034 AB-035 AB-036 AB-037 AB-038 AB-040 AB-042 AB-056 AB-070
Fenoterol	**kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA)** R03AC04	- Berotec	AB-012 AB-014 AB-024 AB-033 AB-034 AB-036 AB-037 AB-038 AB-040 AB-042 AB-056 AB-070

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Terbutalin	**kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA)** R03AC03	- Apsomol - Briancyl	AB-012 AB-014 AB-024 AB-033 AB-034 AB-036 AB-037 AB-038 AB-040 AB-042 AB-056 AB-070
Fluticason + Salmeterol	**Kombination aus ICS und LABA*** *kann auch Langzeittherapie sein R03AK06	- Seretide - Viani	AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-041 AB-042 AB-051
Fluticason + Formoterol	**Kombination aus ICS und LABA*** *kann auch Langzeittherapie sein R03AK11	- Flutiform	AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
			AB-042 AB-051
Fluticason + Vilanterol	**Kombination aus ICS und LABA*** *kann auch Langzeittherapie sein R03AK10	- Relvar - Revinty - Ellipta	AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-051
Budesonid + Formoterol	**Kombination aus ICS und LABA*** *kann auch Langzeittherapie sein R03AK07	- Symbicort Turbohaler	AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-051
Beclometason + Formoterol	**Kombination aus ICS und LABA*** *kann auch Langzeittherapie sein R03AK08	- Foster	AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
			AB-042 AB-051
Beclometason	**Inhalative Corticosteroide (ICS)** R01AD01	- Beclomet - Beclometason* - Beclorhinol - ratioAllerg - Rhinivict*	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-045 AB-051 AB-070
Budesonid	**Inhalative Corticosteroide (ICS)** R01AD05	- Aquacort - Budapp - Budes* - Budesonis* - Pulmicort* - Rhinocort*	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-045

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
			AB-051 AB-070
Ciclesonid	**Inhalative Corticosteroide (ICS)** R01AD13	- Alvesco	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-045 AB-051 AB-070
Fluticason	**Inhalative Corticosteroide (ICS)** R01AD08	- Flutide - Flutic-Teva - Otri-Allergie - Seretide (Kombi mit Salmeterol) - Viani (Kombi mit Salmeterol) - Flutiform (Kombi mit Formoterol) - Relvar Revinty (Kombi mit Vilanterol)	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-045

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
			AB-051 AB-070
Fluticasonfuroat	**Inhalative Corticosteroide (ICS)** R01AD12	- Dymista*	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-051 AB-070
Mometasonfuroat	**Inhalative Corticosteroide (ICS)** R01AD09	- Ecural - Asmanex - MomeGalen - Nasonex - Momecutan - Mometa Hexal - Mometason	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-045 AB-051

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
			AB-070
Cleoprednol	**Orale Corticosteroide (OCS)** H02AB14	- Synestan	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039 AB-042 AB-051 AB-053 AB-054
Deflazacort	**Orale Corticosteroide (OCS)** H02AB13	- Calcort	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039 AB-042 AB-051 AB-053 AB-054
Prednison	**Orale Corticosteroide (OCS)** H02AB07	- Decortin - Ultracorten	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039 AB-042 AB-051 AB-053

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
			AB-054
Prednisolon	**Orale Corticosteroide (OCS)** H02AB06	- Decortin H - Dermosolon - Dontisolon - Hefasolon - Infectocortikrupp - Inflanefran - Klismacort - Prednisolut	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039 AB-042 AB-051 AB-053 AB-054
Fluocortolon	**Orale Corticosteroide (OCS)** C05AA08	- Ultralan	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039 AB-042 AB-051 AB-053 AB-054
Triamcinolon	**Orale Corticosteroide (OCS)** H02AB58	- Volon	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039 AB-042 AB-051 AB-053

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
			AB-054
Formoterol	**langwirkende Beta-2-Sympathomimetika (LABA), inhalativ** R03AC13	- Atimos* - Cyclocaps - Foradil* - Forair* - Formatris* - FormoLich - Formoterol* - Oxis*	AB-013 AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-042 AB-043 AB-044 AB-051 AB-070
Salmeterol	**langwirkende Beta-2-Sympathomimetika (LABA), inhalativ** R03AC12	- Salmeterol - Serevent* - Soltel	AB-013 AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-042 AB-043 AB-044 AB-051 AB-070
Montelukast	**Leukotrienrezeptorantagonist (LTRA), oral** R03DC03	- Ambrobeta	AB-016 AB-017 AB-024 AB-025 AB-027 AB-028 AB-035 AB-042 AB-045

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
			AB-046 AB-051
Ambroxol	**Expektoranzien (Schleimlöser)** R05CB06	- Ambrobeta - Expit - Frenopect - Lindoxyl - Mucoangin - Mucosolvan	AB-050
Ammoniumchlorid	**Expektoranzien (Schleimlöser)** G04BA01	- Ephepect®-Pastillen - Irenat Tropfen - Liquirit	AB-050
Clenbuterol	**Expektoranzien (Schleimlöser)** R03AC14	- Spiropent - Muscospas (mit Ambroxol)	AB-050
Phenobarbital	**Barbiturate (beruhigende Wirkung)** N03AA02	- Luminal	AB-050
Primidon	**Barbiturate (beruhigende Wirkung)** N03AA03	- Mylepsinum - Liskantin	AB-050
Thiopental	**Barbiturate (beruhigende Wirkung)** N01AF03	- Trapanal	AB-050
Codein	**Antitussiva (Hustenstiller)** N02AJ06	- Bronchicum - Codicaps - Codicompren - Codipertussin - Makatussin - Optipect - Talvosilen - Tussoret	AB-050
Dihydrocodein	**Antitussiva (Hustenstiller)** N02AA08	- DHC Mundipharma - Paracodin	AB-050

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
		- Tiamon	
Noscapin	**Antitussiva (Hustenstiller)** R05DA07	- Capval	AB-050
Pentoxyverin	**Antitussiva (Hustenstiller)** R05DB05	- Sedotussin - Silomat	AB-050
Dextromethorphan	**Antitussiva (Hustenstiller)** R05DA09	- Hustenstiller-Ratiopharm - NeoTussan - Wick Hustenpastillen/ Hustensirup (D)	AB-050
Levodropropizin	**Antitussiva (Hustenstiller)** R05DB27	- Quimbo Sirup	AB-050
Amoxicillin	**Antiobiotika** J01CA04	- Infectomox - Amoxi - Amoxicillin	AB-049
Roxithromycin	**Antiobiotika** J01FA06	- Roxi* - Rulid	AB-049
Cefaclor	**Antiobiotika** J01DC04	- CEC - Ceclor - Infectocef - Panoral	AB-049
Theophyllin	**Xanthinderivaten** R03DA04	- Aerobin - Afonilum - Bronchoretard®	AB-048

3.3.3 Nicht-medikamentöse Therapie

Hierbei ist stets zu dokumentierten, ob eine Maßnahme empfohlen, angeboten (verordnet), durchgeführt oder abgeschlossen ist.

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Verordnung Spacer		- Inhalierhilfe - Handelsnamen: ○ AeroChamber Plus Flow-Vu ○ RC Chamber ○ Jetpacer ○ VORTEX ○ zerostatVT		AB-033
Asthmaschulung	mögliche Inhalte: - Aufklärung über die Ursache der Krankheit, mögliche Auslöser und Beschwerden - Richtige Inhalationstechnik - Verhaltenstraining, Asthmasport, Atemübungen - Unterscheidungen der verschiedenen Asthmamedikamente - Peak-Flow-Messungen und Führen eines Tagebuches - Selbsthilfemaßnahmen und Selbstbehandlung, Auswirkungen der Krankheit in der Familie, in der Schule, bei Freunden etc. **Hinweis:** - Sowohl Empfehlung als auch Teilnahme dokumentieren			AB-059 AB-060 AB-061

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
	Kann entweder in Praxis selbst oder an einer externen Stelle durchgeführt worden sein			
Schulung Inhalationsgerät	Im Rahmen einer Asthma Schulung oder individuelle Schulung bei Praxisbesuch			AB-060 AB-061
Überprüfung Inhalationstechnik	- Patient bringt Inhalator zum Arzttermin mit und führt die eigene Inhalationstechnik vor - Vorführung durch den Patienten o die Schutzkappe abnehmen o Gerät kräftig schütteln o vollständig ausatmen o Mundstück mit Lippen und Zähnen dicht umschließen o beim Einatmen: Kopf leicht zurückneigen o gleichmäßig und tief einatmen o gleichzeitig mit dem Einatmen den Sprühstoß auslösen o tief durch den Inhalator einatmen o die Luft fünf bis zehn Sekunden lang anhalten, damit das Medikament in den Lungen wirken kann o langsam ausatmen, möglichst durch die Nase o die Schutzkappe wieder aufsetzen			AB-062 AB 063

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Teilnahme am DMP-Programm „Asthma bronchiale“	Es ist zu erheben, ob der Patient an dem DMP-Programm „Asthma bronchiale“ teilnimmt. ➔ ggf. anhand der Abrechnungsinformationen (EBM) ersichtlich Ausschlaggebend hierbei ist, ob eine Teilnahme bereits während des Untersuchungszeitraums (2018-2019) vorlag.			AB-082
Führung Asthma-Tagebuch	**Wichtig**: Dieses Merkmal noch nicht zuordnen. Stattdessen zunächst das Hilfsmerkmal „tmp_Führung Asthma-Tagebuch“ zuordnen. Die genaue Definition zu diesem Merkmal erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt! Ein Asthma-Tagebuch wird dem Patienten durch seinen Arzt ausgehändigt. Der Patient hat dieses regelmäßig mit folgenden Informationen auszufüllen: - Peakflow-Messungen - Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe) - Nächtliches Erwachen - Symptome tagsüber - Besonderheiten - Tätigkeitseinschränkung - Arbeits-/ Schulfehltage Die einfache Aushändigung ist nicht ausreichend; der Arzt muss das Asthma-Tagebuch auch regelmäßig überprüfen.			AB-075

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
	Das Asthma-Tagebuch kann sowohl in Papierform, als auch mittels App geführt werden.			
tmp_Führung Asthma-Tagebuch	Hierbei handelt es sich um ein temporäres Merkmal, mit welchem zunächst sämtliche Patientenakteneinträge zu versehen sind, die etwas mit Asthma-Tagebuch zu tun haben. Sobald ausreichend Praxisbeispiele gesammelt wurden, erfolgt eine Konsolidierung der Einträge und ggf. eine korrekte Merkmalszuordnung.			AB-075

3.3.4 Behandlungsplan

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Schriftlicher Verhaltensplan	- Medikamentenplan je nach Peak-Flow-Wert (Einteilung in gut kontrolliertes, unzureichend kontrolliertes und unkontrolliertes Asthma) - Anleitungen für richtiges Verhalten im Notfall **Hinweis:** muss ausgehändigt worden sein	- Aktionsplan - Behandlungsplan		AB-064 AB-066

3.3.5 Informations-, Aufklärungs- und Beratungsgespräche

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Information, welche Faktoren Asthma verstärken und wie diese vermieden werden können	Allgemeines Beratungs- bzw. Informationsgespräch, zu den möglichen Triggerfaktoren. z.B. - Atemwegsreize (z. B. Exposition gegenüber Allergenen, thermischen und chemischen Reizen, Rauch und Staub, pathologischer gastro-ösophagealer Reflux, rezidivierende und chronische Entzündungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich) - Tages- und Jahreszeit (z. B. Tag-/Nachtrhythmus, Allergenexposition) - Aufenthaltsort und Tätigkeit (z. B. Arbeitsplatz, Hobbys) - körperliche Belastung - Atemwegsinfektionen - Medikamente (z. B. NSAR, ASS, Betarezeptorenblocker); - emotionale Belastungsfaktoren - aktive und passive Tabakexposition	- Triggerfaktoren - Provokationsfaktoren		AB-059
Information, wie Medikation vor (Allergen-) Exposition angepasst werden sollte	- Angaben, wie Medikation (vor) Kontakt mit Allergen erhöht werden soll			AB-064

3.3.6 Prävention

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Erhalt einer Influenza-Impfung		- Grippeschutzimpfung - Z25.1		AB-072

3.3.7 Notfallmäßige Behandlung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Anzahl Hübe mit SABA bei Asthmaanfall	Anzahl der notwendigen Hübe mit einem Beta-2-Sympathomimetikum (siehe 3.3.1, Seite 16) während eines Asthmaanfalls, der in der hausärztlichen / pädiatrischen Praxis versorgt wurde.			AB-056

3.4 Konsultationen

3.4.1 Kontrolltermine

Bei diesem Merkmal geht es um die Beurteilung, ob ein Patient in regelmäßigen Abständen den Arzt aufsuchte. Es ist hierbei zwischen „Erstvorstellung“ und „Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin“ zu unterscheiden.

Ein Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin dient bei einer akuten Erkrankung in erster Linie einer Verlaufskontrolle (Verbesserung / Verschlechterung der Symptomatik) und ist im Allgemeinen „geplant“. Bei akuten Erkrankungen kann dies aber auch eine Wiedervorstellung auf Initiative des Patienten bzw. seiner Eltern sein, wenn sich die Symptomatik nicht gebessert bzw. verschlechtert hat.

Nur das Ausstellen eines Medikamentenrezepts o.ä. ist hier nicht als Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin zu berücksichtigen!

Es ist darauf zu achten, dass es je Krankheitsepisode einen Erstvorstellungstermin geben kann. D.h. nach Genesung einer Krankheitsepisode und erneuter Erkrankung (neue Krankheitsepisode) wäre der erste Termin diesbezüglich kein Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin, sondern ein Erstvorstellungstermin.

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Kontrolle Nebenwirkungen	- Es muss dokumentiert sein, dass nach Nebenwirkungen gefragt wurde. Entweder Auflistung von Nebenwirkungen oder explizite Verneinung von Nebenwirkungen (siehe 3.4.2, Seite 38)			AB-022 AB-023
Verlaufskontrolle Symptomatik	- Wahrgenommene Veränderungen durch Patienten o Patienten berichtet von einer Verbesserung/ Verschlechterung / keiner Veränderung der Symptomatik			AB-080

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Überprüfung des Asthmakontrollgrads	- Symptomhäufigkeit, nächtliches Erwachen, Häufigkeit der Verwendung von schnellwirkenden Beta-2-Sympathomimetika, Aktivitätsunterbrechungen und Inanspruchnahme der Notfallversorgung.			AB-016 AB-018
Kontrolltermin	- Jeder Besuch nach der Diagnosestellung			AB-017 AB-055 AB-069
Medikamentenwirksamkeit	- Verbesserung der Symptomatik seit Medikamenteneinnahme			AB-025
Überprüfung der Einhaltung einer bestehenden Therapie	- Compliance o Angabe des Patienten (Anamnese) darüber, ob er die Medikation so einnimmt wie sie verordnet wurde			AB-024

3.4.2 Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Mundsoor	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei ICS	- Mundpilz - Zungenpilz		AB-022 AB-023
Aphten	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei ICS	- Aphtotitis		AB-022 AB-023
Rachenentzündung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei ICS	- Pharyngitis		AB-022 AB-023
Kopfschmerzen	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei ICS und Montelukast	- Cephalgie		AB-022 AB-023
Heiserkeit	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei ICS	- Dysponie		AB-022 AB-023
Herzrasen	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei SABA und LABA	- Tachykardie		AB-022 AB-023
Herzrhythmusstörungen	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei SABA und LABA	- Arrythmien		AB-022 AB-023
Angina pectoris	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei SABA und LABA	- Brustengen - Herzenge - Stenokardie		AB-022 AB-023
Tremor	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei SABA und LABA	- Zittern		AB-022 AB-023
Unruhe	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei SABA und LABA	- Ruhelosigkeit		AB-022 AB-023
Infektion obere Atemwege	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast			AB-022 AB-023
Magen-Darm-Beschwerden	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	- Übelkeit - Erbrechen - Durchfall - Bauchschmerzen		AB-022 AB-023
Durst	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	- Polydipsie		AB-022 AB-023

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Ausschlag	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	- Effloreszenz - Exanthem		AB-022 AB-023
Mundtrockenheit	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	-		AB-022 AB-023
Steigerung Magen pH	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	-		AB-022 AB-023
Hyperthermie	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	-		AB-022 AB-023
Hautrötungen	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	-		AB-022 AB-023
Miktionsstörungen	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	-		AB-022 AB-023
Glaukom	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	-		AB-022 AB-023
Erregung ZNS	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	-		AB-022 AB-023
Hyperaktivität	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	-		AB-022 AB-023
Asthma	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	-		AB-022 AB-023
Schlafstörungen	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	-		AB-022 AB-023
Verhaltensstörungen	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	-		AB-022 AB-023
suizidale Gedanken	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	-		AB-022 AB-023

3.5 Externe Kommunikation / Überweisung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Überweisung zum Spezialisten	- z.B. (pädiatrischer) Lungenfacharzt, Lungenfachzentrum, Fachklinik			AB-051 AB-052 AB-053 AB-054

3.6 PROM/PREM

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Zufriedenheit mit Behandlung	Erhebbar über einen Fragebogen → der Patienten und der Eltern			AB-076 AB-077 AB-078
Zufriedenheit mit ärztlicher Empathie	Erhebbar über einen Fragebogen. Eltern oder Kinder			AB-073
erkrankungsspezifische Lebensqualität	- Inwieweit ist die Lebensqualität durch die Erkrankung eingeschränkt? - **Hinweis:** Kann nur über Fragebögen oder Skalen (z.B. visuelle Analogskala) erfasst werden			AB-079
krankheitsbezogenes Selbstmanagement	- Fähigkeit, klinische Zeichen und Symptome selbst zu beurteilen, um eine Krankheitsverschlechterung rechtzeitig zu erkennen - Unterstützt durch Asthma-Tagebuch, in dem die Peak-Flow-Variabilität dokumentiert wird, und einen persönlichen Asthma-Aktionsplan/ Verhaltensplan, mit dessen Hilfe die Therapie selbst angepasst werden kann - Hat der Patient die Erkrankung „unter Kontrolle“? Hinweis: vor allem auf Verschlechterungen und Verbesserungen im Selbstmanagement achten			AB-081

4 Anhang

4.1 Indikatorenübersicht

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
AB-001	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Bewusstseinszustand erfasst wurde.	3.2.1, Seite 5 3.2.3.1, Seite 12	PÄD HA	Episode
AB-002	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Pulsfrequenz erfasst wurde.	3.2.1, Seite 5 3.2.3.1, Seite 12	PÄD HA	Episode
AB-003	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Atemarbeit beurteilt wurde.	3.2.1, Seite 5 3.2.3.1, Seite 12	PÄD HA	Episode
AB-004	Asthmapatienten, bei denen Körpergewicht und -größe mindestens einmal jährlich gemessen wurden.	3.2.3.1, Seite 12	PÄD HA	Patient
AB-005	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Sauerstoffpartialdruck (SpO_2-Wert) erfasst wurde.	3.2.1, Seite 5 3.2.3.1, Seite 12	PÄD HA	Episode
AB-006	Anteil Asthmapatienten an allen neu diagnostizierten Asthmapatienten und allen Patienten, die im 2-Jahreszeitraum erstmalig Asthmamedikamente verordnet bekamen, bei denen zur Allergiediagnostik das spezifische IgE bestimmt oder ein Prick-Hauttest durchgeführt wurde.	3.2.3.1, Seite 12	PÄD HA	Patient
AB-007	Anteil Asthmapatienten, bei denen im Zeitraum von 3 Monaten vor bis 3 Monaten nach der Diagnosestellung eine Spirometrie und eine weitere objektivierende Untersuchung zur Diagnosesicherung (Messung der Stickstoffmonoxid-Konzentration in der Ausatemluft [FeNO-Werte] oder Reversibilitäts- oder Variabilitätsbestimmung) durchgeführt und dokumentiert wurde.	3.2.3.1, Seite 12	PÄD HA	Patient
AB-008	Anteil Asthmapatienten, bei denen das im Reversibilitätstest ermittelte FEV1/FVC- Verhältnis > 75% beträgt.	3.2.3.1, Seite 12	PÄD HA	Konsultation
AB-009	Durchschnittlicher FEV1-Wert aller Asthmapatienten im Reversibilitätstest.	3.2.3.1, Seite 12	PÄD HA	Konsultation
AB-010	Anteil Asthmapatienten mit Schlafstörungen aufgrund des Asthmas.	3.2.2, Seite 6	PÄD HA	Patient
AB-011	Durchschnittliche Anzahl der vom Asthmapatienten selbst angegebenen symptomfreien Tage innerhalb der letzten 4 Wochen, die in der Patientenakte dokumentiert wurden.	3.2.2, Seite 6	PÄD HA	Konsultation

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
AB-012	Anteil Asthmapatienten, die mehr als dreimal wöchentlich kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (SABA) verwenden und keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Konsultation
AB-013	Anteil Asthmapatienten, die mehr als dreimal wöchentlich langwirkende Beta-2-Sympathomimetika (LABA) verwenden und keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Konsultation
AB-014	Durchschnittliche Häufigkeit der Verwendung eines Notfallsprays in der letzten Woche bei allen Asthmapatienten.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Konsultation
AB-015	Anteil Asthmapatienten ≤ 19 Jahre, bei denen der Raucherstatus (aktiv und/oder passiv) in den vorangegangenen 12 Monaten erfasst wurde.	3.2.2, Seite 6	PÄD HA	Patient
AB-016	Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Asthmakontrollgrad mindestens alle 6 Monate kontrolliert wurde.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17 3.4.1, Seite 36	PÄD HA	Patient
AB-017	Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, bei denen mindestens alle 6 Monate eine medizinische Verlaufskontrolle durchgeführt wurde.	3.3.2, Seite 17 3.4.1, Seite 36	PÄD HA	Patient
AB-018	Anteil Asthmapatienten, deren Asthmakontrollgrad bei jedem Arztbesuch überprüft wird (Symptomhäufigkeit, nächtliches Erwachen, Häufigkeit der Verwendung von schnellwirkenden Beta-2-Sympathomimetika, Aktivitätsunterbrechungen und Inanspruchnahme der Notfallversorgung).	3.2.2, Seite 6 3.4.1, Seite 36	PÄD HA	Konsultation
AB-019	Anteil Asthmapatienten mit kontrolliertem Asthma.	3.2.2, Seite 6	PÄD HA	Patient
AB-020	Anteil Asthmapatienten mit teil- oder unkontrolliertem Asthma.	3.2.2, Seite 6	PÄD HA	Patient
AB-021	Anteil Asthmapatienten, die binnen 8 Wochen nach dem Beginn einer Therapie mit einem inhalativen Corticosteroid (ICS) oder nach einer Steigerung der Dosierung einen kontrollierten Asthmagrad erreichten.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Episode
AB-022	Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Behandlung mindestens alle 6 Monate auf Nebenwirkungen kontrolliert wurde.	3.4.1, Seite 36 3.4.2, Seite 38	PÄD HA	Patient
AB-023	Anteil Asthmapatienten, deren medikamentöse Behandlung regelmäßig hinsichtlich unerwünschter Medikamentennebenwirkungen überprüft wird.	3.4.1, Seite 36 3.4.2, Seite 38	PÄD HA	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
AB-024	Anteil Asthmapatienten mit bereits verordneter Asthmamedikation, bei denen vor Beginn einer neuen medikamentösen Therapie die Einhaltung der bestehenden Therapien überprüft wurde.	3.3.2, Seite 17 3.4.1, Seite 36	PÄD HA	Episode
AB-025	Anteil der Kinder mit Verdachtsymptomen auf ein persistierendes Asthma, die als Therapieversuch Salbutamol, Montelukast oder ein inhalatives Corticosteroid (ICS) erhielten und deren Ansprechen binnen 3 Monaten überprüft wurde.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17 3.4.1, Seite 36	PÄD HA	Patient
AB-026	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit beständig unkontrolliertem Asthma, denen ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Episode
AB-027	Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.	3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Patient
AB-029	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, deren Asthma mit einem niedrig dosierten inhalativen Corticosteroid (ICS) nicht gut eingestellt ist und die eine Langzeittherapie benötigen, denen versuchsweise ein mitteldosiertes inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.	3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Patient
AB-033	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem leichten oder mittlelgradigen Asthmaanfall vorstellten, und denen ein inhalatives Beta-2-Sympathomimetikum mit Spacer verordnet wurde.	3.2.1, Seite 5 3.3.2, Seite 17 3.3.3, Seite 28	PÄD HA	Patient
AB-034	Durchschnittliche Anzahl der vom Asthmapatienten selbst angegebenen Tage ohne Einnahme von Beta-2-Sympathomimetika innerhalb der letzten 4 Wochen, die in der Patientenakte dokumentiert wurden.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Konsultation
AB-035	Anteil der Kinder mit Verdachtsymptomen auf ein persistierendes Asthma, die als Therapieversuch Salbutamol, Montelukast oder ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet bekamen.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Episode
AB-036	Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre mit intermittierendem Asthma, denen ein inhalatives kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Episode
AB-037	Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre mit intermittierendem Asthma, denen ein orales kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Episode

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
AB-038	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit intermittierendem Asthma, denen ein inhalatives kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Episode
AB-039	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit intermittierendem Asthma, denen ein orales kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Episode
AB-040	Anteil Asthmapatienten mit dokumentierten belastungsinduzierten Bronchospasmen, denen ein kurzwirksamer Bronchodilatator zur Anwendung vor körperlicher Belastung verordnet wurde.	3.2.1, Seite 5 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Patient
AB-041	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit häufig intermittierendem Asthma, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen Seretide verordnet wurde. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Patient
AB-042	Anteil Asthmapatienten, die neu auf die Kombination aus einem langwirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) und einem inhalativen Corticosteroid (ICS) eingestellt wurden, und die in den beiden vorausgehenden Jahren keine Antiasthmatika, auch nicht als Begleitmedikation, verordnet bekamen. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Patient
AB-043	Anteil Asthmapatienten mit verordnetem langwirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA), die in den beiden vorausgehenden Jahren keine inhalativen Corticosteroide (ICS) verordnet bekamen. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Patient
AB-044	Anteil Asthmapatienten mit einer Dauermedikation, die eine Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (LABA) erhalten. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Patient
AB-045	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit häufig intermittierendem Asthma, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen ein Leukotrienrezeptorantagonist (LTRA) oder ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.	3.2.2, Seite 6 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Episode
AB-048	Anteil Asthmapatienten > 2 Jahre, die sich mit einem leichten oder mittlelgradigen Asthmaanfall vorstellten, und denen Theophyllin verordnet wurde. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.2.1, Seite 5 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Episode

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
AB-049	Anteil Asthmapatienten > 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und die Antibiotika erhielten, ohne Vorliegen einer weiteren Erkrankung mit Bedarf für eine Antibiotikatherapie. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.2.1, Seite 5 3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Episode
AB-050	Anteil Asthmapatienten, deren Pharmakotherapie eines oder mehrere der folgenden nicht für Asthma indizierten Medikamente enthält: Expektoranzien, Antitussiva, Barbiturate. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Patient
AB-051	Anteil Asthmapatienten mit Verdacht auf schweres Asthma, die an einen Lungenfacharzt oder ein Lungenfachzentrum überwiesen wurden.	3.3.2, Seite 17 3.5, Seite 40	PÄD HA	Episode
AB-052	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit beständig unkontrolliertem Asthma, die die Maximaldosis eines inhalativen Corticosteroids (ICS) benötigen, und die zu einem Spezialisten (pädiatrischen Lungenfacharzt) überwiesen wurden.	3.2.2, Seite 6 3.5, Seite 40	PÄD HA	Patient
AB-053	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, die dauerhaft oder häufig ein systemisches Corticosteroid benötigen, die an einen pädiatrischen Lungenfacharzt überwiesen wurden.	3.3.2, Seite 17 3.5, Seite 40	PÄD HA	Episode
AB-054	Anteil Asthmapatienten mit oralen Corticosteroiden als Langzeittherapie, die zu einem Lungenfacharzt überwiesen wurden.	3.3.2, Seite 17 3.5, Seite 40	PÄD HA	Patient
AB-055	Anteil Asthmapatienten, die nach Behandlung eines Asthmaanfalls durch einen Notfalldienst binnen 2 Arbeitstagen von ihrem Hausarzt nachuntersucht wurden.	3.2.1, Seite 5 3.3.1, Seite 16 3.4.1, Seite 36	PÄD HA	Episode
AB-056	Anteil Patienten < 6 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall in der hausärztlichen / pädiatrischen Primärversorgung vorgestellt und nach 4-6 Hüben eines Beta-2-Sympathomimetikums keine Verbesserung gezeigt haben, die dann notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wurden.	3.2.1, Seite 5 3.3.1, Seite 16 3.3.2, Seite 17 3.3.7, Seite 35	PÄD HA	Episode
AB-059	Anteil Asthmapatienten, die darüber informiert wurden, welche Faktoren Asthma verstärken und wie diese vermieden werden können.	3.3.3, Seite 28 3.3.5, Seite 33	PÄD HA	Patient
AB-060	Anteil Asthmapatienten, denen eine Asthma-Schulung empfohlen wurde und die an einer Schulung teilgenommen haben.	3.3.3, Seite 28	PÄD HA	Patient
AB-061	Anteil Asthmapatienten mit verordnetem inhalativen Asthmamedikament, die in der Anwendung des Inhalationsgeräts geschult wurden.	3.3.3, Seite 28	PÄD HA	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
AB-062	Anteil Asthmapatienten mit inhalativer Medikation, deren Inhalationstechnik überprüft wurde.	3.3.3, Seite 28	PÄD HA	Patient
AB-063	Anteil Asthmapatienten, die regelmäßig ihre Inhalationstechnik vorführen.	3.3.3, Seite 28	PÄD HA	Konsultation
AB-064	Anteil Asthmapatienten, denen mitgeteilt wurde, wie die Medikation vor (Allergen-)Exposition angepasst werden sollte.	3.3.4, Seite 32 3.3.5, Seite 33	PÄD HA	Patient
AB-066	Anteil Asthmapatienten mit einem schriftlichen Verhaltensplan.	3.3.4, Seite 32	PÄD HA	Patient
AB-069	Anteil Asthmapatienten, bei denen in den letzten 12 Monaten mindestens eine Kontrolluntersuchung dokumentiert wurde.	3.4.1, Seite 36	PÄD HA	Patient
AB-070	Anteil Asthmapatienten, deren Dosis und Häufigkeit der inhalativen Medikamente dokumentiert ist.	3.3.2, Seite 17	PÄD HA	Konsultation
AB-071	Anteil Asthmapatienten mit bereits verordneter Asthmamedikation, bei denen vor Beginn einer neuen medikamentösen Therapie die Auslösefaktoren erfasst wurden.	3.2.2, Seite 6 3.2.3.1, Seite 12	PÄD HA	Episode
AB-072	Anteil Asthmapatienten, bei denen in den letzten 12 Monaten der Erhalt einer Influenza-Impfung dokumentiert wurde.	3.3.6, Seite 34	PÄD HA	Patient
AB-073	Anteil Asthmapatienten, die mit der ärztlichen Empathie zufrieden sind.	3.6, Seite 41	PÄD HA	Patient
AB-075	Anteil Asthmapatienten, die ein Asthmatagebuch führen.	3.3.3, Seite 28	PÄD HA	Patient
AB-076	Anteil Asthmapatienten, deren Eltern mit der Asthmabehandlung zufrieden sind.	3.6, Seite 41	PÄD HA	Patient
AB-077	Anteil Asthmapatienten, die zufrieden sind mit den vom Arzt gegebenen Informationen.	3.6, Seite 41	PÄD HA	Patient
AB-078	Anteil Asthmapatienten, die zufrieden sind mit der ärztlichen Behandlung.	3.6, Seite 41	PÄD HA	Patient
AB-079	Anteil Asthmapatienten, deren erkrankungsspezifische Lebensqualität sich während der Behandlungszeit verbesserte.	3.6, Seite 41	PÄD HA	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
AB-080	Anteil Asthmapatienten, die Veränderungen ihrer Asthma-Erkrankung wahrnehmen.	3.4.1, Seite 36	PÄD HA	Patient
AB-081	Anteil Asthmapatienten, deren krankheitsbezogenes Selbstmanagement sich während der Behandlungszeit verbesserte.	3.6, Seite 41	PÄD HA	Patient
AB-082	Anteil Asthmapatienten, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen.	3.3.3, Seite 28	PÄD HA	Patient

4.2 Merkmalsübersicht

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Asthmaanfall	Symptome	Mögliche Symptome: - Akute Atemnot mit erschwerter Atmung - oft pfeifende Geräusche bei der Atmung (v.a. Ausatmung) - Husten - Engegefühl in der Brust - Unruhe oder auch Angst - Atembeschwerden (med. Dyspnoe) - Unvermögen einen längeren Satz während eines Atemzuges zu vollenden - Erschöpfung - Konfusion - Verlängerte Ausatmung - Trockene Rasselgeräusche bei Ausatmung - Erhöhte Atemfrequenz - Deutlicher Abfall des Peak-Flow-Wertes Stets im Einzelfall betrachten	3.2.1, Seite 5	AB-001 AB-002 AB-003 AB-005 AB-033 AB-048 AB-049 AB-055 AB-056
Belastungsasthma	Symptome	körperliche Anstrengung (während oder direkt nach intensiver körperlicher Belastung, z.B. Sport) löst Reizhusten, Atemnot oder einen Asthmaanfall aus	3.2.1, Seite 5	AB-040
Symptome tagsüber	Anamnesen	**Asthmakontrollgrad** Hatte der Patient in den letzten vier Wochen tagsüber Symptome von Asthma bronchiale, z.B. - Atemnot - Kurzatmigkeit bei Belastung. - geräuschvolle (Aus-)Atmung (Giemen, Pfeifen, Brummen) - Engegefühl in der Brust.	3.2.2, Seite 6	AB-016 AB-018 AB-019 AB-020 AB-021 AB-026 AB-052

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		Husten und / oder Hustenreiz.		
Nächtliches Erwachen durch Asthma	Anamnesen	**Asthmakontrollgrad** Hatte der Patient in den letzten vier Wochen nächtliches Erwachen durch Asthma?	3.2.2, Seite 6	AB-016 AB-018 AB-019 AB-020 AB-021 AB-026 AB-052
Schlafstörungen	Anamnesen	Patient kann aufgrund des Asthmas schlecht einschlafen/ durchschlafen	3.2.2, Seite 6	AB-010
Gebrauch von Bedarfsmedikation	Anamnesen	**Asthmakontrollgrad** Musste der Patient in den letzten vier Wochen Bedarfsmedikation verwenden? **Hinweis**: Hierzu zählt nicht die Verordnung, sondern die vom Patienten bzw. von den Eltern berichtete Häufigkeit des Gebrauchs. Sollte die Anzahl der Tage angegeben sein, an denen die Bedarfsmedikation benötigt wurde, sind diese separat zusätzlich unter dem Merkmal „Häufigkeit der Verwendung eines Notfallsprays“ zu erfassen.	3.2.2, Seite 6	AB-012 AB-016 AB-018 AB-019 AB-020 AB-021 AB-026 AB-052
Symptomfreie Intervalle	Anamnesen	**Unterscheidung intermittierendes / persistierendes Asthma** Anzugeben ist der Zeitraum symptomfreier Intervalle, der vom Patienten bzw. dessen Eltern / Sorgeberechtige angegeben wurde: - symptomfreies Intervall <2 Monate - symptomfreies Intervall >=2 Monate Ggf. ist das symptomfreie Intervall anhand der in der Patientenakte vorliegenden Informationen zu ermitteln.	3.2.2, Seite 6	AB-025 AB-035 AB-036 AB-037 AB-038 AB-039 AB-041 AB-045

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Häufigkeit des Gebrauchs von Bedarfsmedikation	Anamnesen	**Wichtig:** Dieses Merkmal noch nicht zuordnen. Stattdessen zunächst das Hilfsmerkmal „tmp_Häufigkeit Gebrauch Bedarfsmedikation“ zuordnen. Die Definition und Eingabe der Einheit (pro Tag, pro Woche, etc.) erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt! Durchschnittliche Häufigkeit der Verwendung eines Notfallsprays (vom Asthmapatienten und/oder dessen Eltern / Sorgeberechtigten angegeben) **in der letzten Woche**. Als Notfallspray gelten kurzwirksame Beta-2-Sympathomimentika (SABA) bzw. Anticholinergika. Das Mittel der Wahl bei Akuttherapie wäre z.B. Salbutamol, Fenoterol, Terbutalin (siehe 3.3.1, Seite 16). **Hinweis**: Hier zählt nicht die Verordnung, sondern die vom Patienten bzw. von den Eltern berichtete Häufigkeit des Gebrauchs. **Wenn lediglich angegeben ist, dass in den letzten vier Wochen ein Notfallspray verwendet werden musste, ist dieses separat unter dem Merkmal „Gebrauch von Bedarfsmedikation“ zu erfassen.**	3.2.2, Seite 6	AB-012 AB-014
tmp_Häufigkeit Gebrauch Bedarfsme-dikation	Anamnesen	Hierbei handelt es sich um ein temporäres Merkmal, mit welchem zunächst sämtliche Patientenakteneinträge zu versehen sind, die etwas mit der Häufigkeit des Gebrauchs von Bedarfsmedikation zu tun haben. Sobald ausreichend Praxisbeispiele gesammelt wurden, erfolgt eine Konsolidierung der Einträge und ggf. eine korrekte Merkmalszuordnung.	3.2.2, Seite 6	AB-012 AB-014

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI

Tage ohne Einnahme von Beta-2-Sympathomimetika	Anamnesen	Anzahl der vom Asthmapatienten (oder dessen Eltern / Sorgeberechtigten) selbst angegebenen Tage ohne Einnahme von Beta-2-Sympathomimetika **innerhalb der letzten vier Wochen**.
		Als Beta-2-Sympathomimetika gelten folgende Wirkstoffe (siehe auch 3.3.1, Seite 16)
		- Kurzwirkende Beta-2-Sympathomemimetika (SABA)
		  ○ Salbutamol
		  ○ Fenoterol
		  ○ Terbutalin
		- Langwirkende Beta-2-Sympathomemimetika (LABA)
		  ○ Formoterol
		  ○ Salmeterol
		Hier bitte die angegebenen Tage ohne Einnahme von Beta-2-Sympathomimetika erheben.
			3.2.2, Seite 6	AB-034

Symptomfreie Tage	Anamnesen	Anzahl der vom Asthmapatienten (oder dessen Eltern / Sorgeberechtigten) selbst angegebenen symptomfreien Tage **innerhalb der letzten vier Wochen**. Symptome von Asthma bronchiale können z.B. sein: - Atemnot - Kurzatmigkeit bei Belastung. - geräuschvolle (Aus-)Atmung (Giemen, Pfeifen, Brummen) - Engegefühl in der Brust. Husten und / oder Hustenreiz.	3.2.2, Seite 6	AB-011
Aktivitätseinschränkung durch Asthma	Anamnesen	**Asthmakontrollgrad** Hatte der Patient in den letzten vier Wochen Aktivitätseinschränkungen durch Asthma, z.B. Einschränkungen bei körperlicher Aktivität	3.2.2, Seite 6	AB-016 AB-018 AB-019 AB-020

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
				AB-021 AB-026 AB-052
Raucherstatus	Anamnesen	- Aktiv (raucht Patient selbst?) - Passiv (rauchen Haushaltsmitglieder/ soziales Umfeld?) - Nichtraucher Angeben, ob der Raucherstatus erfasst bzw. abgefragt wurde. Nicht angegeben werden muss das Ergebnis der Abfrage (Aktiv / Passiv / Nichtraucher).	3.2.2, Seite 6	AB-015
Intermittierender Husten	Anamnesen	**Unterscheidung intermittierendes / persistierendes Asthma** Husten tritt in Abständen auf, zeitweise (aussetzend), mit Unterbrechungen, meist anfallsartig	3.2.2, Seite 6	AB-025 AB-035 AB-036 AB-037 AB-038 AB-039 AB-041 AB-045
Erfassung der Auslösefaktoren	Anamnesen	Welche Faktoren lösen beim Patienten die Asthmasymptomatik aus? z.B. - Atemwegsreize (z. B. Exposition gegenüber Allergenen, thermischen und chemischen Reizen, Rauch und Staub, pathologischer gastro-ösophagealer Reflux, rezidivierende und chronische Entzündungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich) - Tages- und Jahreszeit (z. B. Tag-/Nachtrhythmus, Allergenexposition) - Aufenthaltsort und Tätigkeit (z. B. Arbeitsplatz, Hobbys) - körperliche Belastung	3.2.2, Seite 6	AB-071

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		- Atemwegsinfektionen - Medikamente (z. B. NSAR, ASS, Betarezeptorenblocker); - emotionale Belastungsfaktoren aktive und passive Tabakexposition		
Leichte Atemnot	Anamnesen	**Unterscheidung intermittierendes / persistierendes Asthma**	3.2.2, Seite 6	AB-025 AB-035 AB-036 AB-037 AB-038 AB-039 AB-041 AB-045
Erfassung Bewusstseinszustand	Körperliche Untersuchung	z.B. Überprüfung von: - Ansprechbarkeit - Pupillenreflex - Desorientiertheit - Schläfrigkeit - Schmerzreize Körpertemperatur	3.2.3.1, Seite 12	AB-001
Herzfrequenz	Körperliche Untersuchung	Die Herzfrequenz in „Herzschlägen pro Minute“ oder der Puls müssen in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellten „Herzschläge pro Minute“ / den festgestellten Puls entsprechend mit erheben!	3.2.3.1, Seite 12	AB-002
Beurteilung Atemarbeit	Körperliche Untersuchung	z.B. Vorliegen von - hecheln oder normales atmen - Atemnot - Expiratorische Atemgeräusche (Giemen, Brummen, Pfeifende Atmung) - Verlängertes Exspirium	3.2.3.1, Seite 12	AB-003

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		Untersuchung von Atemfrequenz, Herzfrequenz, Sauerstoffsättigung		
Gewicht	Körperliche Untersuchung	Das Gewicht in kg oder g muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch das festgestellte Gewicht entsprechend mit erheben!	3.2.3.1, Seite 12	AB-004
Größe	Körperliche Untersuchung	Die Körpergröße in cm oder m muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellte Größe entsprechend mit erheben!	3.2.3.1, Seite 12	AB-004
Erfassung Sauerstoffsättigung	Körperliche Untersuchung	wird meistens über ein Pulsoximeter (Messung der Lichtabsorption bei Durchleuchtung eines Fingers) gemessen	3.2.3.1, Seite 12	AB-005
Bestimmung spezifisches IgE	Körperliche Untersuchung	- Bestimmung spezifische IgE- Antikörper im Serum: z.B. durch CAP (Carrier-Polymer-System Test) Entweder werden einzelne Allergene getestet (z. B. Pollen, Insektengifte, Nahrungsmittelbestandteile und Tierallergene) oder über Mischungen ganze Allergengruppen.	3.2.3.1, Seite 12	AB-006 AB-071
Prick-Hauttest	Körperliche Untersuchung	- Internationales Standardverfahren zur Diagnostik der IgE-vermittelten Allergie vom Soforttyp (Typ I). - Nach Aufbringen eines Tropfens allergenhaltiger Lösung wird eine sog. Prick-Nadel in die Haut gestochen. 15–20 Minuten später beurteilt der Arzt die Quaddelbildung im Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle.	3.2.3.1, Seite 12	AB-006 AB-071
Spirometrie	Körperliche Untersuchung	- Verfahren zur Untersuchung der Lungenfunktion – Messung der Luftmenge und Luftgeschwindigkeit beim Atmen über Spirometer - Messparameter: FEV1, FVC; PEF	3.2.3.1, Seite 12	AB-007

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		- Ergebnisdarstellung über eine Fluss-Volumen-Kurve und Darstellung von „Soll“, „Ist“ und „%1/Soll“ **Hinweis**: FEV1- und FVC-Werte dokumentieren (siehe separate Merkmale)		
Messung der Stickstoffmonoxid-Konzentration in der Ausatemluft	Körperliche Untersuchung	- Ein- und Ausatmung über ein NO-Messgerät - FeNo= Fraction Exspiratory Nitric Oxide - Werte unter 25 ppb sind normal Einheit: ppb (parts per billion)	3.2.3.1, Seite 12	AB-007
Reversibilitätstest	Körperliche Untersuchung	- Medikamentöser Test - Durchführung einer Spirometrie vor und nach der Gabe (15 Minuten) von SABA - FEV1-Werte werden verglichen **Wichtig**: FEV1- Werte dokumentieren (siehe separate Merkmale)	3.2.3.1, Seite 12	AB-007
Variabilitätsbestimmung	Körperliche Untersuchung	- Peak-Flow-Variabilität Peak-Flow-Messungen morgens, mittags und abends	3.2.3.1, Seite 12	AB-007
FEV1-Wert	Körperliche Untersuchung	Wird im Rahmen des Reversibilitätstests ermittelt FEV1 bedeutet „forciertes exspiriertes Volumen in einer Sekunde“, also die Menge Luft, die in der ersten Sekunde eines kräftigen Ausatmens aus der Lunge kommt, nachdem diese zuvor vollständig gefüllt war. Der FEV1-Wert spiegelt den Widerstand in den Atemwegen wider und ist bei einer COPD deutlich reduziert. **Hinweis**: Genauen Wert dokumentieren	3.2.3.1, Seite 12	AB-008 AB-009

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
FVC-Wert	Körperliche Untersuchung	FVC ist die Abkürzung für „forcierte Vitalkapazität“. Dabei handelt es sich um das größte Volumen, das ausgeatmet werden kann, wenn die Lungen ganz mit Luft gefüllt sind. Ein niedriger FVC-Wert deutet entweder auf eine geringe Lungenkapazität hin oder darauf, dass die Lungen sich beim Ausatmen nur unzureichend entleeren können. Bei einer gut behandelten Asthmaerkrankung ist der FVC-Wert üblicherweise normal.	3.2.3.1, Seite 12	AB-008
FEV1/FVC-Verhältnis	Körperliche Untersuchung	Wird im Rahmen des Reversibilitätstests ermittelt - FEV1= Einsekundenkapazität - FVC= Vitalkapazität - Verhältnis beträgt normalerweise ≥ 75 %. Das Verhältnis zwischen FEV1 und FVC gibt an, wie groß der Anteil der FVC ist, der sich beim Entleeren der Lunge für die Dauer von einer Sekunde messen lässt. **Hinweis**: Genauen Wert dokumentieren	3.2.3.1, Seite 12	AB-008
Inanspruchnahme des Notfalldienstes	Behandlungssetting	Folgende Kriterien fallen unter dieses Merkmal: - Notfallmäßige Einweisung ins Krankenhaus - Stattgefundene Behandlung durch Notfalldienst	3.3.1, Seite 16	AB-055 AB-056
Salbutamol	medikamentöse Behandlung	- Apsomol - Bronchospray* - Cyclocaps* - Pentmol - Salblair - Salbu Easyhaler* - SalbuHEXAL* - Salbutamol* - Sultanol* - Ventilastin	3.3.2, Seite 17	AB-012 AB-014 AB-024 AB-025 AB-033 AB-034 AB-035 AB-036 AB-037 AB-038

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		- Salbubronch - Volmac		AB-040 AB-042 AB-056 AB-070
Fenoterol	medikamentöse Behandlung	- Berotec	3.3.2, Seite 17	AB-012 AB-014 AB-024 AB-033 AB-034 AB-036 AB-037 AB-038 AB-040 AB-042 AB-056 AB-070
Terbutalin	medikamentöse Behandlung	- Apsomol - Briancyl	3.3.2, Seite 17	AB-012 AB-014 AB-024 AB-033 AB-034 AB-036 AB-037 AB-038 AB-040 AB-042 AB-056 AB-070

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Fluticason + Salmeterol	medikamentöse Behandlung	- Seretide - Viani	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-041 AB-042 AB-051
Fluticason + Formoterol	medikamentöse Behandlung	- Flutiform	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-051
Fluticason + Vilanterol	medikamentöse Behandlung	- Relvar - Revinty - Ellipta	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
				AB-051
Budesonid + Formoterol	medikamentöse Behandlung	- Symbicort Turbohaler	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-051
Beclametason + Formoterol	medikamentöse Behandlung	- Foster	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-051
Beclometasond	medikamentöse Behandlung	- Beclomet - Beclometason* - Beclorhinol - ratioAllerg - Rhinivict*	3.3.2, Seite 17	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
				AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-045 AB-051 AB-070
Budesonid	medikamentöse Behandlung	- Aquacort - Budapp - Budes* - Budesonis* - Pulmicort* - Rhinocort*	3.3.2, Seite 17	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-045 AB-051 AB-070
Ciclesonid	medikamentöse Behandlung	- Alvesco	3.3.2, Seite 17	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
				AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-045 AB-051 AB-070
Fluticason	medikamentöse Behandlung	- Flutide - Flutic-Teva - Otri-Allergie - Seretide (Kombi mit Salmeterol) - Viani (Kombi mit Salmeterol) - Flutiform (Kombi mit Formoterol) - Relvar Revinty (Kombi mit Vilanterol)	3.3.2, Seite 17	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-045 AB-051 AB-070
Fluticasonfuroat	medikamentöse Behandlung	- Dymista*	3.3.2, Seite 17	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
				AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-051 AB-070
Mometasonfuroat	medikamentöse Behandlung	- Ecural - Asmanex - MomeGalen - Nasonex - Momecutan - Mometa Hexal - Mometason	3.3.2, Seite 17	AB-012 AB-013 AB-016 AB-017 AB-021 AB-024 AB-025 AB-026 AB-027 AB-029 AB-042 AB-043 AB-045 AB-051 AB-070
Cleoprednol	medikamentöse Behandlung	- Synestan	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
				AB-042 AB-051 AB-053 AB-054
Deflazacort	medikamentöse Behandlung	- Calcort	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039 AB-042 AB-051 AB-053 AB-054
Prednison	medikamentöse Behandlung	- Decortin - Ultracorten	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039 AB-042 AB-051 AB-053 AB-054
Prednisolon	medikamentöse Behandlung	- Decortin H - Dermosolon - Dontisolon - Hefasolon - Infectocortikrupp	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		- Inflanefran - Klismacort - Prednisolut		AB-039 AB-042 AB-051 AB-053 AB-054
Fluocortolon	medikamentöse Behandlung	- Ultralan	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039 AB-042 AB-051 AB-053 AB-054
Triamcinolon	medikamentöse Behandlung	- Volon	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-037 AB-039 AB-042 AB-051 AB-053 AB-054
Formoterol	medikamentöse Behandlung	- Atimos* - Cyclocaps - Foradil* - Forair*	3.3.2, Seite 17	AB-013 AB-016 AB-017 AB-024

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		- Formatris* - FormoLich - Formoterol* - Oxis*		AB-027 AB-042 AB-043 AB-044 AB-051 AB-070
Salmeterol	medikamentöse Behandlung	- Salmeterol - Serevent* - Soltel	3.3.2, Seite 17	AB-013 AB-016 AB-017 AB-024 AB-027 AB-042 AB-043 AB-044 AB-051 AB-070
Montelukast	medikamentöse Behandlung	- Ambrobeta	3.3.2, Seite 17	AB-016 AB-017 AB-024 AB-025 AB-027 AB-028 AB-035 AB-042 AB-045 AB-046 AB-051
Ambroxol	medikamentöse Behandlung	- Ambrobeta - Expit	3.3.2, Seite 17	AB-050

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		- Frenopect - Lindoxyl - Mucoangin - Mucosolvan		
Ammoniumchlorid	medikamentöse Behandlung	- Ephepect®-Pastillen - Irenat Tropfen - Liquirit	3.3.2, Seite 17	AB-050
Clenbuterol	medikamentöse Behandlung	- Spiropent - Muscospas (mit Ambroxol)	3.3.2, Seite 17	AB-050
Phenobarbital	medikamentöse Behandlung	- Luminal	3.3.2, Seite 17	AB-050
Primidon	medikamentöse Behandlung	- Mylepsinum - Liskantin	3.3.2, Seite 17	AB-050
Thiopental	medikamentöse Behandlung	- Trapanal	3.3.2, Seite 17	AB-050
Codein	medikamentöse Behandlung	- Bronchicum - Codicaps - Codicompren - Codipertussin - Makatussin - Optipect - Talvosilen - Tussoret	3.3.2, Seite 17	AB-050
Dihydrocodein	medikamentöse Behandlung	- DHC Mundipharma - Paracodin - Tiamon	3.3.2, Seite 17	AB-050
Noscapin	medikamentöse Behandlung	- Capval	3.3.2, Seite 17	AB-050

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Pentoxyverin	medikamentöse Behandlung	- Sedotussin - Silomat	3.3.2, Seite 17	AB-050
Dextromethorphan	medikamentöse Behandlung	- Hustenstiller-Ratiopharm - NeoTussan - Wick Hustenpastillen/ Hustensirup (D)	3.3.2, Seite 17	AB-050
Levodropropizin	medikamentöse Behandlung	- Quimbo Sirup	3.3.2, Seite 17	AB-050
Amoxicillin	medikamentöse Behandlung	- Infectomox - Amoxi - Amoxicillin	3.3.2, Seite 17	AB-049
Roxithromycin	medikamentöse Behandlung	- Roxi* - Rulid	3.3.2, Seite 17	AB-049
Cefaclor	medikamentöse Behandlung	- CEC - Ceclor - Infectocef - Panoral	3.3.2, Seite 17	AB-049
Theophyllin	medikamentöse Behandlung	- Aerobin - Afonilum - Bronchoretard®	3.3.2, Seite 17	AB-048
Verordnung Spacer	nicht-medikamentöse Behandlung		3.3.3, Seite 28	AB-033
Asthmaschulung	nicht-medikamentöse Behandlung	mögliche Inhalte: - Aufklärung über die Ursache der Krankheit, mögliche Auslöser und Beschwerden - Richtige Inhalationstechnik - Verhaltenstraining, Asthmasport, Atemübungen - Unterscheidungen der verschiedenen Asthmamedikamente - Peak-Flow-Messungen und Führen eines Tagebuches	3.3.3, Seite 28	AB-059 AB-060 AB-061

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		- Selbsthilfemaßnahmen und Selbstbehandlung, Auswirkungen der Krankheit in der Familie, in der Schule, bei Freunden etc. Hinweis: Sowohl Empfehlung als auch Teilnahme dokumentieren Kann entweder in Praxis selbst oder an einer externen Stelle durchgeführt worden sein		
Schulung Inhalationsgerät	nicht-medikamentöse Behandlung	- Im Rahmen einer Asthma Schulung oder individuelle Schulung bei Praxisbesuch	3.3.3, Seite 28	AB-060 AB-061
Überprüfung Inhalationstechnik	nicht-medikamentöse Behandlung	- Patient bringt Inhalator zum Arzttermin mit und führt die eigene Inhalationstechnik vor - Vorführung durch den Patienten o die Schutzkappe abnehmen o Gerät kräftig schütteln o vollständig ausatmen o Mundstück mit Lippen und Zähnen dicht umschließen o beim Einatmen: Kopf leicht zurückneigen o gleichmäßig und tief einatmen o gleichzeitig mit dem Einatmen den Sprühstoß auslösen o tief durch den Inhalator einatmen o die Luft fünf bis zehn Sekunden lang anhalten, damit das Medikament in den Lungen wirken kann o langsam ausatmen, möglichst durch die Nase o die Schutzkappe wieder aufsetzen	3.3.3, Seite 28	AB-062 AB 063
Teilnahme am DMP-Programm „Asthma bronchiale“	nicht-medikamentöse Behandlung	Es ist zu erheben, ob der Patient an dem DMP-Programm „Asthma bronchiale“ teilnimmt.	3.3.3, Seite 28	AB-082

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		➔ ggf. anhand der Abrechnungsinformationen (EBM) ersichtlich Ausschlaggebend hierbei ist, ob eine Teilnahme bereits während des Untersuchungszeitraums (2018-2019) vorlag.		
Führung Asthma-Tagebuch	nicht-medikamentöse Behandlung	**Wichtig**: Dieses Merkmal noch nicht zuordnen. Stattdessen zunächst das Hilfsmerkmal „tmp_Führung Asthma-Tagebuch“ zuordnen. Die genaue Definition zu diesem Merkmal erfolgt zu einem späteren Zeitpunkt! Ein Asthma-Tagebuch wird dem Patienten durch seinen Arzt ausgehändigt. Der Patient hat dieses regelmäßig mit folgenden Informationen auszufüllen: - Peakflow-Messungen - Bedarfsmedikament (Anzahl Hübe) - Nächtliches Erwachen - Symptome tagsüber - Besonderheiten - Tätigkeitseinschränkung - Arbeits-/ Schulfehltage Die einfache Aushändigung ist nicht ausreichend; der Arzt muss das Asthma-Tagebuch auch regelmäßig überprüfen. Das Asthma-Tagebuch kann sowohl in Papierform, als auch mittels App geführt werden.	3.3.3, Seite 28	AB-075
tmp_Führung Asthma-Tagebuch	nicht-medikamentöse Behandlung	Hierbei handelt es sich um ein temporäres Merkmal, mit welchem zunächst sämtliche Patientenakteneinträge zu versehen sind, die etwas mit Asthma-Tagebuch zu tun haben. Sobald ausreichend Praxisbeispiele gesammelt wurden, erfolgt eine Konsolidierung der Einträge und ggf. eine korrekte Merkmalszuordnung.	3.3.3, Seite 28	AB-075

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Schriftlicher Verhaltensplan	Behandlungsplan	Medikamentenplan je nach Peak-Flow-Wert (Einteilung in gut kontrolliertes, unzureichend kontrolliertes und unkontrolliertes Asthma) Anleitungen für richtiges Verhalten im Notfall **Hinweis:** muss ausgehändigt worden sein	3.3.4, Seite 32	AB-064 AB-066
Information, welche Faktoren Asthma verstärken und wie diese vermieden werden können	Informations-, Aufklärungs- und Beratungsgespräche	Allgemeines Beratungs- bzw. Informationsgespräch, zu den möglichen Triggerfaktoren. z.B. - Atemwegsreize (z. B. Exposition gegenüber Allergenen, thermischen und chemischen Reizen, Rauch und Staub, pathologischer gastro-ösophagealer Reflux, rezidivierende und chronische Entzündungen im Hals-Nasen-Ohren-Bereich) - Tages- und Jahreszeit (z. B. Tag-/Nachtrhythmus, Allergenexposition) - Aufenthaltsort und Tätigkeit (z. B. Arbeitsplatz, Hobbys) - körperliche Belastung - Atemwegsinfektionen - Medikamente (z. B. NSAR, ASS, Betarezeptorenblocker); - emotionale Belastungsfaktoren - aktive und passive Tabakexposition	3.3.5, Seite 33	AB-059
Information, wie Medikation vor (Allergen-) Exposition angepasst werden sollte	Informations-, Aufklärungs- und Beratungsgespräche	- Angaben, wie Medikation (vor) Kontakt mit Allergen erhöht werden soll	3.3.5, Seite 33	AB-064
Erhalt einer Influenza-Impfung	Prävention		3.3.6, Seite 34	AB-072
Anzahl Hübe mit SABA bei Asthmaanfall	Notfallmäßige Behandlung	- Anzahl der notwendigen Hübe mit einem Beta-2-Sympathomimetikum (siehe 3.3.1, Seite 16) während eines Asthmaanfalls, der in der hausärztlichen / pädiatrischen Praxis versorgt wurde.	3.3.7, Seite 35	AB-056

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Kontrolle Nebenwirkungen	Kontrolltermine	- Es muss dokumentiert sein, dass nach Nebenwirkungen gefragt wurde. Entweder Auflistung von Nebenwirkungen oder explizite Verneinung von Nebenwirkungen (siehe 3.4.2, Seite 38)	3.4.1, Seite 36	AB-022 AB-023
Verlaufskontrolle Symptomatik	Kontrolltermine	- Wahrgenommene Veränderungen durch Patienten o Patienten berichtet von einer Verbesserung/ Verschlechterung / keiner Veränderung der Symptomatik	3.4.1, Seite 36	AB-080
Überprüfung des Asthmakontrollgrads	Kontrolltermine	- Symptomhäufigkeit, nächtliches Erwachen, Häufigkeit der Verwendung von schnellwirkenden Beta-2-Sympathomimetika, Aktivitätsunterbrechungen und Inanspruchnahme der Notfallversorgung.	3.4.1, Seite 36	AB-016 AB-018
Kontrolltermin	Kontrolltermine	- Jeder Besuch nach der Diagnosestellung	3.4.1, Seite 36	AB-017 AB-055 AB-069
Medikamentenwirksamkeit	Kontrolltermine	- Verbesserung der Symptomatik seit Medikamenteneinnahme	3.4.1, Seite 36	AB-025
Überprüfung der Einhaltung einer bestehenden Therapie	Kontrolltermine	- Compliance o Angabe des Patienten (Anamnese) darüber, ob er die Medikation so einnimmt wie sie verordnet wurde	3.4.1, Seite 36	AB-024
Mundsoor	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei ICS	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Aphten	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei ICS	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Rachenentzündung	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei ICS	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Kopfschmerzen	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei ICS und Montelukast	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Heiserkeit	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei ICS	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Herzrasen	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei SABA und LABA	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Herzrhythmusstörungen	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei SABA und LABA	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Angina pectoris	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei SABA und LABA	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Tremor	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei SABA und LABA	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Unruhe	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei SABA und LABA	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Infektion obere Atemwege	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Magen-Darm-Beschwerden	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Durst	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Ausschlag	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Mundtrockenheit	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Steigerung Magen pH	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Hyperthermie	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Hautrötungen	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Miktionsstörungen	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Glaukom	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Erregung ZNS	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Anticholinergika	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Hyperaktivität	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Asthma	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Schlafstörungen	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Verhaltensstörungen	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
suizidale Gedanken	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	- mögliche Medikamentennebenwirkung bei Montelukast	3.4.2, Seite 38	AB-022 AB-023
Überweisung zum Spezialisten	Externe Kommunikation / Überweisung	- z.B. (pädiatrischer) Lungenfacharzt, Lungenfachzentrum, Fachklinik	3.5, Seite 40	AB-051 AB-052 AB-053 AB-054
Zufriedenheit mit Behandlung	PROM/PREM	Erhebbar über einen Fragebogen → der Patienten und der Eltern	3.6, Seite 41	AB-076 AB-077
Zufriedenheit mit ärztlicher Empathie	PROM/PREM	Erhebbar über einen Fragebogen. Eltern oder Kinder	3.6, Seite 41	AB-073
erkrankungsspezifische Lebensqualität	PROM/PREM	- Inwieweit ist die Lebensqualität durch die Erkrankung eingeschränkt? - **Hinweis:** Kann nur über Fragebögen oder Skalen (z.B. visuelle Analogskala) erfasst werden	3.6, Seite 41	AB-079
krankheitsbezogenes Selbstmanagement	PROM/PREM	- Fähigkeit, klinische Zeichen und Symptome selbst zu beurteilen, um eine Krankheitsverschlechterung rechtzeitig zu erkennen	3.6, Seite 41	AB-081

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		- Unterstützt durch Asthma-Tagebuch, in dem die Peak-Flow-Variabilität dokumentiert wird, und einen persönlichen Asthma-Aktionsplan/ Verhaltensplan mit dessen Hilfe die Therapie selbst angepasst werden kann - Hat der Patient die Erkrankung „unter Kontrolle“? Hinweis: vor allem auf Verschlechterungen und Verbesserungen im Selbstmanagement achten		

4.3 Medikamente | Handelsnamen

4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)	Ambrobeta
Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)	Expit
Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)	Frenopect
Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)	Lindoxyl
Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)	Mucoangin
Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)	Mucosolvan
Ammoniumchlorid	G04BA01	Expektoranzien (Schleimlöser)	Ephepect®-Pastillen
Ammoniumchlorid	G04BA01	Expektoranzien (Schleimlöser)	Irenat Tropfen
Ammoniumchlorid	G04BA01	Expektoranzien (Schleimlöser)	Liquirit
Amoxicillin	J01CA04	Antiobiotika	Amoxi
Amoxicillin	J01CA04	Antiobiotika	Amoxicillin
Amoxicillin	J01CA04	Antiobiotika	Infectomox
Beclometason + Formoterol	R03AK08	Kombination aus ICS und LABA	Foster
Beclometasond	R01AD01	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Beclomet
Beclometasond	R01AD01	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Beclometason*
Beclometasond	R01AD01	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Beclorhinol
Beclometasond	R01AD01	Inhalative Corticosteroide (ICS)	ratioAllerg
Beclometasond	R01AD01	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Rhinivict*
Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Aquacort
Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Budapp
Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Budes*
Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Budesonis*
Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Pulmicort*
Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Rhinocort*

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Budesonid + Formoterol	R03AK07	Kombination aus ICS und LABA	Symbicort Turbohaler
Cefaclor	J01DC04	Antiobiotika	CEC
Cefaclor	J01DC04	Antiobiotika	Ceclor
Cefaclor	J01DC04	Antiobiotika	Infectocef
Cefaclor	J01DC04	Antiobiotika	Panoral
Ciclesonid	R01AD13	Inhalative Corti-costeroide (ICS)	Alvesco
Clenbuterol	R03AC14	Expektoranzien (Schleimlöser)	Muscospas (mit Ambroxol)
Clenbuterol	R03AC14	Expektoranzien (Schleimlöser)	Spiropent
Cleoprednol	H02AB14	Orale Corticostero-ide (OCS)	Synestan
Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Bronchicum
Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Codicaps
Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Codicompren
Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Codipertussin
Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Makatussin
Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Optipect
Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Talvosilen
Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Tussoret
Deflazacort	H02AB13	Orale Corticostero-ide (OCS)	Calcort
Dextromethorphan	R05DA09	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Hustenstiller-Ratiopharm
Dextromethorphan	R05DA09	Antitussiva (Hus-tenstiller)	NeoTussan
Dextromethorphan	R05DA09	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Wick Hustenpastillen/ Hustensirup (D)
Dihydrocodein	N02AA08	Antitussiva (Hus-tenstiller)	DHC Mundipharma
Dihydrocodein	N02AA08	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Paracodin
Dihydrocodein	N02AA08	Antitussiva (Hus-tenstiller)	Tiamon
Fenoterol	R03AC04	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimen-tika (SABA)	Berotec
Fluocortolon	C05AA08	Orale Corticostero-ide (OCS)	Ultralan

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Flutic-Teva
Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Flutide
Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Flutiform (Kombi mit Formoterol)
Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Otri-Allergie
Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Relvar Revinty (Kombi mit Vilanterol)
Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Seretide (Kombi mit Salmeterol)
Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Viani (Kombi mit Salmeterol)
Fluticason + Formoterol	R03AK11	Kombination aus ICS und LABA	Flutiform
Fluticason + Salmeterol	R03AK06	Kombination aus ICS und LABA	Seretide
Fluticason + Salmeterol	R03AK06	Kombination aus ICS und LABA	Viani
Fluticason + Vilanterol	R03AK10	Kombination aus ICS und LABA	Ellipta
Fluticason + Vilanterol	R03AK10	Kombination aus ICS und LABA	Relvar
Fluticason + Vilanterol	R03AK10	Kombination aus ICS und LABA	Revinty
Fluticasonfuroat	R01AD12	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Dymista*
Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	Atimos*
Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	Cyclocaps
Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	Foradil*
Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	Forair*
Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	Formatris*

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	FormoLich
Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	Formoterol*
Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	Oxis*
Levodropropizin	R05DB27	Antitussiva (Hustenstiller)	Quimbo Sirup
Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Asmanex
Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Ecural
Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Momecutan
Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)	MomeGalen
Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Mometa Hexal
Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Mometason
Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)	Nasonex
Montelukast	R03DC03	Leukotrienrezeptorantagonist (LTRA), oral	Ambrobeta
Noscapin	R05DA07	Antitussiva (Hustenstiller)	Capval
Pentoxyverin	R05DB05	Antitussiva (Hustenstiller)	Sedotussin
Pentoxyverin	R05DB05	Antitussiva (Hustenstiller)	Silomat
Phenobarbital	N03AA02	Barbiturate (beruhigende Wirkung)	Luminal
Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)	Decortin H
Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)	Dermosolon
Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)	Dontisolon
Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)	Hefasolon
Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)	Infectocortikrupp

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)	Inflanefran
Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)	Klismacort
Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)	Prednisolut
Prednison	H02AB07	Orale Corticosteroide (OCS)	Decortin
Prednison	H02AB07	Orale Corticosteroide (OCS)	Ultracorten
Primidon	N03AA03	Barbiturate (beruhigende Wirkung)	Liskantin
Primidon	N03AA03	Barbiturate (beruhigende Wirkung)	Mylepsinum
Roxithromycin	J01FA06	Antiobiotika	Roxi*
Roxithromycin	J01FA06	Antiobiotika	Rulid
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA)	Apsomol
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	Bronchospray*
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	Cyclocaps*
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	Pentmol
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	Salblair
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	Salbu Easyhaler*
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	Salbubronch
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	SalbuHEXAL*
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	Salbutamol*
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA)	Sultanol*
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	Ventilastin

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	Volmac
Salmeterol	R03AC12	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	Salmeterol
Salmeterol	R03AC12	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	Serevent*
Salmeterol	R03AC12	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ	Soltel
Terbutalin	R03AC03	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)	Apsomol
Terbutalin	R03AC03	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA)	Briancyl
Theophyllin	R03DA04	Xanthinderivaten	Aerobin
Theophyllin	R03DA04	Xanthinderivaten	Afonilum
Theophyllin	R03DA04	Xanthinderivaten	Bronchoretard
Thiopental	N01AF03	Barbiturate (beruhigende Wirkung)	Trapanal
Triamcinolon	H02AB58	Orale Corticosteroide (OCS)	Volon

4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Aerobin	Theophyllin	R03DA04	Xanthinderivaten
Afonilum	Theophyllin	R03DA04	Xanthinderivaten
Alvesco	Ciclesonid	R01AD13	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Ambrobeta	Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)
Ambrobeta	Montelukast	R03DC03	Leukotrienrezeptorantagonist (LTRA), oral
Amoxi	Amoxicillin	J01CA04	Antiobiotika
Amoxicillin	Amoxicillin	J01CA04	Antiobiotika
Apsomol	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA)
Apsomol	Terbutalin	R03AC03	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA)
Aquacort	Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Asmanex	Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Atimos*	Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ
Beclomet	Beclometasond	R01AD01	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Beclometason*	Beclometasond	R01AD01	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Beclorhinol	Beclometasond	R01AD01	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Berotec	Fenoterol	R03AC04	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Briancyl	Terbutalin	R03AC03	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Bronchicum	Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hustenstiller)
Bronchoretard	Theophyllin	R03DA04	Xanthinderivaten
Bronchospray*	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Budapp	Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Budes*	Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Budesonis*	Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Calcort	Deflazacort	H02AB13	Orale Corticosteroide (OCS)
Capval	Noscapin	R05DA07	Antitussiva (Hustenstiller)
CEC	Cefaclor	J01DC04	Antiobiotika
Ceclor	Cefaclor	J01DC04	Antiobiotika
Codicaps	Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hustenstiller)
Codicompren	Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hustenstiller)
Codipertussin	Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hustenstiller)
Cyclocaps	Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimetika (LABA), inhalativ
Cyclocaps*	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Decortin	Prednison	H02AB07	Orale Corticosteroide (OCS)
Decortin H	Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)
Dermosolon	Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)
DHC Mundipharma	Dihydrocodein	N02AA08	Antitussiva (Hustenstiller)
Dontisolon	Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)
Dymista*	Fluticasonfuroat	R01AD12	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Ecural	Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Ellipta	Fluticason + Vilanterol	R03AK10	Kombination aus ICS und LABA

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Ephepect®-Pastillen	Ammoniumchlorid	G04BA01	Expektoranzien (Schleimlöser)
Expit	Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)
Flutic-Teva	Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Flutide	Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Flutiform	Fluticason + Formoterol	R03AK11	Kombination aus ICS und LABA
Flutiform (Kombi mit Formoterol)	Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Foradil*	Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ
Forair*	Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ
Formatris*	Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ
FormoLich	Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ
Formoterol*	Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimetika (LABA), inhalativ
Foster	Beclometason + Formoterol	R03AK08	Kombination aus ICS und LABA
Frenopect	Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)
Hefasolon	Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)
Hustenstiller-Ratiopharm	Dextromethorphan	R05DA09	Antitussiva (Hustenstiller)
Infectocef	Cefaclor	J01DC04	Antiobiotika
Infectocortikrupp	Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)
Infectomox	Amoxicillin	J01CA04	Antiobiotika
Inflanefran	Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)
Irenat Tropfen	Ammoniumchlorid	G04BA01	Expektoranzien (Schleimlöser)
Klismacort	Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)
Lindoxyl	Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)
Liquirit	Ammoniumchlorid	G04BA01	Expektoranzien (Schleimlöser)
Liskantin	Primidon	N03AA03	Barbiturate (beruhigende Wirkung)

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Luminal	Phenobarbital	N03AA02	Barbiturate (beruhigende Wirkung)
Makatussin	Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hustenstiller)
Momecutan	Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)
MomeGalen	Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Mometa Hexal	Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Mometason	Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Mucoangin	Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)
Mucosolvan	Ambroxol	R05CB06	Expektoranzien (Schleimlöser)
Muscospas (mit Ambroxol)	Clenbuterol	R03AC14	Expektoranzien (Schleimlöser)
Mylepsinum	Primidon	N03AA03	Barbiturate (beruhigende Wirkung)
Nasonex	Mometasonfuroat	R01AD09	Inhalative Corticosteroide (ICS)
NeoTussan	Dextromethorphan	R05DA09	Antitussiva (Hustenstiller)
Optipect	Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hustenstiller)
Otri-Allergie	Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Oxis*	Formoterol	R03AC13	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ
Panoral	Cefaclor	J01DC04	Antiobiotika
Paracodin	Dihydrocodein	N02AA08	Antitussiva (Hustenstiller)
Pentmol	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Prednisolut	Prednisolon	H02AB06	Orale Corticosteroide (OCS)
Pulmicort*	Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Quimbo Sirup	Levodropropizin	R05DB27	Antitussiva (Hustenstiller)
ratioAllerg	Beclometasond	R01AD01	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Relvar	Fluticason + Vilanterol	R03AK10	Kombination aus ICS und LABA
Relvar Revinty (Kombi mit Vilanterol)	Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Revinty	Fluticason + Vilanterol	R03AK10	Kombination aus ICS und LABA
Rhinivict*	Beclometasond	R01AD01	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Rhinocort*	Budesonid	R01AD05	Inhalative Corticosteroide (ICS)

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Roxi*	Roxithromycin	J01FA06	Antiobiotika
Rulid	Roxithromycin	J01FA06	Antiobiotika
Salblair	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Salbu Easyhaler*	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Salbubronch	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
SalbuHEXAL*	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Salbutamol*	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Salmeterol	Salmeterol	R03AC12	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ
Sedotussin	Pentoxyverin	R05DB05	Antitussiva (Hustenstiller)
Seretide	Fluticason + Salmeterol	R03AK06	Kombination aus ICS und LABA
Seretide (Kombi mit Salmeterol)	Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)
Serevent*	Salmeterol	R03AC12	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ
Silomat	Pentoxyverin	R05DB05	Antitussiva (Hustenstiller)
Soltel	Salmeterol	R03AC12	langwirkende Beta-2-Sympathomimentika (LABA), inhalativ
Spiropent	Clenbuterol	R03AC14	Expektoranzien (Schleimlöser)
Sultanol*	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Symbicort Turbohaler	Budesonid + Formoterol	R03AK07	Kombination aus ICS und LABA
Synestan	Cleoprednol	H02AB14	Orale Corticosteroide (OCS)
Talvosilen	Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hustenstiller)
Tiamon	Dihydrocodein	N02AA08	Antitussiva (Hustenstiller)
Trapanal	Thiopental	N01AF03	Barbiturate (beruhigende Wirkung)
Tussoret	Codein	N02AJ06	Antitussiva (Hustenstiller)
Ultracorten	Prednison	H02AB07	Orale Corticosteroide (OCS)
Ultralan	Fluocortolon	C05AA08	Orale Corticosteroide (OCS)
Ventilastin	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimentika (SABA)
Viani	Fluticason + Salmeterol	R03AK06	Kombination aus ICS und LABA
Viani (Kombi mit Salmeterol)	Fluticason	R01AD08	Inhalative Corticosteroide (ICS)

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Volmac	Salbutamol	R03AC02	kurzwirkende Beta-2-Sympathomimetika (SABA)
Volon	Triamcinolon	H02AB58	Orale Corticosteroide (OCS)
Wick Hustenpastillen/ Hustensirup (D)	Dextromethorphan	R05DA09	Antitussiva (Hustenstiller)

4.4 Abbildungen

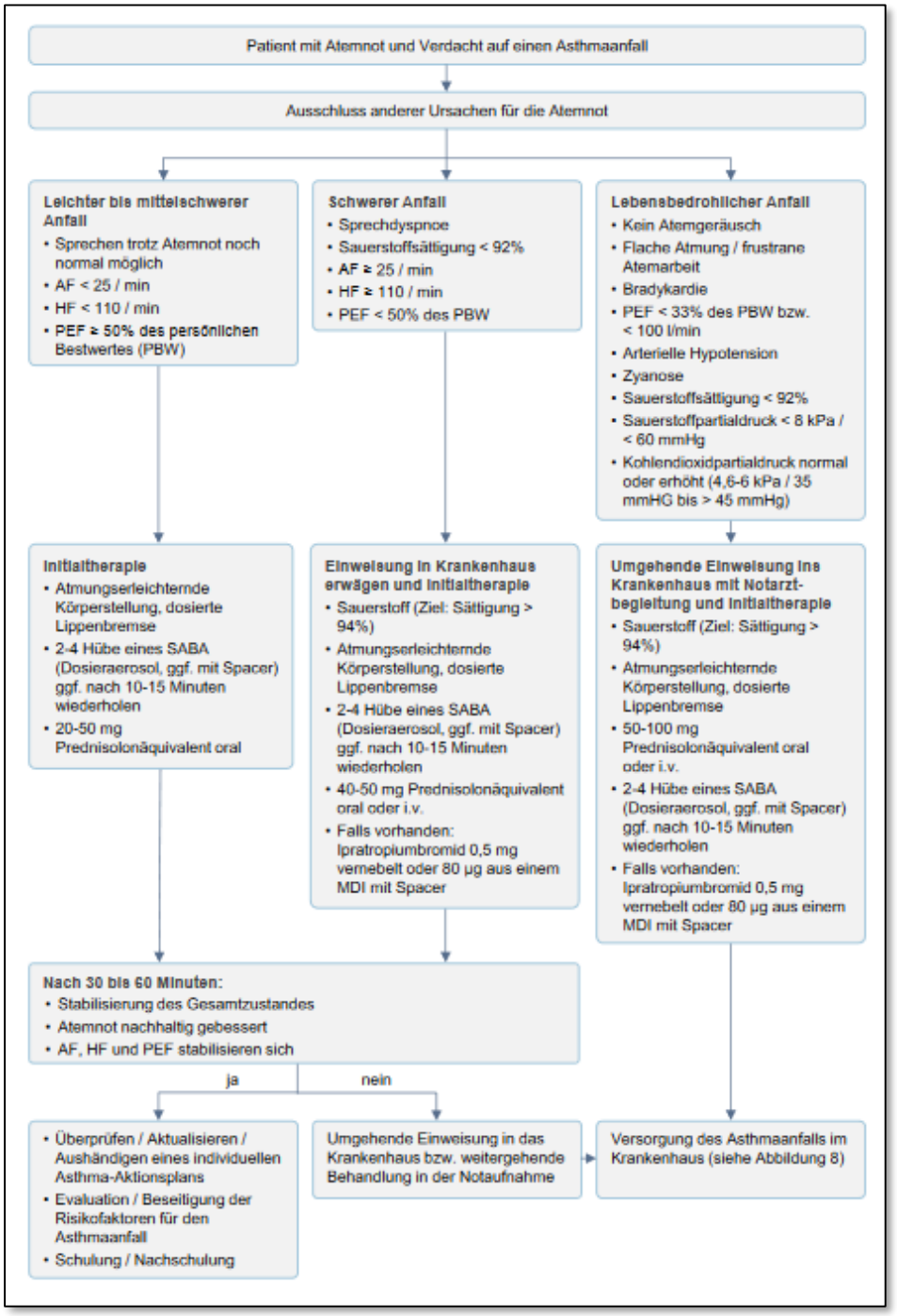


Abbildung 1: Initiale Versorgung des Asthmaanfalls: Arztpraxis oder Notaufnahme

	Leichter bis mittelschwerer Anfall	Schwerer Anfall	Lebensbedrohlicher Anfall
Symptome	Unvermögen einen längeren Satz während eines Atemzuges zu vollenden		Erschöpfung, Konfusion
Klinische Zeichen			
Atemfrequenz	< 30/min	> 5 Jahre: > 30/min 2-5 Jahre: > 40/min	> 5 Jahre: > 30/min 2-5 Jahre: > 40/min Auch Bradypnoe oder Apnoe möglich
Atemmuster	• verlängerte Ausatmung • Zeichen der Dyspnoe: Einziehungen, Nasenflügeln • trockene Rasselgeräusche im Exspirium: Giemen und Brummen		• Zeichen der Dyspnoe: Einziehungen, Nasenflügeln • trockene Rasselgeräusche im Exspirium: Giemen und Brummen • auch fehlendes Atemgeräusch („Stille Lunge") möglich
Apparative Zeichen			
Blutdruck	normoton		hypoton
PEF (wenn am Gerät geschult)	< 80% und > 50% des persönlichen Bestwertes	< 50% des persönlichen Bestwertes	ggf. nicht messbar
Pulsoxymetrie	$SaO_2 \geq 92\%$	$SaO_2 < 92\%$ Zyanose	

Abbildung 2: Übersicht Schweregrade Asthmaanfall

Grade der Asthmakontrolle | KINDER UND JUGENDLICHE		Gut kontrolliert	Teilweise kontrolliert	Unkontrolliert
Symptomkontrolle	**Hatte der Patient in den letzten 4 Wochen:** □ Symptome tagsüber. □ Nächtliches Erwachen durch Asthma. □ Gebrauch von Bedarfsmedikation[1]. □ Aktivitätseinschränkung durch Asthma.	Kein Kriterium erfüllt	1-2 Kriterien erfüllt	3-4 Kriterien erfüllt
Beurteilung des Risikos für eine zukünftige Verschlechterung des Asthmas	Erhebung von: - Lungenfunktion (Vorliegen einer Atemwegsobstruktion) - Anzahl stattgehabter Exazerbationen (keine / ≥1x im Jahr / in der aktuellen Woche)			

[1] Bei Patienten ab 12 Jahren, die in Stufe 2 ausschließlich die Fixkombination (ICS niedrigdosiert und Formoterol) bedarfsweise anwenden, ist das Kriterium nicht anwendbar: Bei gut kontrolliertem Asthma wird die Fixkombination nicht häufiger als zweimal pro Woche angewandt.

Abbildung 3: Übersicht Asthmakontrollgrad

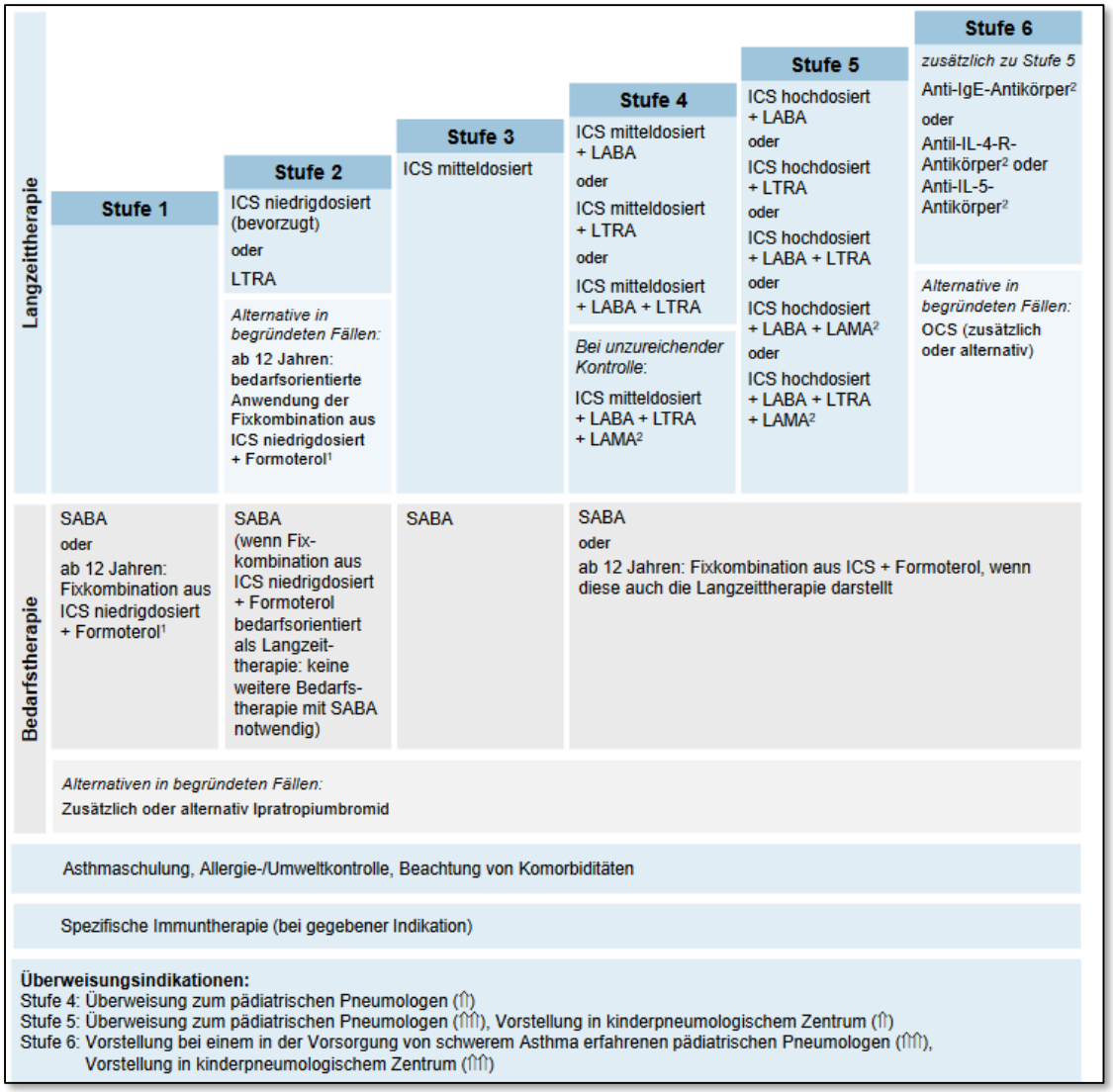


Abbildung 4: Schema Stufentherapie

Klassifikation der Asthmaschweregrade (Kinder und Jugendliche)		
Schweregrad	**Kennzeichen vor Behandlung**	
	Symptomatik	**Lungenfunktion**[d]
IV schwergradig persistierend[b]	• Anhaltende tägliche Symptome, häufig auch nächtlich.	• FEV1 < 60 % des Sollwertes oder • PEF < 60 % PBW; • PEF-Tagesvariabilität > 30 %.
III mittelgradig persistierend[b]	• An mehreren Tagen/Wochen und auch nächtliche Symptome.	• Auch im Intervall obstruktiv; • FEV1 < 80 % des Sollwertes und/oder • MEF25-75 bzw. MEF50 < 65 %; • PEF-Tagesvariabilität > 30 %.
II geringgradig persistierend[b] (episodisch symptomatisches Asthma)	• Intervall zwischen Episoden < 2 Monate.	Nur episodisch obstruktiv, Lungenfunktion dann pathologisch: • FEV1 < 80 % des Sollwertes und/oder • MEF25-75 bzw. MEF50 < 65 %; • PEF-Tagesvariabilität 20-30 %. Lungenfunktion im Intervall meist noch o. path. B.: • FEV1 > 80 % des Sollwertes und/oder • MEF25-75 bzw. MEF50 > 65 %; • PEF-Tagesvariabilität < 20 %.
I intermittierend (intermittierende, rezidivierende, bronchiale Obstruktion)[a]	• Intermittierend Husten; • leichte Atemnot; • symptomfreies Intervall > 2 Monate.	Nur intermittierend obstruktiv Lungenfunktion oft noch normal: • FEV1 > 80 % des Sollwertes; • MEF25-75 bzw. MEF50 > 65 %; • PEF-Tagesvariabilität < 20 %; • im Intervall o. path. B.

a Chronische Entzündung und Vorliegen einer Überempfindlichkeit der Bronchialschleimhaut nicht obligat. Somit definitionsgemäß dann noch kein Asthma. Z. B. Auftreten der obstruktiven Ventilationsstörung bei Säuglingen und Kleinkindern infektgetriggert vor allem in der kalten Jahreszeit und bei Schulkindern nach sporadischem Allergenkontakt (z. B. Tierhaarallergie).
b Von einer bronchialen Überempfindlichkeit auch im symptomfreien Intervall ist bei den Schweregraden II, III u. IV auszugehen.
c z. B. bei alltäglicher körperlicher Belastung.
d Individuelle Maximalwerte sind zu berücksichtigen. Ggf. Überblähung beachten (FRC > 120 % des Sollwertes). Lungenfunktion im Säuglings- und Kleinkindesalter nur in Spezialeinrichtungen messbar.

Abbildung 5: Klassifikation der Asthmaschweregrade

Wirkstoff (ICS); Dosis pro Tag in Mikrogramm	niedrige Dosis		mittlere Dosis		hohe Dosis	
	Kinder < 12 Jahre	Jugendliche 12-18 Jahre	Kinder < 12 Jahre	Jugendliche 12-18 Jahre	Kinder < 12 Jahre	Jugendliche 12-18 Jahre
Beclometasondipropionat (BDP) – Standardpartikelgröße	≤ 200	≤ 200*	> 200-400	> 200-400*	–*	–*
Beclometasondipropionat (BDP) – feine Partikelgröße	≤ 100	≤ 100*	> 100-200	> 100-200*	–*	–*
Budesonid	≤ 200	≤ 200*	> 200-400	> 200-400*	–*	–*
Ciclesonid	–	80	–	160	–	> 160
Fluticasonfuroat	–	–	–	100	–	> 100
Fluticasonpropionat	≤ 100	≤ 100	> 100-200	> 100-250	> 200	> 250
Mometasonfuroat	–	200	–	400	–	> 400

* Bei BDP und Budesonid bestehen aus Sicht der Autoren Sicherheitsbedenken im Hinblick auf die Plasmaspiegel. Daher gleichen die Dosisangaben der Jugendlichen denen der Kinder jeweils für den niedrigen und mittleren Dosisbereich. Im hohen Dosisbereich werden die genannten Wirkstoffe von der Leitliniengruppe eher nicht empfohlen (deshalb dort auch keine Dosisangaben).

Abbildung 6: Dosisangaben ICS für Kinder und Jugendliche

Stand:
15. Juni 2022

Handbuch Erfassung Patientenakte

ADHS

QualiPäd

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis i
2 Vorwort / Einleitung 1
3 Erhebungsmerkmale 2
3.1 Diagnosen 2
3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen 2
3.1.2 Weitere relevante Diagnosen 3
3.2 Diagnostik 6
3.2.1 Symptome 6
3.2.1.1 Leitsymptome 6
3.2.1.2 Diagnostische Symptome 7
3.2.2 Anamnesen 10
3.2.3 Erhebungsinstrumente 17
3.2.4 Medizinische Untersuchung 20
3.2.4.1 Entwicklungsstand 20
3.2.4.2 Körperliche Untersuchung 20
3.2.4.3 Psychische Untersuchung 23
3.3 Behandlung / Therapie 25
3.3.1 Medikamentöse Behandlung 25
3.3.1.1 Medikamente 25
3.3.1.2 Anpassung der medikamentösen Behandlung 27
3.3.2 Nicht-medikamentöse Behandlung 28
3.3.3 Behandlungsplan 33
3.3.4 Informations-/Beratungsgespräche 35
3.4 Konsultationen 39
3.4.1 Kontrolltermine 39
3.4.2 Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung 43
3.5 Externe Kommunikation / Überweisung 44
4 Anhang i
4.1 Indikatorenübersicht i
4.2 Merkmalsübersicht vii
4.3 Medikamente | Handelsnamen xxxiv
4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff xxxiv
4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen xxxiv
4.4 Abbildungen xxxv

2 Vorwort / Einleitung

Die Abkürzung ADHS steht für Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung. Dahinter verbirgt sich eine der häufigsten psychischen Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Man nimmt an, dass etwa 2 bis 6 Prozent aller Kinder und Jugendlichen unter krankhaften Störungen der Aufmerksamkeit und an motorischer Unruhe leiden.

Charakteristisch für ADHS sind folgende drei Hauptsymptome:

- Hyperaktivität (übersteigerter Bewegungsdrang)
- Unaufmerksamkeit (gestörte Konzentrationsfähigkeit)
- Impulsivität (unüberlegtes Handeln)

Die einzelnen Symptome können jedoch unterschiedlich stark ausgeprägt sein und müssen nicht immer alle gleichzeitig auftreten. So vielfältig wie die Ausprägungen der Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörung sind, so bunt sind auch die Bezeichnungen dafür. In Anspielung auf den typischen Bewegungsdrang vieler ADHS-Kinder heißt es im Volksmund auch das „Zappelphilipp-Syndrom“. Der Oberbegriff ADHS umschreibt auch die Ausprägung der Erkrankung, bei der keine hyperaktiven Verhaltensweisen beobachtet werden, sondern nur Aufmerksamkeitsstörungen vorliegen. Zuweilen stößt man in Deutschland auch auf die englischsprachige Abkürzung ADHD für Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

Allerdings leidet nicht jedes unruhige oder unaufmerksame Kind gleich unter ADHS. Ob wirklich eine krankhafte Störung vorliegt, kann nur ein in der Diagnostik und Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Verhaltensauffälligkeiten erfahrener Arzt oder Psychotherapeut nach einer differenzierten Untersuchung feststellen. Dabei gilt insbesondere: Die Auffälligkeiten müssen über einen längeren Zeitraum (mindestens sechs Monate) und in verschiedenen Lebensbereichen des Kindes (Familie, Schule und Freizeit) auftreten, damit man wirklich von ADHS sprechen kann.

Bleibt ADHS unbehandelt, kann das ernsthafte Folgen für das Kind und sein gesamtes familiäres Umfeld nach sich ziehen, wie z.B. Schulversagen, Familienprobleme oder eine erhöhte Suchtgefahr. In den meisten Fällen kann den betroffenen Kindern und Jugendlichen durch intensive Betreuung und eine gezielte Behandlung der Symptome eine weitgehend normale soziale und schulische Entwicklung ermöglicht werden. Die Behandlung von ADHS stützt sich heute auf mehrere Säulen: Individuell kombiniert werden nach Aufklärung und Beratung aller Betroffenen eine Psychotherapie, z.B. Verhaltenstherapie des Kindes, Eltern- und Lehrertraining sowie im Einzelfall auch eine medikamentöse Therapie.

3 Erhebungsmerkmale

3.1 Diagnosen

Feststellung oder Bestimmung einer körperlichen oder psychischen Krankheit durch einen Arzt.

3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen

Für QualiPäd sind die folgenden ICD-10-Diagnosen relevant:

ICD-Schlüssel	Beschreibung
F90.-	**Hyperkinetische Störungen**
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens Achtung: Beim Vorliegen dieser Diagnose unbedingt auch die Merkmale aus dem Erfassungshandbuch zum Krankheitsbild „Störung des Sozialverhaltens (SSV)“ entsprechend berücksichtigen!
F90.8	sonstige hyperkinetische Störungen
F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet

3.1.2 Weitere relevante Diagnosen

Hierbei genügt die Information, dass eine entsprechende Diagnose beim Patienten vorliegt. Inwieweit diese behandelt wird, muss nicht dokumentiert werden. Die Information kann entweder durch einen Arztbrief, eine Überweisung, Fremdanamnese, Eigenanamnese, eigene Untersuchung oder durch Untersuchung eines Facharztes festgestellt worden sein.

Merkmal	Definitionen	Synonym	Praxisbeispiele	QI
Kardiovaskuläre Diagnosen	- Bluthochdruck/Hypertonie - Zu niedriger Blutdruck/Hypotonie - Herzrythmusstörungen - Herzklappenfehler - Herzschwäche - Herzfehlbildungen Wenn möglich auch vor dem Beobachtungszeitraum nachsehen, oder externe Dokumente nach entsprechenden Diagnosen durchsuchen.	I10.- - I15.- I45.- I95.- I50.- I05.- - I09.- I34.- - I37.- Q20-Q28		ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Substanzmissbrauch	- Alkoholmissbrauch - Drogenmissbrauch - Medikamentenmissbrauch (z.B. Benzodiazepine und deren Analoga (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon), Opiate und Opioide, Kopfschmerz- und Migränemittel) Sollte in der Akte ein Substanzmissbrauch der Eltern dokumentiert sein, ist dieser auch zu erheben (siehe 3.2.2, Seite 10)	F10-F19		ADHS-029

Merkmal	Definitionen	Synonym	Praxisbeispiele	QI
Tic-Störung	- Vorübergehende Tic-Störungen: meistens in Form von Blinzeln, Grimassieren oder Kopfschütteln - Vokale Tic-Störungen - Chronische Störung: motorische oder vokale Tics länger als ein Jahr anhaltend - Kombinierte vokale und multiple Störung (Tourettesyndrom): mehrere motorische und mind. ein vokaler Tic	F95.-		ADHS-032
Lernstörung	- Lesestörung - Rechtschreibstörung - Rechenstörung - Legasthenie	F81.X „Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten“		ADHS-041
Störung des Sozialverhaltens	Eine Störung des Sozialverhaltens bedeutet, dass Kinder oder Jugendliche ein andauerndes oder sich wiederholendes Muster von dissozialem, aggressivem oder aufsässigem Verhalten zeigen. Es ist schwerwiegender als kindlicher Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit.	F91.- F92.-		ADHS-039

Merkmal	Definitionen	Synonym	Praxisbeispiele	QI
Komorbide psychische Störungen	Hierunter sind sämtliche psychischen Erkrankungen zu verstehen, die im ICD unter das Kapitel F „Psychische und Verhaltensstörungen“ fallen. Sollte eine komorbide psychische Störung erst im Rahmen der psychischen Komorbiditätsuntersuchung (siehe 3.2.4.3, Seite 23) festgestellt werden, ist dieses mit dem hier genannten Merkmal zusätzlich zu erheben.	F00.- - F99.-		ADHS-043

3.2 Diagnostik

3.2.1 Symptome

3.2.1.1 Leitsymptome

Bei den nachfolgenden Merkmalen grundsätzlich immer die Quelle (Patient, Sorgeberechtigte, Bezugspersonen, etc.) mit angeben!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Hyperaktivität	Von der gesellschaftlichen Norm abweichende, gesteigerte motorische oder innere Unruhe	- motorische Unruhe - körperliche Unruhe - Zappel-Philipp - Bewegungsdrang - Überaktivität		ADHS-005
Impulsivität	Verhalten bzw. Persönlichkeitsmerkmal, bei dem als Reaktion auf verschiedene Impulse oder motivationale Zustände schnell Handlungen ausgeführt werden, ohne dass vorher die Reaktion geplant und durchdacht wurde.	- beeinträchtigte Impulskontrolle - impulsiv - ins Wort fallen		ADHS-005 ADHS-034
Unaufmerksamkeit	Fehlende Aufmerksamkeit, mit der Folge von Flüchtigkeitsfehlern, vorzeitigem Abbruch von Tätigkeiten oder widerwilligem Ausführen.	- unkonzentriert - leicht ablenkbar		ADHS-005

3.2.1.2 Diagnostische Symptome

3.2.1.2.1 Hyperaktivität

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Häufiges rumfuchteln	Die Kinder fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen		„C. berichtet, dass es ihr schwer falle in der Schule so lange still zu sitzen. Sie bewege dann häufig die Beine auf dem Sitz“	ADHS-020
Verlassen häufig ihren Platz	Die Kinder verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird		„ständig zappelig“	ADHS-020
Bewegung in unpassenden Situationen	Die Kinder laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist		„Er stehe dann mitten im Unterricht auf, laufe herum und komme nicht zur Ruhe.“	ADHS-020
Unnötige Lautstärke beim Spielen	Die Kinder sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen			ADHS-020
Motorische Aktivität nicht von außen beeinflussbar	Die Kinder zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind			ADHS-020

3.2.1.2.2 Impulsivität

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Schwierigkeiten ausreden zu lassen	Die Kinder platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist			ADHS-020

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Schwierigkeiten zu warten	Die Kinder können häufig nicht in einer Reihe stehen oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen			ADHS-020
Stören von anderen	Die Kinder unterbrechen und stören andere häufig		„in der Schule sehr abgelenkt, stört auch die anderen“	ADHS-020
Übermäßig vieles Reden	Die Kinder reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren		„In der Schule viele Störungen, macht Geräusche“	ADHS-020

3.2.1.2.3 Unaufmerksamkeit

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Häufige Sorgfaltsfehler	Die Kinder sind häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten		„nicht auf Kleinigkeiten geachtet: Punkt vergessen, Plus und Minus verwechselt.“	ADHS-020
Geringe Aufmerksamkeitsspanne	Die Kinder sind häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrecht zu erhalten			ADHS-020
Hören häufig nicht, was ihnen gesagt wird	Die Kinder hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird		„Hört nicht gut zu“	ADHS-020
Schwierigkeiten Aufgaben zu erfüllen	Die Kinder können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten nicht erfüllen		„Hausaufgaben seien auch unter Anleitung schwierig zu erledigen“	ADHS-020
Schwierigkeiten Aktivitäten zu organisieren	Die Kinder sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren			ADHS-020
Vermeidung von Aufgaben mit geistigem Durchhaltevermögen	Die Kinder vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern		„Dinge, zu denen sie keine Lust habe, würde sie sich häufig verweigern“	ADHS-020

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Häufiger Verlust von Gegenständen	Die Kinder verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z. B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge		„Im Kindergarten habe er immer nach draußen gewollt und habe nie malen oder basteln wollen“.	ADHS-020
Häufig abgelenkt	Die Kinder werden häufig von externen Stimuli abgelenkt		„häufiger Dinge verlieren, vergessen. (Jacken, Stifte, Sportsachen, Hausaufgaben aufschreiben“	ADHS-020
Vergesslichkeit bei alltäglichen Aktivitäten	Die Kinder im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich		„bin schnell abgelenkt“	ADHS-020

3.2.2 Anamnesen

Bei den nachfolgenden Merkmalen grundsätzlich immer die Quelle (Patient, Sorgeberechtigte, Bezugspersonen, etc.) mit angeben!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Familienanamnese	In der Familienanamnese geht es darum, Krankheiten innerhalb der Familie festzustellen.	körperlichen/psychischen Erkrankungen von Eltern, Großeltern, Geschwister	„Km: 55 Jahre, Hausfrau, sie habe ein Problem mit dem Darm, mache aktuell einen Sprachkurs Kv: 56 Jahre, sei Schweißer gewesen, gesund, mache ebenfalls einen Deutschkurs“	ADHS-002 ADHS-003 ADHS-043
Eigenanamnese	Die Eigenanamnese umfasst alles, was der Patient selbst über seine eigene Krankheitsgeschichte berichtet.	Eigene Krankengeschichte		ADHS-002 ADHS-003 ADHS-011 ADHS-043
Fremdanamnese	Die Fremdanamnese ist eine Form der Anamnese-Erhebung, bei der nicht der Patient selbst, sondern Angehörige, Bekannte oder sonstige Dritte Angaben zur Krankengeschichte machen. Eine Fremdanamnese ist immer dann notwendig, wenn der Patient selbst die Fragen des Arztes nur unzureichend oder gar nicht beantworten kann.			ADHS-002 ADHS-003 ADHS-011 ADHS-043
Biografische Anamnese	Die biographische Anamnese erfasst u.a. Familienstand, Beruf und Freizeitaktivitäten sowie besondere biografische Erlebnisse	EBM / 35140 z.B. Umzüge, Schulwechsel, etc., Freundschaften, Hobbies, Arbeitsaufnahme / Lehre / Ausbildung		ADHS-003

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Symptomorientierte Anamnese	Befragung hinsichtlich Beginn und Verlauf der Symptomatik zu allen drei Leitsymptomen (siehe 3.2.1.1, Seite 6) mittels (teil-)strukturiertem Interview: Hyperaktivität Impulsivität Unaufmerksamkeit Zusätzlich ist das Ausmaß der Beeinträchtigung bezogen auf unterschiedliche Lebensbereiche abzufragen. Es ist mit anzugeben, auf welchen Lebensbereich (z.B. familiärer Lebensbereich, Schule / KiTa, Freundeskreis, etc.) sich die symptomorientierte Anamnese bezieht. Sofern sich die symptomorientierte Anamnese auf unterschiedliche Lebensbereiche bezieht, ist je Lebensbereich das Merkmal entsprechend einmal zu erfassen.	z.B. Wie äußert sich die Symptomatik im Alltag und über welchen Zeitraum?		ADHS-002 ADHS-004 ADHS-006

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Schwangerschaftsanamnese	Befragung der Mutter zur Schwangerschaft	z.B. Gewollte/ ungewollte Schwangerschaft Vergewaltigung? Infektionen während der Schwangerschaft Mehrlingsschwangerschaft (Gestations-) Diabetes Dauermedikation Drogen-/Alkoholabusus Psychosoziale Belastungen	„2. Schwangerschaft, Mutter 33 Jahre alt, geplante Schwangerschaft, kein Rauchen und Alkohol während der Schwangerschaft, keine Komplikationen“	ADHS-neu1
Geburtsanamnese	Befragung der Mutter zur Geburt	Schwangerschaftswoche (zu früh, pünktlich oder zu spät?) Entbindungsmodus (Vakuum oder Zangengeburt aus Beckenmitte?) Kindslage (Beckenendlage?) APGAR-Werte Pränatale Befunde z.B. Herzfehler Krankenhausaufenthalte im Anschluss an Geburt Traumatische Geburt Kaiserschnitt?	„keine Komplikationen während/ nach Geburt. Entbindung in der 39. Woche. Geburtsgewicht 3580g, Geburtslänge 53cm“	ADHS-neu1

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung	Erfassung von bisherigen Entwicklungsschritten Fremdanamnese durch Eltern Abgedeckt durch U-Untersuchungen (U-Heft)	Z.B. erste Worte/Sätze, erste Schritte, Sauberkeitsentwicklung	„Freies Laufen mit 10 Monaten, Sprechen (erste Worte außer Mama/Papa) mit 1 Jahr. Sauberkeit: Trocken und Sauber mit 3 Jahren tagsüber und 3 Jahren nachts. „	ADHS-neu1
Frühkindliche Betreuungssituation und -qualität	Gab es feste oder wechselnde Bezugs- bzw. Betreuungspersonen? Wie war die familiäre Situation (z.B. alleinerziehende Eltern)? Wie war die Betreuungssituation tagsüber (Krippe, Kindergarten, Tagesmutter, zu Hause)? Gab es ein stabiles Umfeld zu Hause? fehlende Unterstützung der Eltern Überforderung der Eltern Misshandlungen			ADHS-neu1

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung	Eingewöhnungsphase → trennungsängstlich? Umgang mit anderen Kindern/ Erziehern/ Lehrern		„Er habe von seinem 2. bis zum 7. Lebensjahr einen Kindergarten besucht. Es sei eine niedrige Frustrationstoleranz aufgefallen. Aufforderungen hätten mehrmals wiederholt werden müssen. Mit 7 Jahren sei er in die Grundschule eingeschult worden danach sei der Übertritt in die 5. Klasse eines Gymnasiums erfolgt. Marc besuche aktuell die 6. Klasse, seine Leistungen lägen im Mittelfeld. Aufgrund der Symptomatik, verminderter Anstrengungsbereitschaft und fehlender Motivation sei der Lebensbereich Schule beeinträchtigt.“	ADHS-neu1
sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen	z.B. Pubertät Geschlechtsidentität (welchem Geschlecht fühlen sich die Patienten zugehörig?) Freundschaftliche Beziehungen engerer Freundeskreis/ Vertrauenspersonen romantische Beziehung			ADHS-neu1

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	Vorstellung des Patienten über die eigene Person. Hier geht es explizit um die Eigenanamnese des Patienten.	Antworten auf die Frage „Was kannst du gut? Was machst du gern?“		ADHS-neu1
Freizeitverhalten	Hobbies Freunde treffen zeitliche Faktor		„In ihrer Freizeit reite sie, beschäftige sich gerne mit Freunden und sei sehr tierbezogen.“	ADHS-neu1
Familiäre, soziale und schulische Umstände	z.B. Migrationshintergrund, Großfamilie, alleinerziehende Eltern z.B. Wohngegend, Beruf und Einkommen der Eltern, Bildung der Eltern, Freizeit z.B. Form der Schule, Leistungen in der Schule		„Sie sei mit neun Monaten von den Kindseltern zum Großvater und dessen Frau gekommen, nachdem das Jugendamt dies oder eine Unterbringung in einer Pflegefamilie gefordert habe. Die Kindseltern hätten sich danach getrennt. (…)“	ADHS-002
Substanzmissbrauch bei Eltern	Zu erfragen über Familienanamnese: Alkoholmissbrauch Drogenmissbrauch Medikamentenmissbrauch (z.B. Benzodiazepine und deren Analoga (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon), Opiate und Opioide, Kopfschmerz- und Mig-ränemittel)			ADHS-029
Kardiovaskuläre Diagnosen **Plötzlicher Herztod in der Familie**	Abzufragen über die Familienanamnese plötzlicher Herztod bei Verwandten in erster Linie)			ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen **Hypertonie**	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	Bluthochdruck I10.- - I15.-		ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Kardiovaskuläre Diagnosen **Hypotonie**	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	zu niedriger Blutdruck I95.-		ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen **Herzrhythmusstörungen**	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	kardiale Erregungsleitungsstörungen I45.-		ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen **Herzfehlbildungen**	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	Herzfehler Herzklappenfehler Q20.- - Q28.-		ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen **Herzschwäche**	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	Herzinsuffizienz I50.-		ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen **Herzklappenfehler**	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	I05.0 I06.0 I07.0 I08.- I09.8 I34.2 I35.0 I36.0 I37.0 Q22.- Q23.-		ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030

3.2.3 Erhebungsinstrumente

Bei den Erhebungsinstrumenten handelt es sich in erster Linie um Test- bzw. Fragebögen, die vom Patienten oder dessen Bezugspersonen auszufüllen sind.

In der Patientenakte sind die entsprechenden Informationen hierzu an folgenden Stellen zu finden:

- ausgefüllter Test in Akte
- Hinweis im psychologischen Befund (siehe Abbildung 1, Seite xxxv)
- Ergebnisbericht in Akte (siehe Abbildung 2, Seite xxxv)
- Arztbriefe / Krankenhausberichte (hier mit angeben, dass es sich um Informationen aus Quellen Dritter handelt)

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
AID 2	Intelligenztest			ADHS-014
BDI	Untersuchung auf komorbide Störungen			ADHS-011
BUEGA	ADHS-Testverfahren			ADHS-012 ADHS-013
BUEVA	ADHS-Testverfahren			ADHS-012 ADHS-013
CBCL	Untersuchung auf komorbide Störungen			ADHS-011
cft 1-r	Intelligenztest			ADHS-002 ADHS-014
CFt-1	Intelligenztest			ADHS-002 ADHS-014
cft-20	Intelligenztest			ADHS-002 ADHS-014
cft-20r	Intelligenztest			ADHS-002 ADHS-014
CONNERS	ADHS-Testverfahren Follow-up Ratingskalen			ADHS-012 ADHS-013 ADHS-015
DIKJ	Untersuchung auf komorbide Störungen			ADHS-011

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
DISABKID	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)			ADHS-044
DISYPS	ADHS-Testverfahren Untersuchung auf komorbide Störungen			ADHS-011 ADHS-012 ADHS-013
EuroQoL-5D-Youth	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)			ADHS-044
FBB-ADHS	ADHS-Testverfahren Follow-up-Ratingskalen			ADHS-012 ADHS-013 ADHS-015
HAWIK	Intelligenztest			ADHS-002 ADHS-014
HAWIVA-IV	Intelligenztest			ADHS-002 ADHS-014
ILK	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)			ADHS-044
IST-2000 R	Intelligenztest			ADHS-002 ADHS-014
K-ABC 2	Intelligenztest			ADHS-002 ADHS-014
KIDSCREEN-52	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)			ADHS-044
KINDL	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)			ADHS-044

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
KINDL-R	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)			ADHS-044
PedsQLTM4.0	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)			ADHS-044
Phoki	Untersuchung auf komorbide Störungen			ADHS-011
Raven APM	Intelligenztest			ADHS-002 ADHS-014
SDQ	Untersuchung auf komorbide Störungen			ADHS-011
Spaik	Untersuchung auf komorbide Störungen			ADHS-011
ULQIE	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)			ADHS-044
WISC-V	Intelligenztest			ADHS-002 ADHS-014
YSR	Untersuchung auf komorbide Störungen			ADHS-011

3.2.4 Medizinische Untersuchung

3.2.4.1 Entwicklungsstand

Merkmal	Definition	Synonyme/ Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Entwicklungsstand	Erfassung des derzeitigen Entwicklungsstandes - Körperliche Entwicklung, Wachstum, Pubertät - Sozioemotional (Kontakte mit gleichaltrigen, Emotionen regulierbar, etc.) - Intelligenz			ADHS-001

3.2.4.2 Körperliche Untersuchung

Merkmal	Definition	Synonyme/ Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Gewicht	Das Gewicht in kg oder g muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch das festgestellte Gewicht entsprechend mit erheben!			ADHS-001 ADHS-002 ADHS-007 ADHS-008
Größe	Die Körpergröße in cm oder m muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellte Größe entsprechend mit erheben!			ADHS-002 ADHS-007 ADHS-008
Blutdruck	Der Blutdruck in mmHg mit dem systolischen und dem diastolischen Wert muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch den festgestellten Blutdruck entsprechend mit erheben!	RR		ADHS-001 ADHS-002 ADHS-007 ADHS-008

Merkmal	Definition	Synonyme/ Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Herzfrequenz	Die Herzfrequenz in „Herzschlägen pro Minute“ oder der Puls müssen in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellten „Herzschläge pro Minute“ / den festgestellten Puls entsprechend mit erheben!	HF Puls		ADHS-001 ADHS-002 ADHS-007 ADHS-008

Untersuchung des Herzens	- Körperliche Untersuchung des Herzens durch
	  ○ Abhorchen
	  ○ EKG
	Bitte auch mit erheben, wenn auffällige Untersuchungsergebnisse dokumentiert wurden (z.B. auffälliges EKG)
			Herz opB
			EKG opB
			„EKG unauffällig“
			„normales EKG“
			„Sinusrhythmus, Steiltyp, HF ca. 92/min. PO: 120 ms, QT: 330 ms, QTc: 409 ms 1/2 R/S-Umschlag zw. V3 und V4. Keine Erregungsrückbildungsstörungen oder Extrasystolen. leichte Sinustachykardie, ansonsten insgesamt unauffälliger Befund“
				ADHS-001
				ADHS-002

Untersuchung des Abdomens	- Körperliche Untersuchung des Abdomens durch
	  ○ Abhorchen (Darmgeräusche)
	  ○ Abtasten (Leber, Milz, Nieren)
		Bauch	Abdomen opB
			Abdomen unauffällig
				ADHS-001
				ADHS-002

Untersuchung auf körperliche Begleiterkrankungen	- Körperliche Untersuchung - Anamnese weiterer Erkrankungen - Arztbrief / Überweisung - (Patienten-)Fragebogen (z.B. Aufnahmebogen)		„(…) der übrige körperliche Untersuchungsbefund blieb altersentsprechend unauffällig“ „keine körperl. Erkrankungen“	ADHS-001 ADHS-002 ADHS-010

Merkmal	Definition	Synonyme/ Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Neurologische Untersuchung	- Körperlich-neurologische Untersuchung der / des ○ Reflexe (z.B. Testung der Muskeldehnungsreflexe, pathologischen Reflexe) ○ Hirnnerven (z.B. Untersuchung mit EEG) ○ Gleichgewichtssinn / Koordination (z.B. Tretversuch, Zeigeversuch, Romberg-Versuch, Gang, Stand) ○ Koordination (z.B. Finger-Nase-Versuch) ○ groben Kraft (z.B. Bewegung der Arme oder Beine gegen einen Widerstand)	EBM 27311, 04351	„Orientierende neurologische Untersuchung ohne pathologische Befunde“ „Schwierigkeiten in den Koordinationsübungen (Finger-Nase-Versuch), restliche grob orientierende neurologische Untersuchung ergab einen altersentsprechenden Normalbefund.“	ADHS-002 ADHS-003
Untersuchung der Lunge	- Körperliche Untersuchung der Lunge durch ○ Abhorchen (Atem- und Nebengeräusche) ○ Beurteilung von Atmung und Auswurf ○ Röntgen der Lunge	pulmo	Lunge opB Lungenröntgen opB	ADHS-001 ADHS-002

3.2.4.3 Psychische Untersuchung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Psychopathologischer Befund	Erhebung eines psychopathologischen Befundes (PPB), der Informationen zu - Orientierung - Affekt - Antrieb - Denken - Suizidalität enthält. Der PPB fasst hierbei die Ergebnisse einer psychiatrischen Untersuchung zu den genannten Teilbereichen zusammen und bildet die Grundlage für diagnostische Entscheidungen sowie therapeutischen Maßnahmen. Zusätzlich ist anzugeben, ob eine komorbide psychische Störung festgestellt wurde. Wenn auch angegeben ist, welche komorbide Störung festgestellt wurde, ist diese als weitere relevante Diagnose (siehe 3.1.2, Seite 3) zu erfassen.	- PPB - Psychiatrische Beurteilung - Psychische Gesundheit - EBM 35141 (vertiefte Exploration / Differentialdiagnostik)	„Im Kontaktverhalten war Max freundlich und mitteilungsbereit. Bewusstseinslage klar, altersentsprechend orientiert. Kein Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen. Kein Wahn, keine Wahrnehmungsstörungen. In der Stimmung und affektiven Auslenkbarkeit war Max nicht beeinträchtigt. Er konnte die Probleme aus der Schule durchaus differenziert berichten, sah aber die Verantwortlichkeit für Auseinandersetzungen eher bei anderen Kindern. Kein Anhalt für akute Eigen- oder Fremdgefährdung.“ „(..) Stimmung ausgeglichen, affektiv schwingungsfähig. Kein Anhalt für das Vorliegen von formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen. Antrieb regelrecht, motorisch unruhig. Kein Anhalt für das Vorliegen von Ängsten oder Phobien (..)“	ADHS-001 ADHS-002 ADHS-011 ADHS-043

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Psychologische Beurteilung	Gesamtbeurteilung von psychologischen Kriterien im Rahmen eines psychologischen Befundes / Gutachtens, z.B. - Überprüfung kognitive Leistungsfähigkeit - Testpsychologische Untersuchungen von Patient, Bezugspersonen - Beurteilung Arbeitsverhalten und Konzentrationsfähigkeit - Beurteilung sozioemotionale Kompetenz und Interaktionsfähigkeit	- Psychologischer Befund	- Abbildung 1, Seite xxxv - Abbildung 2, Seite xxxv - Abbildung 8, Seite xl	ADHS-043

3.3 Behandlung / Therapie

3.3.1 Medikamentöse Behandlung

3.3.1.1 Medikamente

Bei den Medikamenten ist unbedingt auch die Tagesdosis mit zu erheben!

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	- Handelsnamen	QI
Methylphenidat	**Stimulanzien** ATC N06BA04	- Medikinet - Concerta - Ritalin	ADHS-007 ADHS-008 ADHS-009 ADHS-015 ADHS-017 ADHS-019 ADHS-027 ADHS-028 ADHS-029 ADHS-031 ADHS-032 AHDS-033 ADHS-035 ADHS-036 ADHS-037 ADHS-045 ADHS-047 ADHS-050

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	- Handelsnamen	QI
Dexamphetamin	**Stimulanzien** ATC N06BA02	- Attentin	ADHS-007 ADHS-008 ADHS-009 ADHS-015 ADHS-017 ADHS-019 ADHS-027 ADHS-028 ADHS-029 ADHS-031 ADHS-032 ADHS-033 ADHS-035 ADHS-036 ADHS-037 ADHS-045 ADHS-047 ADHS-050
Atomoxetin	**selektive Noradrenalin-Wiederaufnah-mehemmer** ATC N06BA09	- Strattera	ADHS-007 ADHS-008 ADHS-015 ADHS-019 ADHS-027 ADHS-032 ADHS-037 ADHS-050

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	- Handelsnamen	QI
Guanfacin	**Antisympathotonikum** ATC N06BA21	- Intuniv	ADHS-019 ADHS-027 ADHS-032 ADHS-037 ADHS-050
Risperidon	**Antipsychotika** ATC N05AX08	- Risperidal - Risocon - Risperidal Consta	ADHS-034 ADHS-050
Aripriprazol	**Antipsychotika** ATC N05AX12	- Abilify - Abilify Maintena	ADHS-034 ADHS-050
Quetiapin	**Antipsychotika** ATC N05AH04	- Seroquel - Sequase	ADHS-034 ADHS-050

3.3.1.2 Anpassung der medikamentösen Behandlung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Auslassversuch	- Medikament wird für eine bestimmte Zeit nicht eingenommen. - Entweder vom Arzt oder von Patienten/Familie selbst indiziert - Wird meistens in den Ferien gemacht		„In den Herbstferien keine Medikamente genommen“	ADHS-033
Absetzen der Medikation	Sofortiges Absetzen oder durch ausschleichen (Dosis immer weiter minimieren)			ADHS-035 ADHS-036

3.3.2 Nicht-medikamentöse Behandlung

Es geht hierbei um Therapien, die nicht (ausschließlich) durch eine medikamentöse Behandlung erfolgen. Dieses können Informations-, Aufklärungs- oder Beratungsgespräche sein, aber auch Psychotherapien.

Zusätzlich sollte mit angegeben werden, ob es sich um eine reine Psychotherapie, oder um eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Antidepressivum handelt. Sofern es sich um eine Kombinationstherapie handelt, ist unbedingt das verordnete Antidepressivum gesondert zu erheben.

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Selbsthilfegruppen	Gruppe zum Austausch über das Krankheitsbild und dem Umgang damit. Für Patienten und/oder deren Angehörige/Bezugspersonen. Bitte mit angeben, ob die Teilnahme an Selbsthilfegruppen lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob hieran tatsächlich daran teilgenommen wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	- Elterngruppe	- „Infoflyer über ADHS-Selbsthilfegruppen mitgegeben und Teilnahme hieran empfohlen“ - „Empfehlung zur Teilnahme an Selbsthilfegruppe XXX“ - „Die KM berichtet, dass sie zum ersten Mal die ADHS-Selbsthilfegruppe in XXX besucht hat.“	ADHS-018 ADHS-027 ADHS-037 ADHS-050
Psychotherapie	- Einzel- oder Gruppentherapie Bitte mit angeben, ob die Durchführung einer Psychotherapie lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich daran teilgenommen wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	- Verhaltenstherapie - Tiefenpsychologische Therapie - Psychoanalyse - Systemische Therapie	- Therapiebericht in der Akte - Überweisung zur Psychotherapie	ADHS-018 ADHS-027 ADHS-037 ADHS-043 ADHS-050

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI

Verhaltenstherapie	Die Verhaltenstherapie ist eine spezielle Form der Psychotherapie. Sie basiert auf dem Prinzip, dass ungünstige Verhaltensweisen und Denkmuster erlernt wurden und demnach auch wieder verlernt werden können Durch das Einüben neuer Verhaltens- und Denkweisen ist der Patient in der Verhaltenstherapie aktiv am Heilungsprozess beteiligt.
	Bitte mit angeben, ob die Durchführung einer Verhaltenstherapie lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich daran teilgenommen wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.
	Auch ist mit anzugeben, ob die Eltern/Sorgeberechtigten bei der Verhaltenstherapie mit einbezogen wurden oder nicht, bzw. ob dieses nicht in der Patientenakte angegeben wurde.
		- kognitive Verhaltenstherapie
		- EBM:
		  ○ 35421
		  ○ 35422
		  ○ 35425
		  ○ 35553
		  ○ 35554
		  ○ 35555
		  ○ 35556
		  ○ 35558
		  ○ 35559
			- Therapiebericht in der Akte
			- Überweisung zur (kognitiven) Verhaltenstherapie
				ADHS-039
				ADHS-040
				ADHS-050

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Maßnahmen der Jugendhilfe	Die Kinder- und Jugendhilfe fördert Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung und hilft jungen Erwachsenen in besonders schwierigen Situationen. Sie berät und unterstützt Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung ihrer Kinder. Bitte mit angeben, ob die Durchführung von Jugendhilfemaßnahmen lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich durchgeführt wurden. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	- Erziehungshilfe - Familienhelfer - Einzelfallhelfer - Familientherapie - Tagesgruppe - Wochengruppe - Kinder- und Jugendheim		ADHS-023 ADHS-027 ADHS-039 ADHS-042 ADHS-050
Institutionelle Betreuung	Kinderbetreuung: - Kindergarten - KiTa - Hausaufgabenbetreuung - Nachmittagsbetreuung - etc. Bitte mit angeben, ob eine institutionelle Betreuung lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich durchgeführt wurden. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	- Hort - Tagesgruppe		ADHS-039 ADHS-050

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Elterntraining	Strukturierte Programme, bei welchen Eltern (ohne oder gemeinsam mit Kindern) über das Krankheitsbild und den Umgang damit geschult werden Bitte mit angeben, ob die Durchführung eines Elterntraining lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob dieses tatsächlich durchgeführt wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	- THOP - Wackelpeter und Trotzkopf - TripleP - THAV - KES	„Elterntraining der AOK empfohlen“	ADHS-018 ADHS-021 ADHS-026 ADHS-027 ADHS-038 ADHS-039 ADHS-050
Psychoedukation	Aufklärung und Beratung des Betroffenen und seines sozialen Umfelds. U.a.: - Erklärung der Krankheitsentstehung und möglicher Risikofaktoren - Erläuterung und Besprechung der verschiedenen Therapiemöglichkeiten - Umgang mit krankheitsspezifischen Beeinträchtigungen Bitte mit angeben, ob die Durchführung einer Psychoedukation lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich durchgeführt wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.			ADHS-027 ADHS-041 ADHS-050

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Ergotherapie	Eine Ergotherapie dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie umfasst hierbei insbesondere Maßnahmen zum/zur - Verbesserung und Stabilisierung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbständigkeit in der Tagesstrukturierung - Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit - Verbesserung der kognitiven Funktionen Hiervon abzugrenzen sind Ergotherapien, die sich rein auf körperliche Funktionseinschränkungen (z.B. den Bewegungsapparat betreffend) beziehen. Bitte mit angeben, ob die Durchführung einer Ergotherapie lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich durchgeführt wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.		Überweisung Durchgeführt: Bericht des Ergotherapeuten - siehe - Abbildung 6, Seite xxxviii - siehe - Abbildung 7, Seite xxxix	ADHS-018 ADHS-027 ADHS-037

3.3.3 Behandlungsplan

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI

Behandlungsplan_allgemein	Es handelt sich hierbei um einen schriftlichen, individuell abgestimmten Behandlungsplan mit mindestens folgenden Inhalten:
	- genaue Anordnung über die Einnahme der Medikamente (falls zutreffend)
	- Therapieziele (z.B. Verbesserung der schulischen Leistungen, bessere Aufmerksamkeit in der Schule, etc.)
	  ○ inhaltlich definierte Therapieziele
	  ○ alltagsrelevante Therapieziele
	- Behandlungsform (z.B. Multimodal, Psychotherapie und/oder Medikamente, Elterntrainings, Jugendhilfe, etc.)
	- zeitlicher Ablaufplan
	- Anwesenheit von Bezugspersonen bei Gesprächsterminen
	Der Behandlungsplan muss in der Patientenakte vorliegen!
				ADHS-024
				ADHS-045
				ADHS-046
				ADHS-neu2

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Behandlungsplan_speziell	Neben den „allgemeinen Kriterien“ oben, gelten für den „speziellen Behandlungsplan“ zusätzlich folgende Kriterien: - muss gemeinsam mit Bezugspersonen entwickelt worden sein - Berücksichtigung der Stärken, Ressourcen und Bedürfnisse des Patienten und seiner Bezugspersonen Der Behandlungsplan muss in der Patientenakte vorliegen!			ADHS-neu2
Behandlungsplan ausgehändigt	Wurde der Behandlungsplan an die Eltern / Sorgeberechtigten ausgehändigt? Hier ist es ausreichend, wenn in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass der Behandlungsplan an die Eltern / Sorgeberechtigten ausgehändigt wurde.			ADHS-024

3.3.4 Informations-/Beratungsgespräche

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / Sorgeberechtigten bzw. dem Patienten zu unterschreiben. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung während eines vorangegangenen stationären Aufenthaltes eingeholt worden ist. Dieses wäre ebenfalls als „erfüllt“ anzusehen, sofern sich im Arztbrief / Krankenhausbericht ein entsprechender Hinweis hierauf befindet. In diesem Fall ist mit anzugeben, dass es sich um eine Leistung „Dritter“ gehandelt hat. (Beispiel, siehe Abbildung 5, Seite xxxvii)		siehe Abbildung 3, Seite xxxvi	ADHS-025

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI

Aufklärung über die Behandlungsdauer und Kriterien, die ein Absetzen der Medikation erforderlich machen	- Pharmakologischer Behandlungsplan (Medikamentenplan); genaue Anordnung über die Einnahme der Medikamente
	- Kriterien für ein Absetzen der Medikation
	  o Auftreten von Nebenwirkungen
	  o Verschlechterung der Blutwerte
	Die erfolgte (mündliche) Aufklärung muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Alternativ kann auch der Pharmakologische Behandlungsplan in der Patientenakte abgelegt sein.
				ADHS-047

Informationen über Diagnose	Erfolgte Aufklärung der Eltern/Sorgeberechtigten über die Diagnose - per Aufklärungsgespräch - per Mitgabe Info-Flyer Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.			ADHS-024
Besprechung Bedarf schulische Unterstützung	Klärung / Besprechung des Bedarfs an schulischer Unterstützung, wie z.B. - Nachhilfe - Förderhilfeunterricht - Schulwechsel auf Förder-/Sonderschule - Nachteilsausgleiche - Notenschutz	es kann auch ein entsprechender Hinweis im Arztbrief des behandelnden Arztes enthalten sein	„Zur Verbesserung der Rechtschreibleistung empfahlen wir eine Teilnahme an entsprechenden Förderangeboten der Schule.“ „Mit der Schule sollten darüber hinaus die Möglichkeiten für einen Nachteilsausgleich und einen Notenschutz besprochen werden.“	ADHS-023

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Einwilligung medikamentöse Behandlung	- muss in schriftlicher und unterschriebener Form vorliegen - für jeden neu verordneten Wirkstoff muss eine separate Einwilligungserklärung vorliegen - es handelt sich hierbei im Allgemeinen um vorgefertigte Formulare, in denen u.a. auch die entsprechenden unerwünschten Wirkungen enthalten (siehe 3.3.2, Seite 28) - Abbildung 3, Seite xxxvi) Mit zu erheben ist der Wirkstoff, für den die Einwilligung erteilt worden ist. Es besteht auch die Möglichkeit, dass das Einverständnis während eines vorangegangenen stationären Aufenthaltes eingeholt worden ist. Dieses wäre ebenfalls als „erfüllt“ anzusehen, sofern sich im Arztbrief / Krankenhausbericht ein entsprechender Hinweis hierauf befindet. In diesem Fall ist mit anzugeben, dass es sich um eine Leistung „Dritter“ gehandelt hat. (Beispiel, siehe Abbildung 5, Seite xxxvii)		siehe Abbildung 4, Seite xxxvii	ADHS-051 ADHS-025
Beratung Kindergarten/ Schule	- Beratung der Erzieher/innen/ Lehrkräfte/ Schulsozialarbeiter für den Umgang mit dem Patienten - In telefonischer oder persönlicher Form, ggf. mit therapeutischer Intervention.			ADHS-022

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Einmalige Beratung	Eine einmalige Beratung kann im Rahmen einer psychosozialen Intervention vom behandelnden Arzt angeboten werden. In erster Linie sollte es bei dieser Beratung um ein angemessenes Erziehungsverhalten von Eltern und Bezugspersonen gehen. In diesem Zusammenhang können weitere Interventionen angeboten werden, die auf eine Stärkung des Erziehungsverhaltens abzielen und eher präventiven Charakter haben. Darüber hinaus soll die Beratung auch das Verständnis der Eltern für die Symptomatik verbessert, ihr Erziehungsverhalten optimiert und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im häuslichen Umfeld vermindern. Bei älteren Patienten kann diesen auch selbst eine einmalige Beratung angeboten werden, bspw. bei Schulproblemen oder Problemen im häuslichen Umfeld.			ADHS-018 ADHS-037

3.4 Konsultationen

3.4.1 Kontrolltermine

Bei diesem Merkmal geht es um die Beurteilung, ob ein Patient in regelmäßigen Abständen den Arzt aufgesucht hat. Es ist hierbei zwischen „Erstvorstellung“ und „Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin“ zu unterscheiden.

Ein Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin dient in erster Linie einer Verlaufskontrolle (Verbesserung / Verschlechterung der Symptomatik), Besprechen der Medikation (Medikation beibehalten, Dosis verändern, anderer Wirkstoff, Nebenwirkungen), des Behandlungsplans und der schulischen Fortschritte (z.B. positive Rückmeldung von Lehrern, gute Noten, bessere Konzentrationsfähigkeit, etc.).

Das ausschließliche Ausstellen eines Medikamentenrezepts oder die Durchführung eines Elterntrainings o.ä. ist hier nicht als Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin zu berücksichtigen!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Erstvorstellungstermin	- Besprechung der Symptomatik - Erstdiagnostik - Besprechung der weiteren Vorgehensweise Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat.			ADHS-005
Besprechung schulischer Fortschritte	z.B. positive Rückmeldung von Lehrern, gute Noten, bessere Konzentrationsfähigkeit		„RM aus Schule: fokussierter, konzentrierter, selbstständiger, Sitzkreis in der Schule, ruhiger und ausführlicher (man kann besser folgen)“	ADHS-016
Besprechung Behandlungsplan	Besprechung der bisherigen Behandlung und ggf. zukünftige Änderungen/ Anpassungen		„weiter mit Medikinet retard 20mg“	ADHS-016

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin	- Verlaufskontrolle der Symptomatik (Verbesserung / Verschlechterung) - Besprechung Medikation (beibehalten, Dosis erhöhen / verringern, anderer Wirkstoff, Nebenwirkungen) - Besprechung Behandlungsplan (bisherige Behandlung und ggf. zukünftige Änderungen / Anpassungen) - Besprechung schulischer Fortschritte Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat. Zusätzlich ist anzugeben, ob dieser Termin nach Beendigung eines Behandlungsschrittes (Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) stattgefunden hat und um welchen Behandlungsschritt es sich gehandelt hat.		„Im Prinzip laufe alles gut. Werde immer selbstständiger. Möchte Aufgaben selbst machen. (..)“ „weiter mit Medikinet retard 20mg“ „RM aus Schule: fokussierter, konzentrierter, selbstständiger, Sitzkreis in der Schule, ruhiger und ausführlicher (man kann besser folgen)“	ADHS-016
Besprechung der Medikation			„weiter mit Medikinet retard 20mg“ „Mutter hat Dosis auf 20mg erhöht“ „morgens vor der Tablette nur 300ml Kakao“	ADHS-016

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Aufklärung Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Symptome möglicher Nebenwirkungen, siehe 3.4.2, Seite 43 Es muss in der Patientenakte entweder enthalten sein, - dass keine Nebenwirkungen auftreten / aufgetreten sind, oder - dass der Patient bzgl. etwaiger aufgetretener Symptome befragt wurde, bzw. diese im Rahmen der Eigen-/Fremdanamnese benannt hat - dass Patient bestimmte Symptome explizit beklagt, oder - der Arzt durch Untersuchung / Messung festgestellt hat, dass bestimmte Symptome aufgetreten sind (z.B. Erhöhung Blutdruck, Verminderung Körperwachstum, etc.) Sollten keine Nebenwirkungen aufgetreten sein, muss dieses explizit in der Patientenakte dokumentiert sein; ein fehlender Eintrag diesbezüglich kann nicht entsprechend interpretiert werden!		„Medikamente werden gut vertragen“	ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Verlaufskontrolle Symptomatik	Besprechung während des Kontrolltermins, ob sich die Symptomatik verändert (verbessert / verschlechtert) hat Es ist mit anzugeben, ob sich die Symptomatik „**verbessert**“, „**verschlechtert**“ oder „**nicht verändert**“ hat. Sollte sich hierauf kein Hinweis in der Patientenakte ergeben, ist entsprechend „**nicht angegeben**“ zu vermerken.		„Im Prinzip laufe alles gut. Werde immer selbstständiger. Möchte Aufgaben selbst machen. (..)“ „Tabletten – merke gar keinen Unterschied“ „z.Zt. keine Medis – merke keinen Unterschied“	ADHS-018 ADHS-019 ADHS-035

3.4.2 Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung

Merkmal	Definition	- Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Schlafprobleme	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie	- Schlafstörungen - Insomnie - Agrypnie - Hyposomnie - Hypersomnie - Schlafsucht - unruhiger Schlaf - schlechter Schlaf - Einschlafprobleme - Durchschlafprobleme		ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Übelkeit	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie	- Brechreiz - Schlechtsein - Nausea - Unwohlsein		ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Kopfschmerzen	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie	- Kopfschmerz - Kopfweh - Cephalgie - Kephalgie - Cephalaea - Zephalgie - Kephalagie		ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Abdominaler Schmerz	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie	- Bauschmerzen - Schmerzen im Abdomen - Leibschmerzen		ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Puls- und Blutdrucksteigerung	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie Für die Erfassung ist eine Blutdruck- und Pulsmessung notwendig (siehe 3.2.4.2, Seite 20)	-		ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036

Merkmal	Definition	- Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Wachstumsverlangsamung	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie Für die Erfassung ist die Messung der Körpergröße notwendig (siehe 3.2.4.2, Seite 20)	-		ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Appetitminderung	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie	- Appetitlosigkeit		ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036

3.5 Externe Kommunikation / Überweisung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Arztbrief an überweisenden Arzt mit Therapie- und Interventionsempfehlungen	Ausstellung nach der Diagnosestellung			ADHS-049
Arztbrief an überweisenden Arzt nach Verlaufskontrolle				ADHS-050
Überweisung Kardiologen	Zur Abklärung bei kardiologischen Auffälligkeiten vor Therapieeinleitung			ADHS-009
Überweisung zur psychiatrischen Beurteilung	zu einem Facharzt, z.B. - KJP - (teil-)stationär; auch Reha			ADHS-043
Überweisung zur psychologischen Beurteilung	- zu einem Psychologen			ADHS-043

4 Anhang

4.1 Indikatorenübersicht

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
ADHS-001	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und umfassend hinsichtlich mindestens zwei der folgenden Kriterien beurteilt wurden: - körperliche Gesundheit - Entwicklungsstand - psychische Gesundheit	3.2.2, Seite 10 3.2.4.1, Seite 20 3.2.4.2, Seite 20 3.2.4.3, Seite 23	KJP	Episode
ADHS-002	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und die umfassend untersucht wurden, einschließlich ihrer Bedürfnisse sowie familiärer, sozialer und schulischer Umstände.	3.2.2, Seite 10 3.2.3, Seite 17 3.2.4.2, Seite 20 3.2.4.3, Seite 23	KJP	Episode
ADHS-003	Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine ausführliche Familienanamnese, Eigenanamnese und biografische Anamnese und körperlich-neurologische Untersuchung durchgeführt und dokumentiert wurden.	3.2.2, Seite 10 3.2.4.2, Seite 20	alle	Patient
ADHS-004	Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine symptomorientierte Anamnese mittels eines (teil)strukturierten Interviews in Bezug auf mindestens zwei Lebensbereiche dokumentiert wurde.	3.2.2, Seite 10	alle	Episode
ADHS-005	Anteil Patienten mit ADHS, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab.	3.2.1.1, Seite 6 3.4.1, Seite 39	alle	Patient
ADHS-006	Anteil Patienten mit ADHS, deren Ausmaß der Beeinträchtigung durch Informationen aus mindestens zwei Quellen (z.B. Eltern/Sorgeberechtigte und Schule) erfragt wurde.	3.2.2, Seite 10	alle	Patient
ADHS-007	Anteil Patienten mit ADHS, bei denen vor der Behandlung mit Stimulanzien oder Atomoxetin Gewicht, Größe, Herzfrequenz und Blutdruck dokumentiert wurden.	3.2.4.2, Seite 20 3.3.1.1, Seite 25	PÄD KJP	Episode
ADHS-008	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien oder Atomoxetin verordnet bekamen, bei denen mindestens alle 6 Monate Gewicht, Größe, Herzfrequenz und Blutdruck dokumentiert wurden.	3.2.4.2, Seite 20 3.3.1.1, Seite 25	alle	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
ADHS-009	Anteil Patienten mit ADHS und auffälligen kardiovaskulären Symptomen, Befunden oder Krankenvorgeschichte, die vor Therapieeinleitung mit Stimulanzien an einen Kardiologen überwiesen wurden.	3.1.2, Seite 3 3.2.2, Seite 10 3.3.1.1, Seite 25 3.5, Seite 44	PÄD KJP	Episode
ADHS-010	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden.	3.2.4.2, Seite 20	alle	Patient
ADHS-011	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem Spezialisten vorstellten und auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden.	3.2.3, Seite 17 3.2.4.3, Seite 23	alle	Episode
ADHS-012	Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine diagnostische Abklärung mittels altersentsprechender, standardisierter, mehrdimensionaler Testverfahren (z.B. BUEVA, BUEGA) erfolgte.	3.2.3, Seite 17	KJP	Patient
ADHS-013	Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine ADHS-spezifische Fragebogendiagnostik anhand normierter Verfahren, in Bezug auf mindestens zwei unterschiedliche Lebenskontexte durchgeführt und dokumentiert wurde.	3.2.3, Seite 17	PÄD KJP	Patient
ADHS-014	Anteil Patienten ≥ 6 Jahre mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen ein mehrdimensionales Intelligenztestverfahren durchgeführt und dokumentiert wurde.	3.2.3, Seite 17	KJP	Patient
ADHS-015	Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte oder Lehrer kurz nach Beginn der medikamentösen Behandlung Follow-up-Ratingskalen ausgefüllt haben.	3.2.3, Seite 17 3.3.1.1, Seite 25	PÄD KJP	Episode
ADHS-016	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekamen und mindestens 2 Nachuntersuchungen pro Jahr dokumentiert wurden, die eine Besprechung der Medikation, schulischen Fortschritte und des Behandlungsplans umfassten.	3.4.1, Seite 39	alle	Patient
ADHS-017	Anteil Patienten mit ADHS und Medikation mit Stimulanzien, bei denen alle 6 Monate mögliche Nebenwirkungen dokumentiert wurden.	3.3.1.1, Seite 25 3.4.1, Seite 39 3.4.2, Seite 43	alle	Patient
ADHS-018	Anteil Patienten mit ADHS, denen Psychotherapie/psychosoziale Interventionen/Elterntraining empfohlen und alle 6 Monate eine Verlaufskontrolle der Symptomatik durchgeführt wurde.	3.3.2, Seite 28 3.3.4, Seite 35	alle	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
ADHS-019	Anteil Patienten mit ADHS, die während der Einleitungsphase einer medikamentösen Behandlung innerhalb von 14 Tagen auf Symptomreduktion und mögliche Nebenwirkungen untersucht oder diese erfragt wurden.	3.3.1.1, Seite 25 3.4.1, Seite 39 3.4.2, Seite 43	PÄD KJP	Episode
ADHS-020	Anteil Patienten mit ADHS und mindestens 5 dokumentierten ICD-10-Kriterien.	3.2.1.2.1, Seite 7 3.2.1.2.2, Seite 7 3.2.1.2.3, Seite 8	alle	Patient
ADHS-021	Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte ein ADHS-spezifisches Elterntraining empfohlen wurde.	3.3.2, Seite 28	alle	Patient
ADHS-022	Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, bei denen eine Beratung des extrafamiliären Bezugssystems (Kindergarten/Schule), ggf. mit therapeutischer Intervention in telefonischer oder persönlicher Form durchgeführt und dokumentiert wurde.	3.3.4, Seite 35	KJP	Patient
ADHS-023	Anteil Patienten mit ADHS, bei denen der Bedarf an schulischer Unterstützung und/oder Möglichkeiten der Erziehungshilfe mit den Eltern/Sorgeberechtigten/nahen Bezugspersonen besprochen und dokumentiert wurden.	3.3.2, Seite 28 3.3.4, Seite 35	KJP	Patient
ADHS-024	Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte Informationen über die Diagnose und den Behandlungsplan erhielten.	3.3.3, Seite 33 3.3.4, Seite 35	PÄD KJP	Patient
ADHS-025	Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte über mögliche unerwünschte Wirkungen einer medikamentösen Behandlung informiert wurden.	3.3.4, Seite 35	PÄD KJP	Episode
ADHS-026	Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, für die eine verhaltenstherapeutische Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten empfohlen und dokumentiert wurde.	3.3.2, Seite 28	alle	Patient
ADHS-027	Anteil Patienten mit ADHS, die psychologische, pharmakologische oder pädagogische Interventionen erhielten.	3.3.1.1, Seite 25 3.3.2, Seite 28	alle	Patient
ADHS-028	Anteil Patienten mit ADHS, die eine medikamentöse Behandlung benötigten und zunächst ein Stimulans verschrieben wurde.	3.3.1.1, Seite 25	PÄD KJP	Episode
ADHS-029	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verschrieben bekamen trotz kardiologischer Auffälligkeiten oder bekanntem Substanzmissbrauch bei Patient und/oder Eltern. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.1.2, Seite 3 3.2.2, Seite 10 3.3.1.1, Seite 25	PÄD KJP	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
ADHS-030	Anteil Patienten mit ADHS, die Atomoxetin verschrieben bekamen trotz kardiologischer Auffälligkeiten. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.1.2, Seite 3 3.2.2, Seite 10	PÄD KJP	Patient
ADHS-031	Anteil Patienten mit ADHS, deren Behandlung mit Stimulanzien von einem Hausarzt begonnen wurde. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.3.1.1, Seite 25	HA	Patient
ADHS-032	Anteil Patienten mit ADHS und Tourette-Syndrom oder Tic-Störung, denen bei einer Pharmakotherapie Stimulanzien oder alternativ Atomoxetin oder Guanfacin verordnet wurden.	3.1.2, Seite 3 3.3.1.1, Seite 25	PÄD KJP	Patient
ADHS-033	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekamen, bei denen einmal im Jahr ein Auslassversuch für mindestens 7 Tage dokumentiert wurde.	3.3.1.1, Seite 25 3.3.1.2, Seite 27	alle	Patient
ADHS-034	Anteil Patienten mit ADHS ohne psychiatrische Komorbidität oder hoher Impulsivität, denen Antipsychotika (z.B. Risperidon, Aripiprazol oder Quetiapin) verordnet wurden. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.2.1.1, Seite 6 3.3.1.1, Seite 25	alle	Patient
ADHS-035	Anteil Patienten mit ADHS, bei denen Stimulanzien ohne Anzeichen einer Verbesserung nach spätestens 8 Wochen abgesetzt wurden.	3.3.1.1, Seite 25 3.3.1.2, Seite 27 3.4.1, Seite 39	PÄD KJP	Episode
ADHS-036	Anteil Patienten mit ADHS, die unter Gabe von Stimulanzien unerwünschte Nebenwirkungen entwickeln und die Stimulanzienverordnung beendet wurde.	3.3.1.1, Seite 25 3.3.1.2, Seite 27 3.4.1, Seite 39 3.4.2, Seite 43	alle	Episode
ADHS-037	Anteil Patienten mit ADHS, die ohne vorangegangene bzw. gleichzeitige psychosoziale Intervention/Psychotherapie medikamentös behandelt wurden. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.3.1.1, Seite 25 3.3.2, Seite 28 3.3.4, Seite 35	alle	Patient
ADHS-038	Anteil Patienten < 6 Jahre mit neu gestellter ADHS-Diagnose, denen ein ADHS-spezifisches Unterstützungs-/Strukturierungsangebot empfohlen wurde.	3.3.2, Seite 28	alle	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
ADHS-039	Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose und SSV, bei denen längerfristige verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbezug der Eltern/Sorgeberechtigten, Familie und Bezugssysteme, ggf. auch Jugendhilfemaßnahmen, Gruppentherapien/soziales Gruppensetting oder eine institutionelle Betreuung zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens empfohlen und dokumentiert wurden.	3.1.2, Seite 3 3.3.2, Seite 28	alle	Patient
ADHS-040	Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, bei denen eine verhaltenstherapeutische Intervention empfohlen und dokumentiert wurde.	3.3.2, Seite 28	alle	Patient
ADHS-041	Anteil Patienten mit ADHS und Lernstörung, die eine psychoedukative Intervention erhielten.	3.1.2, Seite 3 3.3.2, Seite 28	alle	Patient
ADHS-042	Anteil Patienten mit ADHS, die Maßnahmen der Jugendhilfe in Anspruch genommen haben.	3.3.2, Seite 28	alle	Patient
ADHS-043	Anteil Patienten mit ADHS und komorbider Störung, die eine Psychotherapie und/oder eine psychiatrische oder psychologische Beurteilung erhalten haben oder dafür zu einem Facharzt oder Psychologen überwiesen wurden.	3.1.2, Seite 3 3.2.2, Seite 10 3.2.4.3, Seite 23 3.3.2, Seite 28 3.5, Seite 44	alle	Patient
ADHS-044	Anteil Patienten mit ADHS, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem generischen oder ADHS-spezifischen Instrument erfasst wurde.	3.2.3, Seite 17	alle	Patient
ADHS-045	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekommen und zuvor einen Zeitplan für Wiedervorstellungen zur Verlaufskontrolle erhielten.	3.3.1.1, Seite 25 3.3.3, Seite 33	PÄD KJP	Episode
ADHS-046	Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, denen ein individueller Behandlungsplan mit inhaltlich definierten, alltagsrelevanten Therapiezielen ausgestellt und dokumentiert wurde.	3.3.3, Seite 33	PÄD KJP	Patient
ADHS-047	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekommen und mit denen zuvor die Dauer der Behandlung und die Kriterien, die ein Absetzen der Medikation erforderlich machen, erörtert wurden.	3.3.1.1, Seite 25 3.3.4, Seite 35	PÄD KJP	Episode
ADHS-049	Anteil Patienten mit ADHS, für die im Arztbrief nach Erstdiagnose an den überweisenden Arzt Therapie- und Interventionsempfehlungen formuliert und dokumentiert wurden.	3.5, Seite 44	KJP	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
ADHS-050	Anteil Patienten mit ADHS und eingeleiteter therapeutischer Maßnahme, bei denen im Anschluss an eine Verlaufskontrolle ein Arztbrief an den überweisenden Arzt versandt wurde.	3.3.1.1, Seite 25 3.3.2, Seite 28 3.5, Seite 44	KJP	Konsultation
ADHS-051	Anteil Patienten mit ADHS, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten eingeholt wurde.	3.3.4, Seite 35	PÄD KJP	Episode
ADHS-neu1	Anteil Patienten mit ADHS, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekte der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden: - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese - frühkindliche Betreuungssituation und -qualität - Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung - Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung - sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen - Freizeitverhalten - Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	3.2.2, Seite 10	alle	Patient
ADHS-neu2	Anteil Patienten mit ADHS, die einen gemeinsam mit ihren Eltern/ Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt.	3.3.3, Seite 33	alle	Patient

4.2 Merkmalsübersicht

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Abdominaler Schmerz	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie	3.4.2, Seite 43	ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Abklärung Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Kontrolltermine	Symptome möglicher Nebenwirkungen, siehe 3.4.2, Seite 43 Es muss in der Patientenakte entweder enthalten sein, - dass keine Nebenwirkungen auftreten / aufgetreten sind, oder - dass der Patient bzgl. etwaiger aufgetretener Symptome befragt wurde, bzw. diese im Rahmen der Eigen-/Fremdanamnese benannt hat - dass Patient bestimmte Symptome explizit beklagt, oder - der Arzt durch Untersuchung / Messung festgestellt hat, dass bestimmte Symptome aufgetreten sind (z.B. Erhöhung Blutdruck, Verminderung Körperwachstum, etc.) Sollten keine Nebenwirkungen aufgetreten sein, muss dieses explizit in der Patientenakte dokumentiert sein; ein fehlender Eintrag diesbezüglich kann nicht entsprechend interpretiert werden!	3.4.1, Seite 39	ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Absetzen der Medikation	Anpassung der medikamentösen Behandlung	Sofortiges Absetzen oder durch ausschleichen (Dosis immer weiter minimieren)	3.3.1.2, Seite 27	ADHS-035 ADHS-036
AID 2	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-014

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Appetitminderung	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie	3.4.2, Seite 43	ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Aripriprazol	Medikamente	- Abilify - Abilify Maintena	3.3.1.1, Seite 25	ADHS-034 ADHS-050
Arztbrief an überweisenden Arzt mit Therapie- und Interventionsempfehlungen	externe Kommunikation	Ausstellung nach der Diagnosestellung	3.5, Seite 44	ADHS-049
Arztbrief an überweisenden Arzt nach Verlaufskontrolle	externe Kommunikation		3.5, Seite 44	ADHS-050
Atomoxetin	Medikamente	- Strattera	3.3.1.1, Seite 25	ADHS-007 ADHS-008 ADHS-015 ADHS-019 ADHS-027 ADHS-032 ADHS-037 ADHS-050

Aufklärung über die Behandlungsdauer und Kriterien, die ein Absetzen der Medikation erforderlich machen	Informations-/Beratungsgespräche	- Pharmakologischer Behandlungsplan (Medikamentenplan); genaue Anordnung über die Einnahme der Medikamente
		- Kriterien für ein Absetzen der Medikation
		  ○ Auftreten von Nebenwirkungen
		  ○ Verschlechterung der Blutwerte
		Die erfolgte (mündliche) Aufklärung muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Alternativ kann auch der Pharmakologische Behandlungsplan in der Patientenakte abgelegt sein.
			3.3.4, Seite 35	ADHS-047

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung	Informations-/Beratungsgespräche	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / dem Patienten zu unterschreiben. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren. Es besteht auch die Möglichkeit, dass die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung während eines vorangegangenen stationären Aufenthaltes eingeholt worden ist. Dieses wäre ebenfalls als „erfüllt“ anzusehen, sofern sich im Arztbrief / Krankenhausbericht ein entsprechender Hinweis hierauf befindet. In diesem Fall ist mit anzugeben, dass es sich um eine Leistung „Dritter“ gehandelt hat. (Beispiel, siehe Abbildung 5, Seite xxxvii)	3.3.4, Seite 35	ADHS-025
Auslassversuch	Anpassung der medikamentösen Behandlung	- Medikament wird für eine bestimmte Zeit nicht eingenommen. - Entweder vom Arzt oder von Patienten/Familie selbst indiziert - Wird meistens in den Ferien gemacht	3.3.1.2, Seite 27	ADHS-033
BDI	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 17	ADHS-011
Behandlungsplan ausgehändigt	Behandlungsplan	Wurde der Behandlungsplan an die Eltern / Sorgeberechtigten ausgehändigt? Hier ist es ausreichend, wenn in der Patientenakte dokumentiert wurde, dass der Behandlungsplan an die Eltern / Sorgeberechtigten ausgehändigt wurde.	3.3.3, Seite 33	ADHS-024

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI

Behandlungsplan_allgemein	Behandlungsplan	Es handelt sich hierbei um einen schriftlichen, individuell abgestimmten Behandlungsplan mit mindestens folgenden Inhalten:
		- genaue Anordnung über die Einnahme der Medikamente (falls zutreffend)
		- Therapieziele (z.B. Verbesserung der schulischen Leistungen, bessere Aufmerksamkeit in der Schule, etc.)
		  ○ inhaltlich definierte Therapieziele
		  ○ alltagsrelevante Therapieziele
		- Behandlungsform (z.B. Multimodal, Psychotherapie und/oder Medikamente, Elterntrainings, Jugendhilfe, etc.)
		- zeitlicher Ablaufplan
		- Anwesenheit von Bezugspersonen bei Gesprächsterminen
		Der Behandlungsplan muss in der Patientenakte vorliegen!
			3.3.3, Seite 33	ADHS-024
				ADHS-045
				ADHS-046
				ADHS-neu2

Behandlungsplan_speziell	Behandlungsplan	Neben den „allgemeinen Kriterien“ oben, gelten für den „speziellen Behandlungsplan“ zusätzlich folgende Kriterien: - muss gemeinsam mit Bezugspersonen entwickelt worden sein - Berücksichtigung der Stärken, Ressourcen und Bedürfnisse des Patienten und seiner Bezugspersonen Der Behandlungsplan muss in der Patientenakte vorliegen!	3.3.3, Seite 33	ADHS-neu2
Beratung Kindergarten/ Schule	Informations-/Beratungsgespräche	- Beratung der Erzieher/innen/ Lehrkräfte/ Schulsozialarbeiter für den Umgang mit dem Patienten In telefonischer oder persönlicher Form, ggf. mit therapeutischer Intervention.	3.3.4, Seite 35	ADHS-022

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Besprechung Bedarf schulische Unterstützung	Informations-/Beratungsgespräche	Klärung / Besprechung des Bedarfs an schulischer Unterstützung, wie z.B. - Nachhilfe - Förderhilfeunterricht - Schulwechsel auf Förder-/Sonderschule - Nachteilsausgleiche Notenschutz	3.3.4, Seite 35	ADHS-023
Besprechung Behandlungsplan	Kontrolltermine	Besprechung der bisherigen Behandlung und ggf. zukünftige Änderungen/ Anpassungen	3.4.1, Seite 39	ADHS-016
Besprechung der Medikation	Kontrolltermine		3.4.1, Seite 39	ADHS-016
Besprechung schulischer Fortschritte	Kontrolltermine	z.B. positive Rückmeldung von Lehrern, gute Noten, bessere Konzentrationsfähigkeit	3.4.1, Seite 39	ADHS-016
Bewegung in unpassenden Situationen	Diagnostische Symptome - Hyperaktivität	Die Kinder laufen häufig herum oder klettern exzessiv in Situationen, in denen dies unpassend ist	3.2.1.2.1, Seite 7	ADHS-020
Biografische Anamnese	Anamnesen	Die biographische Anamnese erfasst u.a. Familienstand, Beruf und Freizeitaktivitäten sowie besondere biografische Erlebnisse	3.2.2, Seite 10	ADHS-003
Blutdruck	Körperliche Untersuchung	Der Blutdruck in mmHg mit dem systolischen und dem diastolischen Wert muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch den festgestellten Blutdruck entsprechend mit erheben!	3.2.4.2, Seite 20	ADHS-001 ADHS-002 ADHS-007 ADHS-008
BUEGA	Erhebungsinstrumente	ADHS-Testverfahren	3.2.3, Seite 17	ADHS-012 ADHS-013
BUEVA	Erhebungsinstrumente	ADHS-Testverfahren	3.2.3, Seite 17	ADHS-012 ADHS-013
CBCL	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 17	ADHS-011

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
cft 1-r	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-002 ADHS-014
CFt-1	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-002 ADHS-014
cft-20	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-002 ADHS-014
cft-20r	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-002 ADHS-014
CONNERS	Erhebungsinstrumente	ADHS-Testverfahren Follow-up Ratingskalen	3.2.3, Seite 17	ADHS-012 ADHS-013 ADHS-015
Dexamphetamin	Medikamente	- Attentin	3.3.1.1, Seite 25	ADHS-007 ADHS-008 ADHS-009 ADHS-015 ADHS-017 ADHS-019 ADHS-027 ADHS-028 ADHS-029 ADHS-031 ADHS-032 ADHS-033 ADHS-035 ADHS-036 ADHS-037 ADHS-045 ADHS-047 ADHS-050

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
DIKJ	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 17	ADHS-011
DISABKID	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 17	ADHS-044
DISYPS	Erhebungsinstrumente	ADHS-Testverfahren Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 17	ADHS-011 ADHS-012 ADHS-013
Eigenanamnese	Anamnesen	Die Eigenanamnese umfasst alles, was der Patient selbst (oder dessen Eltern / Sorgeberechtigten) über seine eigene Krankheitsgeschichte berichtet.	3.2.2, Seite 10	ADHS-002 ADHS-003 ADHS-011 ADHS-043
Einmalige Beratung	Informations-/Beratungsgespräche	Eine einmalige Beratung kann im Rahmen einer psychosozialen Intervention vom behandelnden Arzt angeboten werden. In erster Linie sollte es bei dieser Beratung um ein angemessenes Erziehungsverhalten von Eltern und Bezugspersonen gehen. In diesem Zusammenhang können weitere Interventionen angeboten werden, die auf eine Stärkung des Erziehungsverhaltens abzielen und eher präventiven Charakter haben. Darüber hinaus soll die Beratung auch das Verständnis der Eltern für die Symptomatik verbessert, ihr Erziehungsverhalten optimiert und expansive Verhaltensprobleme einschließlich der ADHS-Symptome sowie psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im häuslichen Umfeld vermindern. Bei älteren Patienten kann diesen auch selbst eine einmalige Beratung angeboten werden, bspw. bei Schulproblemen oder Problemen im häuslichen Umfeld.	3.3.4, Seite 35	ADHS-018 ADHS-037

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Einwilligung medikamentöse Behandlung	Informations-/Beratungsgespräche	- muss in schriftlicher und unterschriebener Form vorliegen - für jeden neu verordneten Wirkstoff muss eine separate Einwilligungserklärung vorliegen - es handelt sich hierbei im Allgemeinen um vorgefertigte Formulare, in denen u.a. auch die entsprechenden unerwünschten Wirkungen enthalten (siehe 3.3.2; Seite 28) - Abbildung 3, Seite xxxvi) Mit zu erheben ist der Wirkstoff, für den die Einwilligung erteilt worden ist. Es besteht auch die Möglichkeit, dass das Einverständnis während eines vorangegangenen stationären Aufenthaltes eingeholt worden ist. Dieses wäre ebenfalls als „erfüllt“ anzusehen, sofern sich im Arztbrief / Krankenhausbericht ein entsprechender Hinweis hierauf befindet. In diesem Fall ist mit anzugeben, dass es sich um eine Leistung „Dritter“ gehandelt hat. (Beispiel, siehe Abbildung 5, Seite xxxvii)	3.3.4, Seite 35	ADHS-051 ADHS-025
Elterntraining	Nicht-medikamentöse Behandlung	Strukturierte Programme, bei welchen Eltern (ohne oder gemeinsam mit Kindern) über das Krankheitsbild und den Umgang damit geschult werden Bitte mit angeben, ob die Durchführung eines Elterntraining lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob dieses tatsächlich durchgeführt wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	3.3.2, Seite 28	ADHS-018 ADHS-021 ADHS-026 ADHS-027 ADHS-038 ADHS-039 ADHS-050

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung	Anamnesen	- Eingewöhnungsphase → trennungsängstlich? - Umgang mit anderen Kindern/ Erziehern/ Lehrern	3.2.2, Seite 10	ADHS-neu1
Entwicklungsstand	Entwicklungsstand	- Körperliche Entwicklung, Wachstum, Pubertät - Sozioemotional (Kontakte mit gleichaltrigen, Emotionen regulierbar, etc.) - Intelligenz	3.2.4.1, Seite 20	ADHS-001

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Ergotherapie	Nicht-medikamentöse Behandlung	Eine Ergotherapie dient der gezielten Therapie krankheitsbedingter Störungen der psychosozialen und sozioemotionalen Funktionen und den daraus resultierenden Fähigkeitsstörungen. Sie umfasst hierbei insbesondere Maßnahmen zum/zur - Verbesserung und Stabilisierung der psychischen Grundleistungsfunktionen wie Antrieb, Motivation, Belastbarkeit, Ausdauer, Flexibilität und Selbständigkeit in der Tagesstrukturierung - Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, auch der sozioemotionalen Kompetenz und Interaktionsfähigkeit - Verbesserung der kognitiven Funktionen - Verbesserung der psychischen Stabilisierung und des Selbstvertrauens Hiervon abzugrenzen sind Ergotherapien, die sich rein auf körperliche Funktionseinschränkungen (z.B. den Bewegungsapparat betreffend) beziehen. Bitte mit angeben, ob die Durchführung einer Ergotherapie lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich durchgeführt wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	3.3.2, Seite 28	ADHS-018 ADHS-027 ADHS-037
Erstvorstellungstermin	Kontrolltermine	- Besprechung der Symptomatik - Erstdiagnostik - Besprechung der weiteren Vorgehensweise Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat.	3.4.1, Seite 39	ADHS-005

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
EuroQoL-5D-Youth	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 17	ADHS-044
Familiäre, soziale und schulische Umstände	Anamnesen	- z.B. Migrationshintergrund, Großfamilie, Alleinerziehende Eltern - z.B. Wohngegend, Beruf und Einkommen der Eltern, Bildung der Eltern, Freizeit z.B. Form der Schule, Leistungen in der Schule	3.2.2, Seite 10	ADHS-002
Familienanamnese	Anamnesen	In der Familienanamnese geht es darum, Krankheiten innerhalb der Familie festzustellen.	3.2.2, Seite 10	ADHS-002 ADHS-003 ADHS-043
FBB-ADHS	Erhebungsinstrumente	ADHS-Testverfahren Follow-up-Ratingskalen	3.2.3, Seite 17	ADHS-012 ADHS-013 ADHS-015
Freizeitverhalten	Anamnesen	- Hobbies - Freunde treffen - zeitliche Faktor	3.2.2, Seite 10	ADHS-neu1

Frühkindliche Betreuungssituation und -qualität	Anamnesen	- Gab es feste oder wechselnde Bezugs- bzw. Betreuungspersonen?
		- Wie war die familiäre Situation (z.B. alleinerziehende Eltern)?
		- Wie war die Betreuungssituation tagsüber (Krippe, Kindergarten, Tagesmutter, zu Hause)?
		- Gab es ein stabiles Umfeld zu Hause?
		  ○ fehlende Unterstützung der Eltern
		  ○ Überforderung der Eltern
		  ○ Misshandlungen
			3.2.2, Seite 10	ADHS-neu1

Geburtsanamnese	Anamnesen	Befragung der Mutter zur Geburt	3.2.2, Seite 10	ADHS-neu1

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Geringe Aufmerksamkeitsspanne	Diagnostische Symptome - Unaufmerksamkeit	Die Kinder häufig nicht in der Lage, die Aufmerksamkeit bei Aufgaben und beim Spielen aufrecht zu erhalten	3.2.1.2.3, Seite 8	ADHS-020
Gewicht	Körperliche Untersuchung	Das Gewicht in kg oder g muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch das festgestellte Gewicht entsprechend mit erheben!	3.2.4.2, Seite 20	ADHS-001 ADHS-002 ADHS-007 ADHS-008
Größe	Körperliche Untersuchung	Die Körpergröße in cm oder m muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellte Größe entsprechend mit erheben!	3.2.4.2, Seite 20	ADHS-002 ADHS-007 ADHS-008
Guanfacin	Medikamente	- Intuniv	3.3.1.1, Seite 25	ADHS-015 ADHS-019 ADHS-027 ADHS-032 ADHS-037 ADHS-050
Häufig abgelenkt	Diagnostische Symptome - Unaufmerksamkeit	Die Kinder werden häufig von externen Stimuli abgelenkt	3.2.1.2.3, Seite 8	ADHS-020
Häufige Sorgfaltsfehler	Diagnostische Symptome - Unaufmerksamkeit	Die Kinder häufig unaufmerksam gegenüber Details oder machen Sorgfaltsfehler bei den Schularbeiten und sonstigen Arbeiten und Aktivitäten	3.2.1.2.3, Seite 8	ADHS-020
Häufiger Verlust von Gegenständen	Diagnostische Symptome - Unaufmerksamkeit	Die Kinder verlieren häufig Gegenstände, die für bestimmte Aufgaben wichtig sind, z. B. für Schularbeiten, Bleistifte, Bücher, Spielsachen und Werkzeuge	3.2.1.2.3, Seite 8	ADHS-020
Häufiges rumfuchteln	Diagnostische Symptome - Hyperaktivität	Die Kinder fuchteln häufig mit Händen und Füßen oder winden sich auf den Sitzen	3.2.1.2.1, Seite 7	ADHS-020

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
HAWIK	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-002 ADHS-014
HAWIVA-IV	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-002 ADHS-014
Herzfrequenz	Körperliche Untersuchung	Die Herzfrequenz in „Herzschlägen pro Minute“ oder der Puls müssen in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellten „Herzschläge pro Minute“ / den festgestellten Puls entsprechend mit erheben!	3.2.4.2, Seite 20	ADHS-001 ADHS-002 ADHS-007 ADHS-008
Hören häufig nicht, was ihnen gesagt wird	Diagnostische Symptome - Unaufmerksamkeit	Die Kinder hören häufig scheinbar nicht, was ihnen gesagt wird	3.2.1.2.3, Seite 8	ADHS-020
Hyperaktivität	Leitsymptome	Von der gesellschaftlichen Norm abweichende, gesteigerte motorische oder innere Unruhe	3.2.1.1, Seite 6	ADHS-005
ILK	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 17	ADHS-044
Impulsivität	Leitsymptome	Verhalten bzw. Persönlichkeitsmerkmal, bei dem als Reaktion auf verschiedene Impulse oder motivationale Zustände schnell Handlungen ausgeführt werden, ohne dass vorher die Reaktion geplant und durchdacht wurde.	3.2.1.1, Seite 6	ADHS-005 ADHS-034
Informationen über Diagnose	Informations-/Beratungsgespräche	Erfolgte Aufklärung der Eltern/Sorgeberechtigten über die Diagnose - per Aufklärungsgespräch - per Mitgabe Info-Flyer Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.4, Seite 35	ADHS-024

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Institutionelle Betreuung	Nicht-medikamentöse Behandlung	Kinderbetreuung: - Kindergarten - KiTa - Hausaufgabenbetreuung - Nachmittagsbetreuung - etc. Bitte mit angeben, ob eine institutionelle Betreuung lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich durchgeführt wurden. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	3.3.2, Seite 28	ADHS-039 ADHS-050
IST-2000 R	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-002 ADHS-014
K-ABC 2	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-002 ADHS-014
Kardiovaskuläre Diagnosen **Plötzlicher Herztod in der Familie**	Anamnesen	Abzufragen über die Familienanamnese plötzlicher Herztod bei Verwandten in erster Linie)	3.2.2, Seite 10	ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen **Hypertonie**	Anamnesen	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	3.2.2, Seite 10	ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen **Hypotonie**	Anamnesen	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	3.2.2, Seite 10	ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen **Herzrhythmusstörungen**	Anamnesen	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	3.2.2, Seite 10	ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Kardiovaskuläre Diagnosen **Herzfehlbildungen**	Anamnesen	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	3.2.2, Seite 10	ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen **Herzschwäche**	Anamnesen	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	3.2.2, Seite 10	ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen **Herzklappenfehler**	Anamnesen	Abzufragen über die Eigenanamnese / Patientenfragebogen	3.2.2, Seite 10	ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
Kardiovaskuläre Diagnosen	weitere relevante Diagnosen	- Bluthochdruck/Hypertonie - Zu niedriger Blutdruck/Hypotonie - Herzrythmusstörungen - Herzklappenfehler - Herzschwäche - Herzfehlbildungen Wenn möglich auch vor dem Beobachtungszeitraum nachsehen, oder externe Dokumente nach entsprechenden Diagnosen durchsuchen.	3.1.2, Seite 3	ADHS-009 ADHS-029 ADHS-030
KIDSCREEN-52	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 17	ADHS-044
KINDL	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 17	ADHS-044
KINDL-R	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 17	ADHS-044

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Komorbide psychische Störungen	weitere relevante Diagnosen	Hierunter sind sämtliche psychischen Erkrankungen zu verstehen, die im ICD unter das Kapitel F „Psychische und Verhaltensstörungen“ fallen. Sollte eine komorbide psychische Störung erst im Rahmen der psychischen Komorbiditätsuntersuchung (siehe 3.2.4.3, Seite 23) festgestellt werden, ist dieses mit dem hier genannten Merkmal zusätzlich zu erheben.	3.1.2, Seite 3	ADHS-043
Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin	Kontrolltermine	- Verlaufskontrolle der Symptomatik (Verbesserung / Verschlechterung) - Besprechung Medikation (beibehalten, Dosis erhöhen / verringern, anderer Wirkstoff, Nebenwirkungen) - Besprechung Behandlungsplan (bisherige Behandlung und ggf. zukünftige Änderungen / Anpassungen) - Besprechung schulischer Fortschritte Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat. Zusätzlich ist anzugeben, ob dieser Termin nach Beendigung eines Behandlungsschrittes (Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) stattgefunden hat und um welchen Behandlungsschritt es sich gehandelt hat.	3.4.1, Seite 39	ADHS-016
Kopfschmerzen	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie	3.4.2, Seite 43	ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Lernstörung	weitere relevante Diagnosen	- Lesestörung - Rechtschreibstörung - Rechenstörung - Legasthenie	3.1.2, Seite 3	ADHS-041

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Maßnahmen der Jugendhilfe	Nicht-medikamentöse Behandlung	Die Kinder- und Jugendhilfe fördert Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung und hilft jungen Erwachsenen in besonders schwierigen Situationen. Sie berät und unterstützt Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung ihrer Kinder. Bitte mit angeben, ob die Durchführung von Jugendhilfemaßnahmen lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich durchgeführt wurden. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	3.3.2, Seite 28	ADHS-023 ADHS-027 ADHS-039 ADHS-042 ADHS-050
Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung	Anamnesen	- Erfassung von bisherigen Entwicklungsschritten - Fremdanamnese durch Eltern - Abgedeckt durch U-Untersuchungen (U-Heft)	3.2.2, Seite 10	ADHS-neu1

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Methylphenidat	Medikamente	- Medikinet - Concerta - Ritalin	3.3.1.1, Seite 25	ADHS-007 ADHS-008 ADHS-009 ADHS-015 ADHS-017 ADHS-019 ADHS-027 ADHS-028 ADHS-029 ADHS-031 ADHS-032 AHDS-033 ADHS-035 ADHS-036 ADHS-037 ADHS-045 ADHS-047 ADHS-050
Motorische Aktivität nicht von außen beeinflussbar	Diagnostische Symptome - Hyperaktivität	Die Kinder zeigen ein anhaltendes Muster exzessiver motorischer Aktivitäten, die durch den sozialen Kontext oder Verbote nicht durchgreifend beeinflussbar sind	3.2.1.2.1, Seite 7	ADHS-020

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Neurologische Untersuchung	Körperliche Untersuchung	- Körperlich-neurologische Untersuchung der / des ○ Reflexe (z.B. Testung der Muskeldehnungsreflexe, pathologischen Reflexe) ○ Hirnnerven (z.B. Untersuchung mit EEG) ○ Gleichgewichtssinn / Koordination (z.B. Tretversuch, Zeigeversuch, Romberg-Versuch, Gang, Stand) ○ Koordination (z.B. Finger-Nase-Versuch) ○ groben Kraft (z.B. Bewegung der Arme oder Beine gegen einen Widerstand)	3.2.4.2, Seite 20	ADHS-002 ADHS-003
PedsQLTM4.0	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 17	ADHS-044
Phoki	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 17	ADHS-011
Psychoedukation	Nicht-medikamentöse Behandlung	Aufklärung und Beratung des Betroffenen und seines sozialen Umfelds. U.a.: - Erklärung der Krankheitsentstehung und möglicher Risikofaktoren - Erläuterung und Besprechung der verschiedenen Therapiemöglichkeiten - Umgang mit krankheitsspezifischen Beeinträchtigungen Bitte mit angeben, ob die Durchführung einer Psychoedukation lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich durchgeführt wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	3.3.2, Seite 28	ADHS-027 ADHS-041 ADHS-050

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Psychologische Beurteilung	Psychische Untersuchung	Gesamtbeurteilung von psychologischen Kriterien im Rahmen eines psychologischen Befundes / Gutachtens, z.B. - Überprüfung kognitive Leistungsfähigkeit - Testpsychologische Untersuchungen von Patient, Bezugspersonen - Beurteilung Arbeitsverhalten und Konzentrationsfähigkeit - Beurteilung sozioemotionale Kompetenz und Interaktionsfähigkeit	3.2.4.3, Seite 23	ADHS-043
Psychopathologischer Befund	Psychische Untersuchung	Erhebung eines psychopathologischen Befundes (PPB), der Informationen zu - Orientierung - Affekt - Antrieb - Denken - Suizidalität enthält. Der PPB fasst hierbei die Ergebnisse einer psychiatrischen Untersuchung zu den genannten Teilbereichen zusammen und bildet die Grundlage für diagnostische Entscheidungen sowie therapeutischen Maßnahmen. Zusätzlich ist anzugeben, ob eine komorbide psychische Störung festgestellt wurde. Wenn auch angegeben ist, welche komorbide Störung festgestellt wurde, ist diese als weitere relevante Diagnose (siehe 3.1.2, Seite 3) zu erfassen.	3.2.4.3, Seite 23	ADHS-001 ADHS-002 ADHS-011 ADHS-043

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Psychotherapie	Nicht-medikamentöse Behandlung	- Einzel- oder Gruppentherapie Bitte mit angeben, ob die Durchführung einer Psychotherapie lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich daran teilgenommen wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	3.3.2, Seite 28	ADHS-018 ADHS-027 ADHS-037 ADHS-043 ADHS-050
Puls- und Blutdrucksteigerung	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie Für die Erfassung ist eine Blutdruck- und Pulsmessung notwendig (siehe 3.2.4.2, Seite 20)	3.4.2, Seite 43	ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Quetiapin	Medikamente	- Seroquel - Sequase	3.3.1.1, Seite 25	ADHS-034 ADHS-050
Raven APM	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-002 ADHS-014
Risperidon	Medikamente	- Risperidal - Risocon - Risperidal Consta	3.3.1.1, Seite 25	ADHS-034 ADHS-050
Schlafprobleme	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie	3.4.2, Seite 43	ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Schwangerschaftsanamnese	Anamnesen	Befragung der Mutter zur Schwangerschaft	3.2.2, Seite 10	ADHS-neu1
Schwierigkeiten Aktivitäten zu organisieren	Diagnostische Symptome - Unaufmerksamkeit	Die Kinder sind häufig beeinträchtigt, Aufgaben und Aktivitäten zu organisieren	3.2.1.2.3, Seite 8	ADHS-020
Schwierigkeiten Aufgaben zu erfüllen	Diagnostische Symptome - Unaufmerksamkeit	Die Kinder können oft Erklärungen nicht folgen oder ihre Schularbeiten, Aufgaben oder Pflichten nicht erfüllen	3.2.1.2.3, Seite 8	ADHS-020

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Schwierigkeiten ausreden zu lassen	Diagnostische Symptome - Impulsivität	Die Kinder platzen häufig mit der Antwort heraus, bevor die Frage beendet ist	3.2.1.2.2, Seite 7	ADHS-020
Schwierigkeiten zu warten	Diagnostische Symptome - Impulsivität	Die Kinder können häufig nicht in einer Reihe stehen oder warten, bis sie bei Spielen oder in Gruppensituationen an die Reihe kommen.	3.2.1.2.2, Seite 7	ADHS-020
SDQ	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 17	ADHS-011
Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	Anamnesen	Vorstellung des Patienten über die eigene Person. Hier geht es explizit um die Eigenanamnese des Patienten.	3.2.2, Seite 10	ADHS-neu1
Selbsthilfegruppen	Nicht-medikamentöse Behandlung	Gruppe zum Austausch über das Krankheitsbild und dem Umgang damit. Für Patienten und/oder deren Angehörige/Bezugspersonen. Bitte mit angeben, ob die Teilnahme an Selbsthilfegruppen lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob hieran tatsächlich daran teilgenommen wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.	3.3.2, Seite 28	ADHS-018 ADHS-027 ADHS-037 ADHS-050
sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen	Anamnesen	z.B. - Pubertät - Geschlechtsidentität (welchem Geschlecht fühlen sich die Patienten zugehörig?) - Freundschaftliche Beziehungen - engerer Freundeskreis/ Vertrauenspersonen - romantische Beziehung	3.2.2, Seite 10	ADHS-neu1
Spaik	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 17	ADHS-011

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Stören von anderen	Diagnostische Symptome - Impulsivität	Die Kinder unterbrechen und stören andere häufig	3.2.1.2.2, Seite 7	ADHS-020
Störung des Sozialverhaltens	weitere relevante Diagnosen	Eine Störung des Sozialverhaltens bedeutet, dass Kinder oder Jugendliche ein andauerndes oder sich wiederholendes Muster von dissozialem, aggressivem oder aufsässigem Verhalten zeigen. Es ist schwerwiegender als kindlicher Unfug oder jugendliche Aufmüpfigkeit.	3.1.2, Seite 3	ADHS-039
Substanzmissbrauch	weitere relevante Diagnosen	- Alkoholmissbrauch - Drogenmissbrauch - Medikamentenmissbrauch (z.B. Benzodiazepine und deren Analoga (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon), Opiate und Opioide, Kopfschmerz- und Migränemittel) Sollte in der Akte ein Substanzmissbrauch der Eltern dokumentiert sein, ist dieser auch zu erheben (siehe 3.2.2, Seite 10)	3.1.2, Seite 3	ADHS-029
Substanzmissbrauch bei Eltern	Anamnesen	Zu erfragen über Familienanamnese: - Alkoholmissbrauch - Drogenmissbrauch - Medikamentenmissbrauch (z.B. Benzodiazepine und deren Analoga (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon), Opiate und Opioide, Kopfschmerz- und Migränemittel)	3.2.2, Seite 10	ADHS-029

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Symptomorientierte Anamnese	Anamnesen	Befragung hinsichtlich Beginn und Verlauf der Symptomatik zu allen drei Leitsymptomen (siehe 3.2.1.1, Seite 6) mittels (teil-)strukturierten Interview: - Hyperaktivität - Impulsivität - Unaufmerksamkeit Zusätzlich ist das Ausmaß der Beeinträchtigung bezogen auf unterschiedliche Lebensbereiche abzufragen. Es ist mit anzugeben, auf welchen Lebensbereich (z.B. familiärer Lebensbereich, Schule / KiTa, Freundeskreis, etc.) sich die symptomorientierte Anamnese bezieht. Sofern sich die Symptomorientierte Anamnese auf unterschiedliche Lebensbereiche bezieht, ist je Lebensbereich das Merkmal entsprechend einmal zu erfassen.	3.2.2, Seite 10	ADHS-002 ADHS-004 ADHS-006
Tic-Störung	weitere relevante Diagnosen	- Vorübergehende Tic-Störungen: meistens in Form von Blinzeln, Grimassieren oder Kopfschütteln - Vokale Tic-Störungen - Chronische Störung: motorische oder vokale Tics länger als ein Jahr anhaltend - Kombinierte vokale und multiple Störung (Tourettesyndrom): mehrere motorische und mind. ein vokaler Tic	3.1.2, Seite 3	ADHS-032
Übelkeit	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie	3.4.2, Seite 43	ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
Übermäßig vieles Reden	Diagnostische Symptome - Impulsivität	Die Kinder reden häufig exzessiv ohne angemessen auf soziale Beschränkungen zu reagieren	3.2.1.2.2, Seite 7	ADHS-020
Überweisung Kardiologen	externe Kommunikation	Zur Abklärung bei kardiologischen Auffälligkeiten vor Therapieeinleitung	3.5, Seite 44	ADHS-009

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Überweisung zur psychiatrischen Beurteilung	externe Kommunikation	- zu einem Facharzt, z.B. ○ KJP ○ (teil-)stationär; auch Reha	3.5, Seite 44	ADHS-043
Überweisung zur psychologischen Beurteilung	externe Kommunikation	zu einem Psychologen	3.5, Seite 44	ADHS-043
ULQIE	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 17	ADHS-044
Unaufmerksamkeit	Leitsymptome	Fehlende Aufmerksamkeit, mit der Folge von Flüchtigkeitsfehlern, vorzeitigem Abbruch von Tätigkeiten oder widerwilligem Ausführen.	3.2.1.1, Seite 6	ADHS-005
Unnötige Lautstärke beim Spielen	Diagnostische Symptome - Hyperaktivität	Die Kinder sind häufig unnötig laut beim Spielen oder haben Schwierigkeiten bei leisen Freizeitbeschäftigungen	3.2.1.2.1, Seite 7	ADHS-020
Untersuchung auf körperliche Begleiterkrankungen	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung - Anamnese weiterer Erkrankungen - Arztbrief / Überweisung - (Patienten-)Fragebogen (z.B. Aufnahmebogen)	3.2.4.2, Seite 20	ADHS-001 ADHS-002 ADHS-010
Untersuchung der Lunge	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung der Lunge durch ○ Abhorchen (Atem- und Nebengeräusche) ○ Beurteilung von Atmung und Auswurf ○ Röntgen der Lunge	3.2.4.2, Seite 20	ADHS-001 ADHS-002
Untersuchung des Abdomens	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung des Abdomens durch ○ Abhorchen (Darmgeräusche) ○ Abtasten (Leber, Milz, Nieren)	3.2.4.2, Seite 20	ADHS-001 ADHS-002
Untersuchung des Herzens	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung des Herzens durch ○ Abhorchen ○ EKG Bitte auch mit erheben, wenn auffällige Untersuchungsergebnisse dokumentiert wurden (z.B. auffälliges EKG)	3.2.4.2, Seite 20	ADHS-001 ADHS-002

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Vergesslichkeit bei alltäglichen Aktivitäten	Diagnostische Symptome - Unaufmerksamkeit	Die Kinder sind im Verlauf der alltäglichen Aktivitäten oft vergesslich	3.2.1.2.3, Seite 8	ADHS-020
Verhaltenstherapie	Nicht-medikamentöse Behandlung	Die Verhaltenstherapie ist eine spezielle Form der Psychotherapie. Sie basiert auf dem Prinzip, dass ungünstige Verhaltensweisen und Denkmuster erlernt wurden und demnach auch wieder verlernt werden können Durch das Einüben neuer Verhaltens- und Denkweisen ist der Patient in der Verhaltenstherapie aktiv am Heilungsprozess beteiligt. Bitte mit angeben, ob die Durchführung einer Verhaltenstherapie lediglich angeboten / empfohlen wurde oder ob diese tatsächlich daran teilgenommen wurde. Ist hierzu in der Akte nichts vermerkt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben. Auch ist mit anzugeben, ob die Eltern/Sorgeberechtigten bei der Verhaltenstherapie mit einbezogen wurden oder nicht, bzw. ob dieses nicht in der Patientenakte angegeben wurde.	3.3.2, Seite 28	ADHS-039 ADHS-040 ADHS-050
Verlassen häufig ihren Platz	Diagnostische Symptome - Hyperaktivität	Die Kinder verlassen ihren Platz im Klassenraum oder in anderen Situationen, in denen Sitzenbleiben erwartet wird	3.2.1.2.1, Seite 7	ADHS-020
Verlaufskontrolle Symptomatik	Kontrolltermine	Besprechung während des Kontrolltermins, ob sich die Symptomatik verändert (verbessert / verschlechtert) hat Es ist mit anzugeben, ob sich die Symptomatik „**verbessert**“, „**verschlechtert**“ oder „**nicht verändert**“ hat. Sollte sich hierauf kein Hinweis in der Patientenakte ergeben, ist entsprechend „**nicht angegeben**“ zu vermerken.	3.4.1, Seite 39	ADHS-018 ADHS-019 ADHS-035

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Vermeidung von Aufgaben mit geistigem Durchhaltevermögen	Diagnostische Symptome - Unaufmerksamkeit	Die Kinder vermeiden häufig ungeliebte Arbeiten, wie Hausaufgaben, die geistiges Durchhaltevermögen erfordern	3.2.1.2.3, Seite 8	ADHS-020
Wachstumsverlangsamung	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung bei medikamentöser Therapie **Für die Erfassung ist die Messung der Körpergröße notwendig (siehe 3.2.4.2, Seite 20)**	3.4.2, Seite 43	ADHS-017 ADHS-019 ADHS-036
WISC-V	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 17	ADHS-002 ADHS-014
YSR	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 17	ADHS-011

4.3 Medikamente | Handelsnamen

4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Aripriprazol	N05AX12	Antipsychotika	Abilify
Aripriprazol	N05AX12	Antipsychotika	Abilify Maintena
Atomoxetin	N06BA09	selektive Noradre-nalin-Wiederauf-nahmehemmer	Strattera
Dexamphetamin	N06BA02	Stimulanzien	Attentin
Guanfacin	N06BA21	Antisympathotoni-kum	Intuniv
Methylphenidat	N06BA04	Stimulanzien	Concerta
Methylphenidat	N06BA04	Stimulanzien	Medikinet
Methylphenidat	N06BA04	Stimulanzien	Ritalin
Quetiapin	N05AH04	Antipsychotika	Sequase
Quetiapin	N05AH04	Antipsychotika	Seroquel
Risperidon	N05AX08	Antipsychotika	Risocon
Risperidon	N05AX08	Antipsychotika	Risperidal
Risperidon	N05AX08	Antipsychotika	Risperidal Consta

4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Abilify	Aripriprazol	N05AX12	Antipsychotika
Abilify Maintena	Aripriprazol	N05AX12	Antipsychotika
Attentin	Dexamphetamin	N06BA02	Stimulanzien
Concerta	Methylphenidat	N06BA04	Stimulanzien
Intuniv	Guanfacin	N06BA21	Antisympathotonikum
Medikinet	Methylphenidat	N06BA04	Stimulanzien
Risocon	Risperidon	N05AX08	Antipsychotika
Risperidal	Risperidon	N05AX08	Antipsychotika
Risperidal Consta	Risperidon	N05AX08	Antipsychotika
Ritalin	Methylphenidat	N06BA04	Stimulanzien
Sequase	Quetiapin	N05AH04	Antipsychotika
Seroquel	Quetiapin	N05AH04	Antipsychotika
Strattera	Atomoxetin	N06BA09	selektive Noradrenalin-Wie-deraufnahmehemmer

4.4 Abbildungen

Psychologischer Befund vom 01.11.2019, [redacted], Marc (*13.07.2009)
Alter zum Untersuchungszeitpunkt: 10;3
Erhoben von Frau C. [redacted] (Pädagogin, M.A.)

Zur Überprüfung der kognitiven Leistungsfähigkeit wurde mit Marc der Wechsler Intelligenztest für Kinder und Jugendliche (**WISC-V**) durchgeführt. Hierbei erzielte er ein Gesamtergebnis im oberen Drittel des Durchschnittsbereichs bei leicht heterogenem Leistungsprofil. Während Marc in den Kategorien "Sprachverständnis", "Visuell-Räumliche Verarbeitung" und "Arbeitsgedächtnis" Ergebnisse im oberen Drittel des Durchschnittsbereichs erzielte, erreichte er in der Kategorie "Fluides Schlussfolgern" Ergebnisse im Grenzbereich zwischen durchschnittlichem und überdurchschnittlichem Bereich und in der Kategorie "Verarbeitungsgeschwindigkeit" Ergebnisse im überdurchschnittlichen Bereich.

Der Kindsmutter wurde zudem der Fremdbeurteilungsbogen ADHS (**FBB-ADHS**) aus dem Diagnostik-System für Psychische Störungen für Kinder und Jugendliche (**DISYPS-III**) vorgelegt. Hier gaben sie in dem Bereich "Unaufmerksamkeit" weit überdurchschnittlich ausgeprägte Auffälligkeiten an.

Abbildung 1: Psychologischer Befund mit Ergebnis Intelligenztest und weiterer Testungen

Kurzbericht

Ergebnisse

[redacted], Max [redacted], geboren am 21.12.2010, wurde am 22.8.2018 mit dem Intelligenzdiagnostikum Hamburg - Wechsler - Intelligenztest für Kinder, Version IV (HAWIK-IV) getestet. Das Testalter betrug zum Testzeitpunkt 7 Jahre und 8 Monat(e).

Dabei wurden die folgenden Ergebnisse erzielt:

- **Sprachverständnis (SV)**: Der Index Sprachverständnis erfasst die sprachliche Begriffsbildung, das sprachliche Schlussfolgern und das erworbene Wissen. [redacted], Max [redacted] erzielte in diesem Index einen unterdurchschnittlichen IQ-Wert von 87 (90.0% Vertrauensintervall: 82 - 93). Dieses Ergebnis entspricht einem Prozentrang von 19,3.

- **Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken (WLD)**: Der Index Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken besteht aus Untertests, die Wahrnehmungsorganisation und logisches Denken messen. [redacted], Max [redacted] erzielte in diesem Index einen überdurchschnittlichen IQ-Wert von 115 (90.0% Vertrauensintervall: 108 - 120). Dieses Ergebnis entspricht einem Prozentrang von 84,1.

- **Arbeitsgedächtnis (AGD)**: Der Index Arbeitsgedächtnis erfasst Aufmerksamkeit, Konzentration und Arbeitsgedächtnis. [redacted], Max [redacted] erzielte in diesem Index einen überdurchschnittlichen IQ-Wert von 114 (90.0% Vertrauensintervall: 106 - 119). Dieses Ergebnis entspricht einem Prozentrang von 82,5.

- **Verarbeitungsgeschwindigkeit (VG)**: Im Index Verarbeitungsgeschwindigkeit wird die Geschwindigkeit der mentalen und grafomotorischen Verarbeitung gemessen. [redacted] Max [redacted] erzielte in diesem Index einen durchschnittlichen IQ-Wert von 91 (90.0% Vertrauensintervall: 84 - 100). Dieses Ergebnis entspricht einem Prozentrang von 27,4.

- **Gesamt (G)**: Der Gesamt-IQ ist die umfassende Bewertung der intellektuellen Leistungsfähigkeit. [redacted], Max [redacted] erzielte in diesem Index einen durchschnittlichen IQ-Wert von 101 (90.0% Vertrauensintervall: 97 - 105). Dieses Ergebnis entspricht einem Prozentrang von 52,7.

Abbildung 2: Ergebnisbericht Testung Intelligenz

Aufklärungsbogen zum Beratungsgespräch bzgl. einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva

Was sind Antidepressiva?

Antidepressiva sind Psychopharmaka, die bei sehr unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden.
Bei Depressionen und bei anderen psychischen Krankheiten, die mit einem Mangel an Freude, Schwung und Initiative einhergehen, wirken sie angstlösend, hellen die gedrückte Stimmung auf und fördern den Antrieb.
Manche Antidepressiva mildern die Symptome von Angst- und Zwangskrankheiten ab.
Bei chronischen Schmerzkrankheiten lindern manche Antidepressiva Schmerzzustände, die mit üblichen Schmerzmitteln nur kurzfristig oder überhaupt nicht beeinflusst werden können.

Die verschiedenen Antidepressiva:

Sie unterscheiden sich in ihrem chemischen Aufbau, den Wirkungen und Nebenwirkungen voneinander. Welches Medikament geeignet ist, hängt vor allem von der Schwere der Erkrankung und von der Verträglichkeit des jeweiligen Antidepressivums ab. Um Nebenwirkungen abzumildern, werden die meisten Antidepressiva „einschleichend" dosiert, d.h., die Dosis wird innerhalb von 1–2 Wochen allmählich gesteigert.
Bei Therapieende sollten alle Antidepressiva langsam, d.h. innerhalb mehrerer Wochen, abgesetzt werden. Bei abruptem Beenden der Einnahme können Absetzerscheinungen auftreten. Diese sind vor allem bei reinen Serotoninwiederaufnahmehemmern beschrieben worden, kommen aber auch bei anderen Antidepressiva vor. Typische Absetzerscheinungen sind Kreislaufbeschwerden, Schwindel oder Empfindungen, die sich wie leichte Stromschläge anfühlen. Es kann auch zu Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Durchfall, Verstopfung oder anderen körperlichen Symptomen kommen. Stimmungsschwankungen, Unruhe und Suizidgedanken sind ebenfalls möglich. Diese Symptome sind unangenehm, aber nicht gefährlich und lassen sich durch Einnahme der ursprünglichen Dosis unterbrechen. Manchmal ist dann ein langsames Absetzen über Wochen oder Monate erforderlich.

1. Reine Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI):
   Z.B. Fluoxetin, Citalopram, Escitalopram, Sertralin. Wirken bei Depressionen sowie bei Angst- und Zwangserkrankungen. Sie haben keine beruhigende oder schlaffördernde Wirkung.
2. Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)
   Z.B. Venlafaxin, Duloxetin
3. Andere Antidepressiva
   Manche dieser Medikamente helfen auch bei Unruhe und Schlafstörungen. Zu diesen Substanzen gehören z.B. Agomelatin, Mirtazapin.
4. Johanniskrautpräparate
   Diese Medikamente sind nur für leichte Depressionen zugelassen, ihre Wirkung ist nur durch wenige Untersuchungen belegt.

Behandlungsalternativen

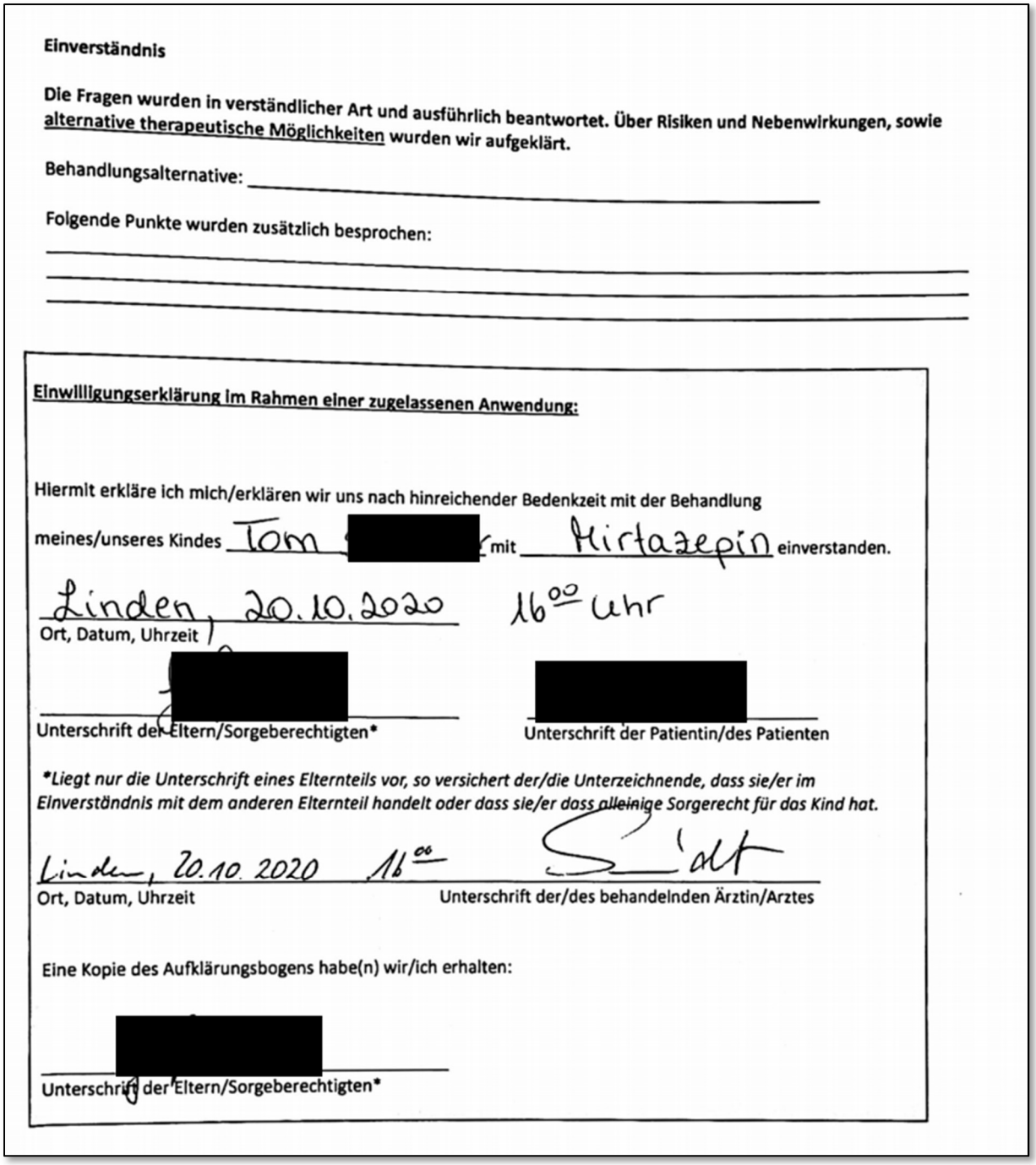
Unipolare Depressionen können mit guten Erfolgsaussichten psychotherapeutisch behandelt werden. Hierfür muss in der Regel ein Behandlungsantrag bei der Krankenkasse gestellt werden. Wartezeiten sind dabei meist nicht zu vermeiden. Fragen Sie Ihren Arzt, ob er Ihnen eine solche Behandlung empfiehlt.
Als medikamentöse Alternativen stehen trizyklische Antidepressiva zur Verfügung. Sie gehören zu den am längsten eingesetzten Psychopharmaka. Bei der Behandlung sehr schwerer Depressionen sind manche dieser Medikamente anderen Substanzen überlegen. Allerdings haben sie, vor allem bei älteren Menschen, ausgeprägte Nebenwirkungen. Eine weitere Alternative für die Behandlung schwerer Depressionen ist die Elektrokonvulsionstherapie (EKT). Hierfür ist ein gesondertes Informationsblatt erhältlich.

Einnahmezeitpunkt

Die Medikamente werden wie folgt eingenommen:

- **Reine Serotonin-Wiederaufnahmehemmer**: morgens
- **Venlafaxin** : morgens und mittags
- **Duloxetin** : morgens
- **Agomelatin** : abends
- **Mirtazapin** : abends
- **Johanniskrautpräparate**: zweimal täglich (morgens und abends)

Abbildung 3: Beispiel "Aufklärungsbogen zum Beratungsgespräch bzw. einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva"



Einverständnis

Die Fragen wurden in verständlicher Art und ausführlich beantwortet. Über Risiken und Nebenwirkungen, sowie alternative therapeutische Möglichkeiten wurden wir aufgeklärt.

Behandlungsalternative: _____

Folgende Punkte wurden zusätzlich besprochen:

_____

_____

_____

Einwilligungserklärung im Rahmen einer zugelassenen Anwendung:

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns nach hinreichender Bedenkzeit mit der Behandlung meines/unseres Kindes Tom [redacted] mit Mirtazepin einverstanden.

Linden, 20.10.2020 16⁰⁰ Uhr
Ort, Datum, Uhrzeit

[redacted]
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten*

[redacted]
Unterschrift der Patientin/des Patienten

*Liegt nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er dass alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Linden, 20.10.2020 16⁰⁰ [redacted]
Ort, Datum, Uhrzeit Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes

Eine Kopie des Aufklärungsbogens habe(n) wir/ich erhalten:

[redacted]
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten*

Abbildung 4: Beispiel Einverständniserklärung Behandlung mit Antidepressiva

Wir besprachen den aus unserer Sicht sinnvollen Medikationsversuch mit einem Methylphenidat-Präparat und klärten schriftlich über mögliche Nebenwirkungen auf. Der Großvater übermittelte den schriftlichen Bogen an den sorgeberechtigten Vater von Carina und brachte ihn vom Vater unterschrieben zu uns zurück. Daraufhin starteten wir im Einverständnis der Familie einen Medikationsversuch mit Methylphenidat. Wir händigten der Familie hierfür einen Dosierungsplan aus. Wir besprachen den Beginn der Dosierung mit 2,5 mg unretardiertem Methylphenidat und eine Steigerung nach einer Woche auf 5 mg retardiertes Methylphenidat (Medikinet retard®).

Abbildung 5: Auszug Arztbrief nach stationärem Aufenthalt zu dem Einverständnis medikamentöse Behandlung (CA_26.09.2012)

[redacted]

Praxis für Ergotherapie

Therapeutinnen für Sensorische Integrationstherapie und Aufmerksamkeits- und Selbstregulationsstörungen (DVE)

[redacted]

Patient: [redacted], Tobias
geb. am: 14.12.09
Diagnose: EMI

Bericht des Therapeuten an den verordnenden Arzt

Die Behandlung wurde vom 13.12.19 bis 28.2.19 durchgeführt.

Behandlung gemäß Verordnung vom 13.12.19 (Ausstellungsdatum).

Therapieziele:

alltagsbezogen: Eltern möchten das Tobias sich besser an Regeln hält. Tobias soll seine HA zu einer bestimmten Zeit und in einer bestimmten Zeit erledigen.

auf den beruflichen/ schulischen/ sozialen Kontext bezogen: In der Schule soll sich Tobias an die Regeln halten und auch an die Aufgabenstellung. Tobias soll lernen gleich zu starten und zu arbeiten bis er fertig ist.

davon bereits erreichte Ziele: Zuhause kann sich Tobias besser an die Vereinbarung halten und erledigt die HA zügiger. In der Schule hält er sich besser an die Arbeitsanweisung.

Stand der Therapie (aktueller Befund) im Hinblick auf die Therapieziele:

Tobias hat eine deutliche Hyperempfindung in der taktilen Wahrnehmung. Es fällt im schwer auditive Aufgaben zu fixieren und sich somit nicht zu konzentrieren. Jedoch hat er schon einige Strategien gelernt wie er es besser steuern kann. Die Mutter wünscht sich zu lernen wie sie Tobias besser unterstützen kann.

Therapiefähigkeit: (persönliche Ressourcen, Unterstützung im Familienkreis, Motivation)

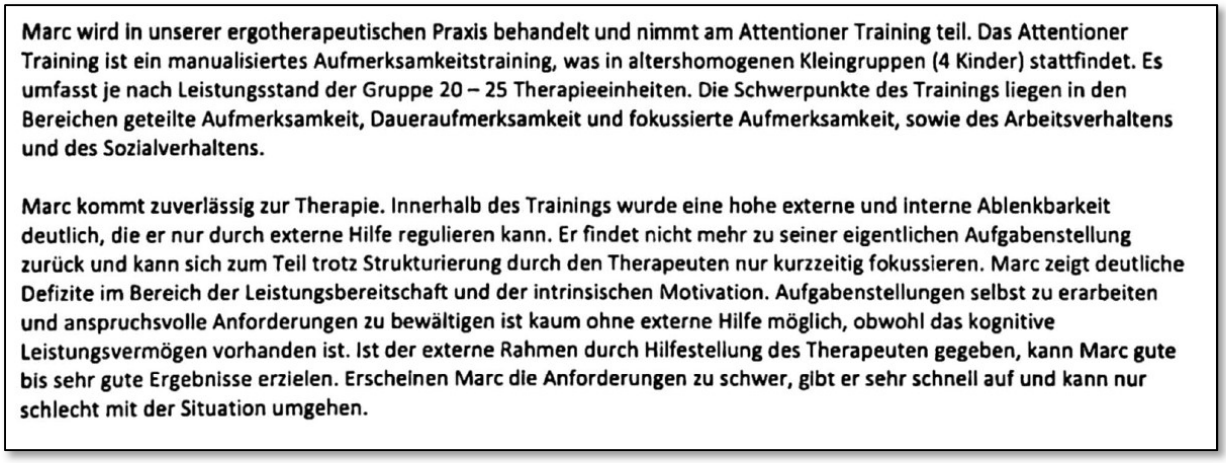
Es hat in der Schule und zwei weitere Elterngespräche stattgefunden.

Behandlungsabbruch am _____ nach ___ Therapieeinheiten wegen:

Fortsetzung der Therapie empfohlen: (Ja) **Nein**

Prognostische Einschätzung: zur weiteren Stabilisierung und Erweiterung der oben genannten Ziele

Abbildung 6: Bericht des Ergotherapeuten



Marc wird in unserer ergotherapeutischen Praxis behandelt und nimmt am Attentioner Training teil. Das Attentioner Training ist ein manualisiertes Aufmerksamkeitstraining, was in altershomogenen Kleingruppen (4 Kinder) stattfindet. Es umfasst je nach Leistungsstand der Gruppe 20 – 25 Therapieeinheiten. Die Schwerpunkte des Trainings liegen in den Bereichen geteilte Aufmerksamkeit, Daueraufmerksamkeit und fokussierte Aufmerksamkeit, sowie des Arbeitsverhaltens und des Sozialverhaltens.

Marc kommt zuverlässig zur Therapie. Innerhalb des Trainings wurde eine hohe externe und interne Ablenkbarkeit deutlich, die er nur durch externe Hilfe regulieren kann. Er findet nicht mehr zu seiner eigentlichen Aufgabenstellung zurück und kann sich zum Teil trotz Strukturierung durch den Therapeuten nur kurzzeitig fokussieren. Marc zeigt deutliche Defizite im Bereich der Leistungsbereitschaft und der intrinsischen Motivation. Aufgabenstellungen selbst zu erarbeiten und anspruchsvolle Anforderungen zu bewältigen ist kaum ohne externe Hilfe möglich, obwohl das kognitive Leistungsvermögen vorhanden ist. Ist der externe Rahmen durch Hilfestellung des Therapeuten gegeben, kann Marc gute bis sehr gute Ergebnisse erzielen. Erscheinen Marc die Anforderungen zu schwer, gibt er sehr schnell auf und kann nur schlecht mit der Situation umgehen.

Abbildung 7: Bericht des Ergotherapeuten

Psychologischer Befund:

(erhoben von Fr. [redacted] (Sozialpädagogin) am 22.09. und 12.10.2020)
Während der testpsychologischen Untersuchung schien Carina motiviert und arbeitete aufgrund einer hohen Strukturierung der Untersuchungssituation kooperativ mit. Carina zeigte von Beginn an eine motorische Unruhe. Ihre Konzentration war schwankend, weshalb sie während der Untersuchungssituation mehrere Pausen benötigte. Im Kontakt war Carina freundlich, offen und auskunftsbereit. Während der Untersuchungssituation war sie sehr redebedürftig und ließ sich dahingehend nur schwer begrenzen. Während der testpsychologischen Untersuchung schien sie ausgeglichen gestimmt.
Zur Beurteilung der allgemeinen kognitiven Leistungsfähigkeit wurde mit Carina der Wechsler-Intelligenztest für Kinder (**WISC-V**) durchgeführt. Sie erreichte im Vergleich zu Gleichaltrigen ein Gesamtergebnis im unteren Durchschnittsbereich. In den Bereichen Sprachverständnis und fluides Schlussfolgern lagen ihre Ergebnisse im unteren Durchschnittsbereich. In den Bereichen Arbeitsgedächtnis und Verarbeitungsgeschwindigkeit lagen ihre Ergebnisse auf der Grenze zwischen durchschnittlichem und unterdurchschnittlichem Bereich. Im Bereich visuell-räumliche Verarbeitung lag ihr Ergebnis auf der Grenze vom unterdurchschnittlichen zum weit unterdurchschnittlichen Bereich.
Im Junior Temperament- und Charakter Inventar (**JTCI 7-11R**) beschrieb der Großvater Carina als bequem-pragmatisch. Im Depressions-Inventar für Kinder und Jugendliche (**DIKJ**) und im Bereichsspezifischen Angstfragebogen für Kinder und Jugendliche (**BAK-K**) schilderte Carina keine klinisch relevanten Auffälligkeiten. Einschränkend ist zu erwähnen, dass der BAK für Kinder ab neun Jahren normiert ist. Im semiprojektiven Satzergänzungstest nach Rotter (**SET**) thematisierte Carina den Wunsch nach sozialen Kontakten.

[redacted] 20.09.2012, W

Im Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (**CBCL/6-18R**) gab Carinas Großvater Auffälligkeiten im Sinne einer externalisierenden Verhaltensstörung mit grenzwertig ausgeprägtem aggressivem Verhalten an. Darüber hinaus beschrieb er Aufmerksamkeitsprobleme. Im Conners Fragebogen zu Aufmerksamkeit und Verhalten (**C3-L**) gab er in den Symptomskalen Auffälligkeiten in den Kriterien einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung an. In den Inhaltsskalen beschrieb er Unaufmerksamkeit und Probleme in der Handlungsplanung. Darüber hinaus gab er grenzwertig ausgeprägte Hyperaktivität/Impulsivität und Lernprobleme an. Im Bereichsspezifischem Angstfragebogen für Kinder und Jugendliche (**BAK-E**) gab er keine klinisch relevanten Auffälligkeiten an. Eine vollständige Interpretation des Fragebogens ist aufgrund von fehlenden Angaben und der Normierung ab neun Jahren nur bedingt möglich.
Im Lehrerfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen (**TRF/6-18R**) gab Carinas Lehrerin grenzwertig ausgeprägte Unaufmerksamkeit an. Im Conners Fragebogen zu Aufmerksamkeit und Verhalten (**C3-L**) beschrieb sie in den Symptomskalen grenzwertig ausgeprägte Auffälligkeiten in den Kriterien einer Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung. In den Inhaltsskalen beschrieb sie Unaufmerksamkeit, Probleme in der Handlungsplanung und Lernprobleme.
Insgesamt handelt es sich bei Carina um ein kognitiv im unteren Durchschnittsbereich begabtes Mädchen. Im Rahmen der psychologischen Diagnostik wurden übereinstimmend eine Aufmerksamkeitsproblematik, Probleme in der Handlungsplanung und Lernprobleme beschrieben.

Abbildung 8: externer psychologischer Befund

Stand:
15. Juni 2022

Handbuch Erfassung Patientenakte

DEPRESSION

QualiPäd

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis i
2 Vorwort / Einleitung 1
3 Erhebungsmerkmale 1
3.1 Diagnosen 1
3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen 1
3.1.2 Weitere relevante Diagnosen 2
3.2 Diagnostik 4
3.2.1 Symptome 4
3.2.2 Bestimmung Funktionsniveau 11
3.2.2.1 Grad der Remission 12
3.2.3 Selbstgefährdung / Suizid 13
3.2.4 Anamnesen 15
3.2.5 Erhebungsinstrumente 18
3.2.6 Medizinische Untersuchung 23
3.2.6.1 Körperliche Untersuchung 23
3.2.6.2 Psychische Untersuchung 25
3.3 Behandlung / Therapie 26
3.3.1 Behandlungssetting 26
3.3.2 Medikamentöse Behandlung 27
3.3.3 Nicht-medikamentöse Behandlung 32
3.3.4 Behandlungsplan 33
3.3.5 Informations-/Beratungsgespräche 35
3.4 Konsultationen 38
3.4.1 Kontrolltermine 38
3.4.2 Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung 40
3.5 Externe Kommunikation 43
4 Anhang i
4.1 Indikatorenübersicht i
4.2 Merkmalsübersicht vi
4.3 Medikamente | Handelsnamen xxxiv
4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff xxxiv
4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen xxxvi
4.4 Abbildungen xl

2 Vorwort / Einleitung

Aus medizinischer Sicht ist die Depression eine ernste Erkrankung, die das Denken, Fühlen und Handeln der Betroffenen tiefgehend beeinflussen, mit Störungen von Hirn- und anderen Körperfunktionen einhergehen und erhebliches Leiden verursachen kann.

Mögliche Anzeichen einer Depression können

- eine anhaltende gedrückte Stimmung,
- eine Hemmung von Antrieb und Denken
- Interessenverlust, sowie vielfältige körperliche Symptome, wie
    - Schlaflosigkeit
    - Appetitstörungen
    - Schmerzzustände

sein.

Im Wesentlichen wird zwischen einer „depressiven Episode“ (ICD F32.-) und einer „rezidivierenden depressiven Störung“ (ICD F33.-) sowie jeweils einer entsprechenden Klassifizierung nach Schweregrad unterschieden.

3 Erhebungsmerkmale

3.1 Diagnosen

3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen

Für QualiPäd sind die folgenden ICD-10-Diagnosen relevant:

ICD-Schlüssel	Beschreibung
F32.-	**Depressive Episode**
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
F33.-	**Rezidivierende depressive Störung**
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet

3.1.2 Weitere relevante Diagnosen

Hierbei genügt die Information, dass eine entsprechende Diagnose beim Patienten vorliegt. Inwieweit diese behandelt wird, muss nicht dokumentiert werden. Die Information kann entweder durch einen Arztbrief, eine Überweisung, Fremdanamnese, Eigenanamnese, eigene Untersuchung oder durch Untersuchung eines Facharztes festgestellt worden sein.

Merkmal	Definitionen	Synonym	Praxisbeispiele	QI
Komorbide psychische Störungen	Hierunter sind sämtliche psychischen Erkrankungen zu verstehen, die im ICD unter das Kapitel F „Psychische und Verhaltensstörungen“ fallen. Sollte eine komorbide psychische Störung erst im Rahmen der psychischen Komorbiditätsuntersuchung (siehe 3.2.6.2, Seite 25) festgestellt werden, ist dieses mit dem hier genannten Merkmal zusätzlich zu erheben.	F00.- - F99.-		DEPR-neu5
Angststörungen	Sollte eine Angststörung erst im Rahmen der psychischen Komorbiditätsuntersuchung (siehe 3.2.6.2, Seite 25) festgestellt werden, ist dieses mit dem hier genannten Merkmal zusätzlich zu erheben.	F40.- F41.-		DEPR-004
Substanzmissbrauch	Sollte ein Substanzmissbrauch erst im Rahmen der psychischen Komorbiditätsuntersuchung (siehe 3.2.6.2, Seite 25) festgestellt werden, ist dieses mit dem hier genannten Merkmal zusätzlich zu erheben.	F10.- - F19.-		DEPR-004

Merkmal	Definitionen	Synonym	Praxisbeispiele	QI
Zwangsstörungen	Sollte eine Zwangsstörung erst im Rahmen der psychischen Komorbiditätsuntersuchung (siehe 3.2.6.2, Seite 25) festgestellt werden, ist dieses mit dem hier genannten Merkmal zusätzlich zu erheben.	F42.-		DEPR-004
Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen		F00.- - F09.-		DEPR-005 DEPR-007

3.2 Diagnostik

3.2.1 Symptome

Bei den nachfolgenden Merkmalen grundsätzlich immer die Quelle (Patient, Sorgeberechtigte, Bezugspersonen, etc.) mit angeben!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung			„in letzter Zeit abgenommen (gewollt)“: *nicht zutreffend, da gewollt* „stark abgenommen; in letzter Zeit wenig Appetit“	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
ausgeprägte unangemessene Schuldgefühle		- Gewissensbisse		DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
depressive Stimmung	- bedrückte Stimmung - gedrückte Stimmung	- Niedergeschlagenheit - Traurigkeit - innere Leere - Stimmungseinengung - Gefühl der Gefühlslosigkeit	„versuche schlechte Dinge zu unterdrücken“	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
gesteigerte Ermüdbarkeit		- Erschöpfung - Kraftlosigkeit - Energielosigkeit	„fühle mich schon länger nicht hellwach“ „bin ausgelaugt, müde in der Schule“	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
Interesse- oder Freudeverlust	- Verlust der Fähigkeit zu Freude oder Trauer - Verlust der affektiven Resonanz, d.h. die Stimmung des Patienten ist durch Zuspruch nicht aufzuhellen	- Lustlosigkeit	„lustlos“ „Regelmäßige Freizeitbeschäftigungen habe sie nicht mehr; frühere Vereinstätigkeiten habe sie wegen Antriebs- und Freudeverlust aufgegeben.“	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens			„Konzentration niedrig, Gedanken kommen wieder“ „Konzentration: schwierig“	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
negative und pessimistische Zukunftsperspektiven		- Zukunftsaussicht	„Gedanken im Hinblick auf die Zukunft“	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)	Patientinnen/Patienten mit einer agitierten Psychomotorik sind unruhig und wirken wie getrieben. Oft geht dies mit Ängstlichkeit einher. Gleichzeitig sind diese Menschen in ihrem zielorientierten Denken und Antrieb gehemmt. Achtung! „Innere Unruhe“ kann eine der Nebenwirkungen antidepressiver Medikation sein!	- innere Unruhe - innere Erregung - Nervosität - Getriebensein - Hyperkinese	„psychomotor. besser“ „Affekt + Mimik – Schwingungsfähiger“	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
Schlafstörungen jeder Art	Achtung! Schlafstörungen können auch Nebenwirkungen antidepressiver Medikation sein!	- Schlafstörungen - Agrypnie - Hyposomnie - Hypersomnie - Schlafsucht - unruhiger Schlaf - schlechter Schlaf - Einschlafprobleme - Durchschlafprobleme	„Einschlafen: 2h wach -> 2-3x / Woche (gehen mir viele Sachen durch den Kopf, bestimmt schon 1-2 Jahre)“	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Suizidalität	Psychischer Zustand, bei dem Gedanken und Verhalten (z.B. Suizidankündigungen) eines Menschen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod selbst zu verursachen, d.h. einen Selbstmord (Suizid) zu begehen. Achtung! Suizidalität kann auch eine Nebenwirkung antidepressiver Medikation sein!	- Suizidrisiko - suizidal - lebensüberdrüssig - lebensmüde	„lebensmüde Gedanken -> keine suizidalen Absichten“ „wenn ich am Bahnhof bin, denke ich darüber nach auf die Gleise zu gehen“ „kein Anhalt auf Suizidalität“	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
unbegründete Selbstvorwürfe				DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
Unschlüssigkeit und Unentschlossenheit		- Zwiespalt - Unentschiedenheit - Zweifel		DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Verlust des Selbstwertgefühls	Das Selbstwertgefühl bezeichnet das Maß an Wertschätzung sich selbst gegenüber. Was halte ich von mir selbst? Was schreibe ich mir für einen Wert zu? Hierbei beeinflussen sowohl positive als auch negative Erfahrungen und Bewertungen unseres sozialen Umfelds die Beurteilung des Selbst. Familie, Freunde oder Arbeitskollegen beeinflussen also unser Selbstwertgefühl.	- Selbstbewusstsein - Selbstsicherheit		DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Verlust des Selbstvertrauens	Selbstvertrauen beschreibt das Vertrauen in dich selbst. Vertraust du auf deine Fähigkeiten und Entscheidungen? Positive Erfahrungen führen dazu, dass dein Selbstvertrauen stark ist. - Angst vor Nähe zu anderen Menschen - Dauerhafte Anspannung und Beunruhigung - Erfolge weder selbst wahrzunehmen noch damit umgehen zu können - Hohes Maß an genereller Unzufriedenheit - „Ja“ zu sagen, wenn man eigentlich „Nein“ meint (und umgekehrt) - Krankhafter Vergleich mit anderen vermeintlich höherwertigen Menschen - Sein Leben nicht in vollen Zügen zu genießen - Sich immer als Opfer fühlen - Träges Verharren in der Komfortzone - Unbegründete Zukunftsangst - Unsinnige Angewohnheit, sich ständig selber nach unten zu ziehen - Von anderen wiederholt kritisiert, lächerlich gemacht, gemobbt oder körperlich misshandelt zu werden		„sozialer Rückzug“ „brauche jemanden bei mir, kann nicht gut alleine sein“	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI

verminderter Antrieb	- leise, schleppende Sprache bis zum Mutismus
	- verlangsamte Bewegungsabläufe bis zum Stupor
	- Antriebshemmung (Sonderform: Energie und Initiative sind vermindert)
	  ○ Energie, Initiative und Anteilnahme werden als gebremst/blockiert erlebt. Der Patient will etwas Bestimmtes machen, schafft es aber nicht, bricht ab, fühlt sich blockiert und gebremst, rafft sich wieder auf, etc.
	  ○ Mangel an Energie, Initiative, Elan und Anteilnahme mit spärlicher spontaner Motorik. Der Patient wirkt in sich selbst versunken und zieht sich häufig im Verlauf immer mehr von der Außenwelt zurück.
	- Mangel an Initiative und Energie, erschwerte Aktivität, , die betroffenen erleben sich als „gebremst“
		- Antriebsminderung
		- Antriebsarmut
		- Antriebshemmung
				DEPR-005
				DEPR-007
				DEPR-008
				DEPR-033
				DEPR-neu2
				DEPR-neu3
				DEPR-neu5
				DEPR-neu6

3.2.2 Bestimmung Funktionsniveau

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Funktionsniveau	Bei dem Funktionsniveau handelt es sich um eine globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus gem. Multiaxialem Klassifikationsschema. Das Funktionsniveau wird hierbei in die Stufen 0 („Herausragende / gute soziale Funktionen“) bis 8 („Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung“), sowie die Stufe 9 („nicht zutreffend / nicht einschätzbar“) eingeteilt. Wesentliche Kriterien sind - die grundsätzliche Funktionalität in allen sozialen Bereichen, - die zwischenmenschlichen Beziehungen mit Familie, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie, - die Fähigkeit sich mit allen üblichen Situationen auseinanderzusetzen und - das Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen	- Freie Angabe des Funktionsniveau-Wertes in Patientenakte / Arztbrief / Krankenhausbericht / etc. - kann sich auch im PPB wiederfinden - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrument GAF (siehe 3.2.5, Seite 18)	„Sechste Achse: Globalbeurteilung der psychosozialen Anpassung | Leichte psychosoziale Beeinträchtigung im Lebensbereich Schule“	DEPR-001

3.2.2.1 Grad der Remission

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Beurteilung des Grades der Remission	Unter einer Remission versteht man das Erreichen von Symptomfreiheit sowie die Wiederherstellung des prämorbiden psychosozialen Funktionsniveaus. Die Remission ist das Ziel der antidepressiven Therapie und ist mit einer günstigeren Langzeitprognose verbunden. Zur Einschätzung des Grades der Remission können - Fragebögen / Erhebungsinstrumente, z.B. ADS, BDI, BRMS, CBCL, DIKJ, HADS, HAMD, HDRS, MADRS, PHQ-9, SDQ, WHO-4 (siehe 3.2.5, Seite 18) oder - Selbsteinschätzungen der Patienten auf einer Skala dienen – in diesem Fall müssen hierfür Zahlen / Werte vorliegen, um Vergleiche anstellen zu können. Grundsätzlich geht es in erster Linie darum, ob sich die Symptomatik verändert (d.h. verbessert / verschlechtert) hat.		„aktuell Stimmung Note 3-4“	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-036

3.2.3 Selbstgefährdung / Suizid

Bei den nachfolgenden Merkmalen grundsätzlich immer die Quelle (Patient, Sorgeberechtigte, Bezugspersonen, etc.) mit angeben!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Selbstverletzendes Verhalten	Freiwillige, direkte Verletzung des eigenen Körpers ohne suizidale Absicht. Die Feststellung erfolgt entweder durch Eigen- oder Fremdanamnese, oder durch eine körperliche Untersuchung (bspw. Schnitt-/Ritzspuren an Armen / Beinen). Auch kann in der Überweisung ein Hinweis auf selbstverletzendes Verhalten enthalten sein. Es reicht auch aus, wenn bspw. im Arztbrief des KJP an den überweisenden Pädiater enthalten ist, dass keine Hinweise auf ein selbstverletzendes Verhalten vorliegen. Achtung! Selbstverletzendes Verhalten kann eine der Nebenwirkungen antidepressiver Medikation sein!	- Selbstverletzung - autoaggressives Verhalten - Selbstverstümmelung - Automutilation - ICD X60-X84 „Vorsätzliche Selbstbeschädigung“ - ICD L98.1 „Dermatitis factitia“	„habe mich eine Zeit lang selbst verletzt -> zuletzt Jan 2020 -> davor Okt 2018 -> Klingen v. Spitzer“ „Kein Anhalt auf akute Eigen- oder Fremdgefährdung“	DEPR-014

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Suizidversuch	Hierbei handelt es sich sowohl um den Versuch, sich selbst (ohne Fremdeinwirkung) das Leben zu nehmen, d.h. einen Selbstmord (Suizid) zu begehen als auch eine nichttödliche Handlung gegen sich selbst, die zum Tode führen sollte. - Suizidversuch muss dokumentiert sein - Risikofaktoren für Suizidalität: in der Vorgeschichte Suizidversuch, im nahen Umfeld (Suizidversuch), psychiatrische Störung, Alkohol, Drogen	- Selbstmordversuch - Suizid - suizidales Verhalten		DEPR-037
Vollendeter Suizid				DEPR-040

Hinweise auf Selbst-/Fremdgefährdung / Suizidalität müssen in der Patientenakte (beispielsweise im „Psychopathologischen Befund (PPB)“) oder auch als Fragen / Antworten aus den folgenden Bereichen dokumentiert sein:

Lebensüberdruss: „Haben Sie das Gefühl, dass Ihnen zurzeit alles zu viel ist und Sie nur noch Ihre Ruhe haben möchten?“
Todeswünsche: „Haben Sie manchmal das Gefühl, dass es nicht schlimm wäre, wenn Sie jetzt sterben würden, oder wünschen Sie sich manchmal tot zu sein? Welche Pläne haben Sie für die Zukunft?
Suizidgedanken: „Haben Sie manchmal Gedanken daran, sich selbst etwas anzutun?“
Suizidabsichten und -vorbereitungen: „Haben Sie bereits konkrete Ideen, wie Sie sich umbringen wollen? Wie sehen diese Ideen aus? Haben Sie bereits Vorbereitungen getroffen und wenn ja, welche?

3.2.4 Anamnesen

Bei den nachfolgenden Merkmalen grundsätzlich immer die Quelle (Patient, Sorgeberechtigte, Bezugspersonen, etc.) mit angeben!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung	Fremdanamnese durch Eltern, z.B. - Eingewöhnungsphase → trennungsängstlich? - Umgang mit anderen Kindern/ Erziehern/ Lehrern		„bin 2. Kl. gemobbt worden“	DEPR-neu4
Familienanamnese	In der Familienanamnese geht es darum, Krankheiten innerhalb der Familie festzustellen.	körperliche/psychische Erkrankungen von Eltern, Großeltern, Geschwister	„Vater: Borreliose -> Herzmuskelerkrankung, Herz-OPs, Herzschrittmacher -> plötzliche Zusammenbrüche; berentet Schwester: Rheuma“	DEPR-neu1
Freizeitverhalten	- Hobbies - Freunde treffen - zeitlicher Faktor		„früher mal Fußball; Fahrrad fahren, war im Fitnessstudio angemeldet“ „nachmittags: treffe mich mit Freunden“	DEPR-neu4

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Geburtsanamnese	Befragung der Mutter, z.B. - Schwangerschaftswoche (zu früh, pünktlich oder zu spät?) - Entbindungsmodus (Vakuum oder Zangengeburt aus Beckenmitte?) - Kindslage (Beckenendlage?) - APGAR-Werte - Pränatale Befunde z.B. Herzfehler - Krankenhausaufenthalte im Anschluss an Geburt - Traumatische Geburt - Kaiserschnitt?		„keine Komplikationen während/ nach Geburt. Entbindung in der 39. Woche. Geburtsgewicht 3580g, Geburtslänge 53cm“	DEPR-neu4
Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung	- Erfassung von bisherigen Entwicklungsschritten - Fremdanamnese durch Eltern - Abgedeckt durch U-Untersuchungen (U-Heft)	- Z.B. erste Worte/Sätze, erste Schritte, Sauberkeitsentwicklung	„konnte ab dem 1. LJ bereits laufen“ „war bereits im Kleinkindalter eher ruhig und zurückhaltend“	DEPR-neu4
Schwangerschaftsanamnese	Befragung der Mutter, z.B. - Gewollte/ ungewollte Schwangerschaft - Vergewaltigung? - Infektionen während der Schwangerschaft - Mehrlingsschwangerschaft - (Gestations-)Diabetes - Dauermedikation - Drogen-/Alkoholabusus - Psychosoziale Belastungen		„2. Schwangerschaft, Mutter 33 Jahre alt, geplante Schwangerschaft, kein Rauchen und Alkohol während der Schwangerschaft, keine Komplikationen“	DEPR-neu4

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	Vorstellung des Patienten über die eigene Person. Hier geht es explizit um die Eigenanamnese des Patienten.	Antworten auf die Frage „Was kannst du gut? Was machst du gern?“		DEPR-neu4
sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen	z.B. - Pubertät - Geschlechtsidentität - Freundschaftliche Beziehungen - engerer Freundeskreis/ Vertrauenspersonen - romantische Beziehung		„habe guten Freundeskreis -> guter Freund, mit dem kann ich reden“	DEPR-neu4
Symptomorientierte Anamnese / Ausmaß der Beeinträchtigung	Leitsymptome entsprechend Krankheitsbild abfragen (siehe 3.2.1, Seite 4) Wie äußern sie sich im Alltag und über welchen Zeitraum? Ausmaß der Beeinträchtigung Die Quelle ist mit anzugeben (z.B. Eltern / Sorgeberechtigte, Schule, Kindergarten, etc.) Es ist mit anzugeben, auf welchen Lebensbereich (z.B. familiärer Lebensbereich, Schule / KiTa, Freundeskreis, etc.) sich die symptomorientierte Anamnese bezieht. Sofern sich die Symptomorientierte Anamnese auf unterschiedliche Lebensbereiche bezieht, ist je Lebensbereich das Merkmal entsprechend einmal zu erfassen.	z.B. Wie äußert sich die Symptomatik im Alltag und über welchen Zeitraum?	„KM: schon ab 2014/2015 -> nach Suizid v. Freund der Schwester -> stiller -> zurückgezogen -> aber viele Gedanken, viele Fragen -> viel gegrübelt“	DEPR-neu3

3.2.5 Erhebungsinstrumente

Bei den Erhebungsinstrumenten handelt es sich in erster Linie um Test- bzw. Fragebögen, die vom Patienten oder dessen Bezugspersonen auszufüllen sind. Die hier erzielten Ergebnisse sind nicht relevant; wichtig ist, ob die entsprechenden Erhebungsinstrumente durchgeführt wurden.

Es ist hierbei ausreichend, lediglich jeweils die 1. Seite zu scannen / zu drucken / zu kopieren, bzw. bei der Datenerhebung anzugeben, welches Erhebungsinstrument in der Patientenakte vorgelegen hat.

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
ADS	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036
BDI	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036
BRMS	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036 DEPR-neu3

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
CBCL	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036 DEPR-neu5
CY-BOCS	Beurteilungsskala für Zwangsstörungen bei Kindern -> Screening auf komorbide psychische Störungen / Begleiterkrankung „Zwangsstörungen“			DEPR-004 DEPR-neu5
DIKJ	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036
DISABKID	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			DEPR-008
DISYPS	Diagnostik-System für psychische Störungen -> Screening auf komorbide psychische Störungen			DEPR-neu5
EuroQoL-5D-Youth	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			DEPR-008
FBB	Fremdbeurteilungsbogen			DEPR-neu3 DEPR-neu5

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
GAF	Global Assessment of Functioning / Globale Erfassung des Funktionsniveaus siehe auch 3.2.2, Seite 11			DEPR-001
HADS	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036
HAMD	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036
HDRS	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036 DEPR-neu3
ILK	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			DEPR-008
KIDSCREEN-52	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			DEPR-008

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
KINDL	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			DEPR-008
KINDL-R	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			DEPR-008
MADRS	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036 DEPR-neu3
PedsQLTM4.0	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			DEPR-008
PHOKI	Screening komorbide psychische Störungen / Begleiterkrankung „Ängste“			DEPR-004 DEPR-neu5
PHQ-9	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036
SBB	Selbstbeurteilungsbogen			DEPR-neu5

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
SDQ	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036 DEPR-neu5
SPAIK	Screening komorbide psychische Störungen / Begleiterkrankung „Ängste“			DEPR-004 DEPR-neu5
ULQIE	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			DEPR-008
WHO-5	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)			DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036
YSR	Screening komorbide psychische Störungen			DEPR-neu5

3.2.6 Medizinische Untersuchung

3.2.6.1 Körperliche Untersuchung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI

Neurologische Untersuchung	- Körperlich-neurologische Untersuchung der / des
	  ○ Reflexe (z.B. Testung der Muskeldehnungsreflexe, pathologischen Reflexe)
	  ○ Hirnnerven (z.B. Untersuchung mit EEG)
	  ○ Gleichgewichtssinn / Koordination (z.B. Tretversuch, Zeigeversuch, Romberg-Versuch, Gang, Stand)
	  ○ Koordination (z.B. Finger-Nase-Versuch)
	  ○ groben Kraft (z.B. Bewegung der Arme oder Beine gegen einen Widerstand)
		EBM 27311, 04351	- Neurologische Untersuchung opB
			„Orientierende neurologische Untersuchung ohne pathologische Befunde“
			„Schwierigkeiten in den Koordinationsübungen (Finger-Nase-Versuch), restliche grob orientierende neurologische Untersuchung ergab einen altersentsprechender Normalbefund.“
				DEPR-003
				DEPR-004
				DEPR-neu6

Schilddrüsendiagnostik	- Untersuchung der Schilddrüse auf Veränderungen durch Abtasten
	- Labordiagnostik
	  ○ fT4 – Freies Thyroxin
	  ○ TSH basal
	  ○ Mikrosomale Auto-AK (Thyroidale Peroxidase, MAK)
	- Werden Schilddrüsenmedikamente eingenommen (z.B. Thyronajod)?
		Palpation	- Keine Veränderungen der Schilddrüse
			- Schilddrüse opB
			- Labordiagnostik opB
				DEPR-003
				DEPR-004
				DEPR-neu6

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Untersuchung auf körperliche Begleiterkrankungen	- Körperliche Untersuchung - Anamnese weiterer Erkrankungen - Arztbrief / Überweisung - (Patienten-)Fragebogen (z.B. Aufnahmebogen)		„(…) der übrige körperliche Untersuchungsbefund blieb altersentsprechend unauffällig“ „keine körperl. Erkrankungen“	DEPR-004 DEPR-neu6

Untersuchung der Lunge	- Körperliche Untersuchung der Lunge durch
	  ○ Abhorchen (Atem- und Nebengeräusche)
	  ○ Abklopfen
	  ○ Beurteilung von Atmung und Auswurf
	  ○ Röntgen der Lunge
		Auskultation
		Perkussion
			- Lunge opB
			- Lungenröntgen opB
				DEPR-003
				DEPR-004
				DEPR-neu6

Untersuchung des Abdomens	- Körperliche Untersuchung des Abdomens durch
	  ○ Abhorchen (Darmgeräusche)
	  ○ Abtasten (Leber, Milz, Nieren)
		Bauch
		Auskultation
		Palpation
			- Abdomen opB	DEPR-003
				DEPR-004
				DEPR-neu6

Untersuchung des Herzens	- Körperliche Untersuchung des Herzens durch
	  ○ Abhorchen
	  ○ EKG
	Bitte auch mit erheben, wenn auffällige Untersuchungsergebnisse dokumentiert wurden (z.B. auffälliges EKG)
			- Herz opB
			- EKG opB
			- EKG unauffällig
			- normales EKG
			„Sinusrhythmus, Steiltyp, HF ca. 92/min. PO: 120 ms, QT: 330 ms, QTc: 409 ms 1/2 R/S-Umschlag zw. V3 und V4. Keine Erregungsrückbildungsstörungen oder Extrasystolen. leichte Sinustachykardie, ansonsten insgesamt unauffälliger Befund“
				DEPR-003
				DEPR-004
				DEPR-neu6

3.2.6.2 Psychische Untersuchung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Angststörungen“	- Durch Anamnese / Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente CY-BOCS, PHOKI, etc. (siehe 3.2.5, Seite 18)	ICD F40.- ICD F41.-		DEPR-004
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Substanzmissbrauch“	- Anamnese / Nachfrage - Dokumentation im PPB - ggf. Drogenscreening	ICD F10.- - F19.-		DEPR-004
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Zwangsstörungen“	- Durch Anamnese / Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente CY-BOCS, etc. (siehe 3.2.5, Seite 18)	ICD F42.-		DEPR-004
Untersuchung auf komorbide psychische Störungen	- Durch Anamnese / Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente SDQ, CBCL, YSR, PHOKI, SPAIK, DISYPS, CY-BOCS, FBB, SBB, etc. (siehe 3.2.5, Seite 18)	- EBM 35141 (vertiefte Exploration / Differentialdiagnostik) - Entsprechende ICD-Schlüssel aus dem Kapitel „F – Psychische und Verhaltensstörungen““		DEPR-neu5

3.3 Behandlung / Therapie

3.3.1 Behandlungssetting

Die verschiedenen Behandlungsoptionen für psychische Erkrankungen werden im Wesentlichen in verschiedenen Behandlungssetting angeboten:

- Ambulante Behandlung
- Teilstationäre Behandlung (Tagesklinik)
- Stationäre Krankenhausbehandlung
- Ganztägig ambulante und stationäre psychosomatische Rehabilitation („Reha“)

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Änderung Behandlungssetting auf stationär bzw. teilstationär	Sollte die Behandlung von aktuell ambulant auf stationär bzw. teilstationär (bspw. Tagesklinik) umgestellt werden; die reine Empfehlung ist hierbei nicht ausreichend.			DEPR-012
Stationäre Krankenhausbehandlung	Gab es in den letzten 12 Monaten einen stationären Aufenthalt für die Diagnose „Depression“?			DEPR-040

3.3.2 Medikamentöse Behandlung

Bei den Medikamenten ist unbedingt auch die Tagesdosis (z.B. 20mg – 0 – 5mg – 0) und die Packungsgröße (z.B. N1, N2, N3, 100 Stck.) mit zu erheben!

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Fluoxetin	**Antidepressiva** ATC N06AB03	Fluoxetin	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-013 DEPR-017 DEPR-020 DEPR-021 DEPR-022 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-neu9
Escitalopram	**Antidepressiva** ATC N06AB10	Cipralex Escitalex Escitalopram Seroplex	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-013 DEPR-017 DEPR-021 DEPR-022 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-neu9

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Citalopram	**Antidepressiva** ATC N06AB04	Cipramil Citalon Citalopram	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-013 DEPR-017 DEPR-021 DEPR-022 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-neu9
Imipramin	**trizyklische Antidepressiva** ATC N06AA02	Imipramin	DEPR-025
Clomipramin	**trizyklische Antidepressiva** ATC N06AA04	Anafranil Clomipramin	DEPR-025
Opipramol	**trizyklische Antidepressiva** ATC N06AA05	Isidon Ophel Opipramol	DEPR-025
Trimipramin	**trizyklische Antidepressiva** ATC N06AA06	Stangyl Trimineurin Trimipramin	DEPR-025
Amitriptylin	**trizyklische Antidepressiva** ATC N06AA09	Amineurin Amitriptylin Syneudon	DEPR-025
Nortriptylin	**trizyklische Antidepressiva** ATC N06AA10	Nortriptylin	DEPR-025
Doxepin	**trizyklische Antidepressiva** ATC N06AA12	Aponal Doneurin Doxepin Mareen	DEPR-025
Maprotilin	**trizyklische Antidepressiva** ATC N06AA21	Maprotilin	DEPR-025

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Amitriptylinoxid	**trizyklische Antidepressiva** ATC N06AA25	Amioxid	DEPR-025
Benzodiazepin	**Anxiolytika** ATC N05BA	Alprazolam Bromazepam Diazepam Tavor Lorazepam Oxazepam Rudotel Tafil Tranxilium Frisium	DEPR-026
Diphenylmethan	**Anxiolytika** ATC N05BB	Atarax Hydroxyzin	DEPR-026
Azaspirodecandion	**Anxiolytika** ATC N05BE	Anxut Busp	DEPR-026
Pflanzliche Anxiolytika	**Anxiolytika** ATC N05BP	Ka-Sabona Lasea Stasolin	DEPR-026
Aldehyde	**Hypnotika / Sedativa** ATC N05CC	Chloraldurat	DEPR-026

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Benzodiazepin	**Hypnotika / Sedativa** ATC N05CD	Dalmadorm Dormicum Eatan Flurazepam Halcion Lendorm Midazolam Mogadan Noctamide Planum Remestan	DEPR-026
Benzodiazepin-verwandt	**Hypnotika / Sedativa** ATC N05CF	Bikalm Lunivia Stilnox Ximovan Zolpidem Zopiclon	DEPR-026
Melatonin	**Hypnotika / Sedativa** ATC N05CH	Circadin Hetlioz Melatonin Slentyo	DEPR-026
Andere Hypnotika und Sedativa	**Hypnotika / Sedativa** ATC N05CM	Betadorm Dexdor Atosil Dolestan Gittalun Halbmond Hemodorm Hoggar	DEPR-026

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	**Hypnotika / Sedativa** ATC N05CP	Alluna Baldrian Baldrivit Euvegal Pascoflair Sedonium	DEPR-026

3.3.3 Nicht-medikamentöse Behandlung

Bei dem Merkmal Psychotherapie ist in jedem Fall mit anzugeben, ob diese lediglich angeboten / empfohlen oder ob diese tatsächlich auch durchgeführt wurde. Wenn sich dieses nicht eindeutig aus der Patientenakte ergibt, ist entsprechend „unbekannter Status“ anzugeben.

Zusätzlich sollte mit angegeben werden, ob es sich um eine reine Psychotherapie, oder um eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Antidepressiva handelt. Sofern es sich um eine Kombinationstherapie handelt, ist unbedingt das verordnete Antidepressivum gesondert zu erheben.

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Psychotherapie	- Psychotherapie - Kombinationstherapie (Psychotherapie und Antidepressiv) - entsprechender Eintrag in Patientenakte, dass Psychotherapie empfohlen wurde.	- Verhaltenstherapie - Tiefenpsychologische Therapie - Psychoanalyse - Systemische Therapie	- Therapiebericht in der Akte - Überweisung zur Psychotherapie	DEPR-012 DEPR-020 DEPR-030 DEPR-031

3.3.4 Behandlungsplan

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Behandlungsplan_allgemein	Es handelt sich hierbei um einen schriftlichen, individuell abgestimmten Behandlungsplan mit mindestens folgenden Inhalten: - genaue Anordnung über die Einnahme der Medikamente (falls zutreffend) - Therapieziele (z.B. Verbesserung der schulischen Leistungen, bessere Aufmerksamkeit in der Schule, etc.) - Behandlungsform (z.B. Multimodal, Psychotherapie und/oder Medikamente, Elterntrainings, Jugendhilfe, etc.) - zeitlicher Ablaufplan - Anwesenheit von Bezugspersonen bei Gesprächsterminen Der Behandlungsplan muss in der Patientenakte vorliegen!			DEPR-035 DEPR-neu7

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Behandlungsplan_speziell	Neben den „allgemeinen Kriterien“ oben, gelten für den „speziellen Behandlungsplan“ zusätzlich folgende Kriterien: - muss gemeinsam mit Bezugspersonen entwickelt worden sein - berücksichtigt die Stärken, Ressourcen und die Bedürfnisse des Patienten und seiner Bezugspersonen Der Behandlungsplan muss in der Patientenakte vorliegen!			DEPR-neu7

3.3.5 Informations-/Beratungsgespräche

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Einwilligung medikamentöse Behandlung	- muss in schriftlicher und unterschriebener Form vorliegen - für jeden neu verordneten Wirkstoff muss eine separate Einwilligungserklärung vorliegen - es handelt sich hierbei im Allgemeinen um vorgefertigte Formulare, in denen u.a. auch die entsprechenden unerwünschten Wirkungen enthalten sind Mit zu erheben ist der Wirkstoff, für den die Einwilligung erteilt worden ist. Es besteht auch die Möglichkeit, dass das Einverständnis während eines vorangegangenen stationären Aufenthaltes eingeholt worden ist. Dieses wäre ebenfalls als „erfüllt“ anzusehen, sofern sich im Arztbrief / Krankenhausbericht ein entsprechender Hinweis hierauf befindet. In diesem Fall ist mit anzugeben, dass es sich um eine Leistung „Dritter“ gehandelt hat.		siehe Abbildung 1, Seite xl	DEPR-neu9

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Aufklärung über die möglichen Folgen eines eigenmächtigen Absetzens der Medikation	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / Sorgeberechtigten bzw. dem Patienten zu unterschreiben. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.		Abbildung 2, Seite xli	DEPR-017
Aufklärung über die voraussichtliche Behandlungsdauer	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / Sorgeberechtigten bzw. dem Patienten zu unterschreiben. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.		Abbildung 2, Seite xli	DEPR-017
Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / Sorgeberechtigten bzw. dem Patienten zu unterschreiben.Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.		Abbildung 2, Seite xli	DEPR-017
Aufklärung über Wirksamkeit antidepressiver Medikation	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / Sorgeberechtigten bzw. dem Patienten zu unterschreiben.Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.		Abbildung 2, Seite xli	DEPR-017

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Aufklärung zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	Informationen darüber welche Selbsthilfe- und Angehörigengruppen es in der näheren Umgebung gibt und wo deren Schwerpunkte liegen. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	z.B. Infoflyer mitgegeben		DEPR-018
Beratung und Ermutigung zu körperlicher Aktivität	Die erfolgte Beratung / Ermutigung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.			DEPR-019
Informationen über Behandlungsmöglichkeiten	Altersgerechte Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten - per Aufklärungsgespräch - per Mitgabe Info-Flyer Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.			DEPR-016
Informationen über Diagnose	Altersgerechte Aufklärung über Diagnose - per Aufklärungsgespräch - per Mitgabe Info-Flyer Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.			DEPR-016
Termine zur kurzen unterstützenden Beratung	- Problemlösung - Aufklärung - aktives Zuhören			DEPR-029

3.4 Konsultationen

3.4.1 Kontrolltermine

Bei diesem Merkmal geht es um die Beurteilung, ob ein Patient in regelmäßigen Abständen den Arzt aufgesucht hat. Es ist hierbei zwischen „Erstvorstellung“ und „Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin“ zu unterscheiden.

Das ausschließliche Ausstellen eines Medikamentenrezepts ist hier nicht als Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin zu berücksichtigen!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Erstvorstellungstermin	- Besprechung der Symptomatik - Erstdiagnostik - Besprechung der weiteren Vorgehensweise Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat.			DEPR-009 DEPR-011 DEPR-014 DEPR-015 DEPR-020 DEPR-029 DEPR-031 DEPR-032 DEPR-neu2

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin	- Verlaufskontrolle der Symptomatik (Verbesserung / Verschlechterung) - Besprechung Medikation (beibehalten, Dosis erhöhen / verringern, anderer Wirkstoff, Nebenwirkungen) - Besprechung Behandlungsplan - Besprechung schulischer Fortschritte Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat. Zusätzlich ist anzugeben, ob dieser Termin nach Beendigung eines Behandlungsschrittes (Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) stattgefunden hat und um welchen Behandlungsschritt es sich gehandelt hat.			DEPR-009 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-015 DEPR-032 DEPR-036

3.4.2 Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Abdominaler Schmerz	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	Bauschmerzen Schmerzen im Abdomen Leibschmerzen		DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Abnormales Denken	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation		„Keine Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen“ „Kein Wahn, keine Wahrnehmungsstörungen“	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Appetitminderung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation		„Appetit normal“	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
keine Nebenwirkungen	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation		„gute Verträglichkeit“	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Kopfschmerzen	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	Kopfschmerz Kopfweh Cephalgie Kephalgie Cephalaea Zephalgie Kephalagie		DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Schwindel	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	Schwindelig Schwindlig Blümerant		DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Übelkeit	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	Brechreiz Schlechtsein Nausea Unwohlsein		DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Innere Unruhe	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	- innere Erregung - Nervosität - Getriebensein - Hyperkinese		DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Vermehrtes Auftreten von suizidalen Gedanken	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation Psychischer Zustand, bei dem Gedanken und Verhalten (z.B. Suizidankündigungen) eines Menschen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod selbst zu verursachen, d.h. einen Selbstmord (Suizid) zu begehen.	- Suizidrisiko - suizidal - lebensüberdrüssig - lebensmüde	„lebensmüde Gedanken -> keine suizidalen Absichten“ „wenn ich am Bahnhof bin, denke ich darüber nach auf die Gleise zu gehen“ „kein Anhalt auf Suizidalität“	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Schlafprobleme	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	- Schlafstörungen - Agrypnie - Hyposomnie - Hypersomnie - Schlafsucht - unruhiger Schlaf - schlechter Schlaf - Einschlafprobleme - Durchschlafprobleme	„Einschlafen: 2h wach -> 2-3x / Woche (gehen mir viele Sachen durch den Kopf, bestimmt schon 1-2 Jahre)“	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032

3.5 Externe Kommunikation

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Kommunikation zwischen Facharzt und Hausarzt hinsichtlich der Diagnose		- Arztbrief - Kurzbericht - Telefongespräch mit Telefonnotiz		DEPR-038
Überweisung an Facharzt		- Überweisung an KJP - Überweisung an (teil-)stationäre Behandlung		DEPR-033

4 Anhang

4.1 Indikatorenübersicht

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
DEPR-001	Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, bei denen das Funktionsniveau bestimmt wurde.	3.2.2, Seite 11 3.2.5, Seite 18	alle	Episode
DEPR-003	Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, bei denen ein Ausschluss organischer Ursachen erfolgte.	3.2.6.1, Seite 23	alle	Episode
DEPR-004	Anteil Patienten mit Depression, die auf folgende Begleiterkrankungen untersucht wurden: - Substanzmissbrauch - körperliche Erkrankungen - Angststörungen - Zwangsstörungen	3.2.5, Seite 18 3.2.6.1, Seite 23 3.2.6.2, Seite 25	alle	Patient
DEPR-005	Anteil Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad entsprechend der ICD 10 Kriterien bestimmt wurde.	3.2.1, Seite 4	alle	Patient
DEPR-007	Anteil Patienten mit Depression, bei denen mindestens 5 der ICD 10 Kriterien für eine Depression dokumentiert wurden.	3.2.1, Seite 4	alle	Patient
DEPR-008	Anteil Patienten mit Depression, deren Symptomatik bei der Diagnosestellung und während der Behandlung mit einem standardisierten Erhebungsinstrument beurteilt wurde.	3.2.1, Seite 4 3.2.5, Seite 18	alle	Konsultation
DEPR-009	Anteil Patienten mit Depression, bei denen während der ersten 3 Monate nach Diagnosestellung mindestens 3 Kontrolltermine stattfanden.	3.4.1, Seite 38 3.4.2, Seite 40	alle	Patient
DEPR-010	Anteil Patienten mit Depression, bei denen bei jedem Kontrolltermin der Grad der Remission und mögliche Nebenwirkungen der antidepressiven Medikation beurteilt und dokumentiert wurden.	3.2.2.1, Seite 12 3.3.2, Seite 27 3.4.2, Seite 40	alle	Konsultation
DEPR-011	Anteil Patienten mit Depression, die nach Erstvorstellung mindestens für 12 Monate regelmäßige Kontrolltermine (mindestens einmal im Quartal) erhielten.	3.4.1, Seite 38 3.4.2, Seite 40	alle	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
DEPR-012	Anteil Patienten mit Depression, bei denen nach unzureichender Wirksamkeit 4-wöchiger medikamentöser bzw. 12-wöchiger psychotherapeutischer Intervention mindestens eine der folgenden Maßnahmen eingeleitet wurde: - Wahl eines anderen Psychotherapieverfahrens - Wahl eines anderen Antidepressivums - Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Antidepressivum - Änderung des Behandlungssettings von ambulant auf tagesklinisch oder stationär	3.2.2.1, Seite 12 3.3.1, Seite 26 3.3.2, Seite 27 3.3.3, Seite 32	alle	Episode
DEPR-013	Anteil Patienten mit Depression und antidepressiver Medikation, mit denen innerhalb von 2 Wochen nach Behandlungsbeginn ein Kontrolltermin vereinbart wurde.	3.3.2, Seite 27 3.4.1, Seite 38 3.4.2, Seite 40	alle	Episode
DEPR-014	Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, die bei Erstvorstellung auf selbstverletzendes Verhalten und/oder Suizidalität untersucht wurden.	3.2.3, Seite 13 3.4.1, Seite 38	alle	Patient
DEPR-015	Anteil Patienten mit Depression, bei denen eine klinische Beurteilung des Suizidrisikos bei jedem Kontakt dokumentiert wurde.	3.4.1, Seite 38	alle	Konsultation
DEPR-016	Anteil Patienten mit Depression, die altersgerecht gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten über die Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wurden.	3.3.5, Seite 35	alle	Patient
DEPR-017	Anteil Patienten mit Depression, die vor der Antidepressiva Verschreibung gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten über Wirksamkeit, mögliche Nebenwirkungen, die voraussichtliche Behandlungsdauer und Folgen bei eigenmächtig abgesetzter Medikation, informiert wurden.	3.3.2, Seite 27 3.3.5, Seite 35	alle	Episode
DEPR-018	Anteil Patienten mit Depression, die eine Aufklärung zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen erhielten.	3.3.5, Seite 35	alle	Patient
DEPR-019	Anteil Patienten mit Depression, die zu körperlicher Aktivität beraten oder ermutigt wurden.	3.3.5, Seite 35	alle	Patient
DEPR-020	Anteil Patienten mit leichter oder mittelgradiger depressiver Episode, denen spätestens 30 Tage nach Diagnosestellung eine Psychotherapie oder eine antidepressive Medikation mit Fluoxetin angeboten wurde.	3.3.2, Seite 27 3.3.3, Seite 32 3.4.1, Seite 38	alle	Patient
DEPR-021	Anteil der Patienten mit Depression, bei denen eine Pharmakotherapie indiziert ist, und denen für mindestens 60 Tage Antidepressiva verordnet wurden.	3.3.2, Seite 27	alle	Episode

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
DEPR-022	Anteil Patienten mit Depression, denen mindestens ein Antidepressivum in der empfohlenen Mindestdosierung verordnet wurde.	3.3.2, Seite 27	alle	Patient
DEPR-024	Anteil Patienten mit Depression und 2 Monate anhaltender Symptomfreiheit, denen ein Antidepressivum für die Dauer von mindestens 6 Monaten verschrieben wurde.	3.2.2.1, Seite 12 3.3.2, Seite 27	alle	Episode
DEPR-025	Anteil Patienten mit Depression, denen trizyklische Antidepressiva verschrieben wurden.	3.3.2, Seite 27	alle	Patient
DEPR-026	Anteil Patienten mit Depression, denen Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als zwei Wochen verordnet wurden.	3.3.2, Seite 27	alle	Patient
DEPR-029	Anteil Patienten mit einer leichten Depression, die innerhalb von 6 Wochen nach Diagnosestellung mindestens 2 Termine in Form einer kurzen unterstützenden Beratung (d.h. Problemlösung, Aufklärung, aktives Zuhören) erhielten.	3.3.5, Seite 35 3.4.1, Seite 38	alle	Patient
DEPR-030	Anteil Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinationstherapie (Psychotherapie und Antidepressivum) angeboten wurde.	3.3.3, Seite 32	alle	Episode
DEPR-031	Anteil Patienten mit Depression, bei denen 2 Monate nach Erstdiagnosestellung trotz anhaltender Krankheitssymptomatik keine spezifische Therapie eingeleitet wurde.	3.2.2.1, Seite 12 3.3.2, Seite 27 3.3.3, Seite 32 3.4.1, Seite 38	alle	Patient
DEPR-032	Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnosestellung ein Wiedervorstellungstermin erhielten.	3.4.1, Seite 38 3.4.2, Seite 40	alle	Patient
DEPR-033	Anteil Patienten mit positivem Screening auf Depression oder Erfüllung der ICD 10 Kriterien, die an einen Facharzt überwiesen wurden.	3.2.1, Seite 4 0, Seite 43	PÄD HA	Patient
DEPR-034	Anteil Patienten mit Depression, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem generischen oder Depressionsspezifischen Instrument erfasst wurde.	3.2.5, Seite 18	alle	Patient
DEPR-035	Anteil Patienten mit Depressionen, für die ein gemeinsam mit ihrem Arzt erstellter schriftlicher, individuell abgestimmter Behandlungsplan vorlag.	3.3.4, Seite 33	alle	Patient
DEPR-036	Anteil Patienten mit Depression, deren Gesundheitszustand zu Beginn und am Ende jedes Behandlungsschrittes (z.B. Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) dokumentiert wurde.	3.2.2.1, Seite 12 3.4.1, Seite 38	alle	Episode
DEPR-037	Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 12 Monaten einen (oder mehrere) Suizidversuch(e) unternommen haben.	3.2.3, Seite 13	alle	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
DEPR-038	Anteil Patienten mit Depression, bei denen eine Kommunikation zwischen Facharzt und Hausarzt hinsichtlich der Diagnose stattfand.	3.5, Seite 43	alle	Patient
DEPR-040	Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 12 Monaten nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer psychischen Störung Suizid begangen.	3.2.3, Seite 13 3.3.1, Seite 26	alle	Patient
DEPR-neu1	Anteil Patienten mit Depression, bei denen eine Familienanamnese erhoben wurde.	3.2.4, Seite 15	alle	Patient
DEPR-neu2	Anteil Patienten mit Depression, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab.	3.2.1, Seite 4 3.4.1, Seite 38	alle	Patient
DEPR-neu3	Anteil Patienten mit Depression, deren Ausmaß der Beeinträchtigung durch Informationen aus mindestens zwei Quellen (z.B. Eltern/ Sorgeberechtigte und Schule) erfragt wurde.	3.2.1, Seite 4 3.2.4, Seite 15 3.2.5, Seite 18	alle	Patient
DEPR-neu4	Anteil Patienten mit Depression, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekte der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden: - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese, - Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung, - frühkindliche Betreuungssituation und -qualität, - Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung, - sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen, - Freizeitverhalten, - Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	3.2.4, Seite 15	alle	Patient
DEPR-neu5	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von Depression bei einem Spezialisten vorstellten und auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden.	3.2.1, Seite 4 3.2.5, Seite 18 3.2.6.2, Seite 25	alle	Patient
DEPR-neu6	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von Depression bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden.	3.2.1, Seite 4 3.2.6.1, Seite 23	alle	Patient
DEPR-neu7	Anteil Patienten mit Depression, die einem gemeinsam mit ihren Eltern/ Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt.	3.3.4, Seite 33	alle	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
DEPR-neu9	Anteil Patienten mit Depression, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/ Sorgeberechtigten eingeholt wurde.	3.3.2, Seite 27 3.3.5, Seite 35	alle	Episode

4.2 Merkmalsübersicht

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Abdominaler Schmerz	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	0, Seite 40	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Abnormales Denken	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	3.4.2, Seite 40	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
ADS	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036
Aldehyde	Medikamentöse Behandlung	Chloraldurat	3.3.2, Seite 27	DEPR-026
Amitriptylin	Medikamentöse Behandlung	Amineurin Amitriptylin Syneudon	3.3.2, Seite 27	DEPR-025
Amitriptylinoxid	Medikamentöse Behandlung	Amioxid	3.3.2, Seite 27	DEPR-025

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Andere Hypnotika und Sedativa	Medikamentöse Behandlung	Betadorm Dexdor Atosil Dolestan Gittalun Halbmond Hemodorm Hoggar	3.3.2, Seite 27	DEPR-026
Änderung Behandlungssetting auf stationär bzw. teilstationär	Behandlungssetting	Sollte die Behandlung von aktuell ambulant auf stationär bzw. teilstationär (bspw. Tagesklinik) umgestellt werden; die reine Empfehlung ist hierbei nicht ausreichend.	3.3.1, Seite 26	DEPR-012
Appetitminderung	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	3.4.2, Seite 40	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Appetitverlust oder gesteigerter Appetit mit entsprechender Gewichtsveränderung	Symptome		3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Aufklärung über die möglichen Folgen eines eigenmächtigen Absetzens der Medikation	Informations-/Beratungsgespräche	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / dem Patienten zu unterschreiben. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.5, Seite 35	DEPR-017
Aufklärung über die voraussichtliche Behandlungsdauer	Informations-/Beratungsgespräche	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / dem Patienten zu unterschreiben. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.5, Seite 35	DEPR-017
Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung	Informations-/Beratungsgespräche	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / dem Patienten zu unterschreiben. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.5, Seite 35	DEPR-017
Aufklärung über Wirksamkeit antidepressiver Medikation	Informations-/Beratungsgespräche	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / dem Patienten zu unterschreiben. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.5, Seite 35	DEPR-017
Aufklärung zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen	Informations-/Beratungsgespräche	Informationen darüber welche Selbsthilfe- und Angehörigengruppen es in der näheren Umgebung gibt und wo deren Schwerpunkte liegen. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.5, Seite 35	DEPR-018

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
ausgeprägte unangemessene Schuldgefühle	Symptome		3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
Azaspirodecandion	Medikamentöse Behandlung	Anxut Busp	3.3.2, Seite 27	DEPR-026
BDI	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Behandlungsplan_allgemein	Behandlungsplan	Es handelt sich hierbei um einen schriftlichen, individuell abgestimmten Behandlungsplan mit mindestens folgenden Inhalten: - genaue Anordnung über die Einnahme der Medikamente (falls zutreffend) - Therapieziele (z.B. Verbesserung der schulischen Leistungen, bessere Aufmerksamkeit in der Schule, etc.) - Behandlungsform (z.B. Multimodal, Psychotherapie und/oder Medikamente, Elterntrainings, Jugendhilfe, etc.) - zeitlicher Ablaufplan - Anwesenheit von Bezugspersonen bei Gesprächsterminen Der Behandlungsplan muss in der Patientenakte vorliegen!	0, Seite 33	DEPR-035 DEPR-neu7
Behandlungsplan_speziell	Behandlungsplan	Neben den „allgemeinen Kriterien“ oben, gelten für den „speziellen Behandlungsplan“ zusätzlich folgende Kriterien: - muss gemeinsam mit Bezugspersonen entwickelt worden sein - berücksichtigt die Stärken, Ressourcen und die Bedürfnisse des Patienten und seiner Bezugspersonen Der Behandlungsplan muss in der Patientenakte vorliegen!	0, Seite 33	DEPR-neu7

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Benzodiazepin	Medikamentöse Behandlung	Alprazolam Bromazepam Diazepam Tavor Lorazepam Oxazepam Rudotel Tafil Tranxilium Frisium	3.3.2, Seite 27	DEPR-026
Benzodiazepin	Medikamentöse Behandlung	Dalmadorm Dormicum Eatan Flurazepam Halcion Lendorm Midazolam Mogadan Noctamide Planum Remestan	3.3.2, Seite 27	DEPR-026
Benzodiazepin-verwandt	Medikamentöse Behandlung	Bikalm Lunivia Stilnox Ximovan Zolpidem Zopiclon	3.3.2, Seite 27	DEPR-026
Beratung und Ermutigung zu körperlicher Aktivität	Informations-/Beratungsgespräche	Die erfolgte Beratung / Ermutigung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.5, Seite 35	DEPR-019

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Beurteilung des Grades der Remission	Grad der Remission	Unter einer Remission versteht man das Erreichen von Symptomfreiheit sowie die Wiederherstellung des prämorbiden psychosozialen Funktionsniveaus. Die Remission ist das Ziel der antidepressiven Therapie und ist mit einer günstigeren Langzeitprognose verbunden. Zur Einschätzung des Grades der Remission können - Fragebögen / Erhebungsinstrumente (siehe 3.2.5, Seite 18) oder - Selbsteinschätzungen der Patienten auf einer Skala dienen – in diesem Fall müssen hierfür Zahlen / Werte vorliegen, um Vergleiche anstellen zu können. Grundsätzlich geht es in erster Linie darum, ob sich die Symptomatik verändert (d.h. verbessert / verschlechtert) hat.	3.2.2.1, Seite 12	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-036
BRMS	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036 DEPR-neu3
CBCL	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036 DEPR-neu5

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Citalopram	Medikamentöse Behandlung	Cipramil Citalon Citalopram	3.3.2, Seite 27	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-013 DEPR-017 DEPR-021 DEPR-022 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-neu9
Clomipramin	Medikamentöse Behandlung	Anafranil Clomipramin	3.3.2, Seite 27	DEPR-025
CY-BOCS	Erhebungsinstrumente	Beurteilungsskala für Zwangsstörungen bei Kindern -> Screening auf komorbide psychische Störungen / Begleiterkrankung „Zwangsstörungen“	3.2.5, Seite 18	DEPR-004 DEPR-neu5
depressive Stimmung	Symptome	- bedrückte Stimmung - gedrückte Stimmung	3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
DIKJ	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Diphenylmethan	Medikamentöse Behandlung	Atarax Hydroxyzin	3.3.2, Seite 27	DEPR-026
DISABKID	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.5, Seite 18	DEPR-008
DISYPS	Erhebungsinstrumente	Diagnostik-System für psychische Störungen -> Screening auf komorbide psychische Störungen	3.2.5, Seite 18	DEPR-neu5
Doxepin	Medikamentöse Behandlung	Aponal Doneurin Doxepin Mareen	3.3.2, Seite 27	DEPR-025
Einwilligung medikamentöse Behandlung	Informations-/Beratungsgespräche	- muss in schriftlicher und unterschriebener Form vorliegen - für jeden neu verordneten Wirkstoff muss eine separate Einwilligungserklärung vorliegen - es handelt sich hierbei im Allgemeinen um vorgefertigte Formulare, in denen u.a. auch die entsprechenden unerwünschten Wirkungen enthalten sind Mit zu erheben ist der Wirkstoff, für den die Einwilligung erteilt worden ist. Es besteht auch die Möglichkeit, dass das Einverständnis während eines vorangegangenen stationären Aufenthaltes eingeholt worden ist. Dieses wäre ebenfalls als „erfüllt“ anzusehen, sofern sich im Arztbrief / Krankenhausbericht ein entsprechender Hinweis hierauf befindet. In diesem Fall ist mit anzugeben, dass es sich um eine Leistung „Dritter“ gehandelt hat.	3.3.5, Seite 35	DEPR-neu9
Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung	Anamnesen	Fremdanamnese durch Eltern, z.B. - Eingewöhnungsphase → trennungsängstlich? Umgang mit anderen Kindern/ Erziehern/ Lehrern	3.2.4, Seite 15	DEPR-neu4

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Erstvorstellungstermin	Kontrolltermine	- Besprechung der Symptomatik - Erstdiagnostik - Besprechung der weiteren Vorgehensweise Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat.	3.4.1, Seite 38	DEPR-009 DEPR-011 DEPR-014 DEPR-015 DEPR-020 DEPR-029 DEPR-031 DEPR-032 DEPR-neu2
Escitalopram	Medikamentöse Behandlung	Cipralex Escitalex Escitalopram Seroplex	3.3.2, Seite 27	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-013 DEPR-017 DEPR-021 DEPR-022 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-neu9
EuroQoL-5D-Youth	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.5, Seite 18	DEPR-008
Familienanamnese	Anamnesen	In der Familienanamnese geht es darum, Krankheiten innerhalb der Familie festzustellen.	3.2.4, Seite 15	DEPR-neu1
FBB	Erhebungsinstrumente	Fremdbeurteilungsbogen	3.2.5, Seite 18	DEPR-neu3 DEPR-neu5

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Fluoxetin	Medikamentöse Behandlung	Fluoxetin	3.3.2, Seite 27	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-013 DEPR-017 DEPR-020 DEPR-021 DEPR-022 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-neu9
Freizeitverhalten	Anamnesen	- Hobbies - Freunde treffen zeitlicher Faktor	3.2.4, Seite 15	DEPR-neu4
Funktionsniveau	Bestimmung Funktionsniveau	Bei dem Funktionsniveau handelt es sich um eine globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus gem. Multiaxialem Klassifikationsschema. Das Funktionsniveau wird hierbei in die Stufen 0 („Herausragende / gute soziale Funktionen“) bis 8 („Tiefe und durchgängige soziale Beeinträchtigung“), sowie die Stufe 9 („nicht zutreffend / nicht einschätzbar“) eingeteilt. Wesentliche Kriterien sind - die grundsätzliche Funktionalität in allen sozialen Bereichen, - die zwischenmenschlichen Beziehungen mit Familie, Gleichaltrigen und Erwachsenen außerhalb der Familie, - die Fähigkeit sich mit allen üblichen Situationen auseinanderzusetzen und - das Spektrum an Freizeitaktivitäten und Interessen	3.2.2, Seite 11	DEPR-001

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
GAF	Erhebungsinstrumente	Global Assessment of Functioning / Globale Erfassung des Funktionsniveaus siehe auch 3.2.2, Seite 11	3.2.5, Seite 18	DEPR-001
Geburtsanamnese	Anamnesen	Befragung der Mutter, z.B. - Schwangerschaftswoche (zu früh, pünktlich oder zu spät?) - Entbindungsmodus (Vakuum oder Zangengeburt aus Beckenmitte?) - Kindslage (Beckenendlage?) - APGAR-Werte - Pränatale Befunde z.B. Herzfehler - Krankenhausaufenthalte im Anschluss an Geburt - Traumatische Geburt Kaiserschnitt?	3.2.4, Seite 15	DEPR-neu4
gesteigerte Ermüdbarkeit	Symptome		3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
HADS	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
HAMD	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036
HDRS	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036 DEPR-neu3
ILK	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.5, Seite 18	DEPR-008
Imipramin	Medikamentöse Behandlung	Imipramin	3.3.2, Seite 27	DEPR-025
Informationen über Behandlungsmöglichkeiten	Informations-/Beratungsgespräche	Altersgerechte Aufklärung über Behandlungsmöglichkeiten - per Aufklärungsgespräch - per Mitgabe Info-Flyer Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.5, Seite 35	DEPR-016
Informationen über Diagnose	Informations-/Beratungsgespräche	Altersgerechte Aufklärung über Diagnose - per Aufklärungsgespräch - per Mitgabe Info-Flyer Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.5, Seite 35	DEPR-016

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Innere Unruhe	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	3.4.2, Seite 40	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Interesse- oder Freudeverlust	Symptome	- Verlust der Fähigkeit zu Freude oder Trauer - Verlust der affektiven Resonanz, d.h. die Stimmung des Patienten ist durch Zuspruch nicht aufzuhellen	3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
keine Nebenwirkungen	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	3.4.2, Seite 40	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
KIDSCREEN-52	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.5, Seite 18	DEPR-008
KINDL	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.5, Seite 18	DEPR-008
KINDL-R	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.5, Seite 18	DEPR-008

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Klagen über oder Nachweis eines verminderten Denk- oder Konzentrationsvermögens	Symptome		3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
Kommunikation zwischen Facharzt und Hausarzt hinsichtlich der Diagnose	Externe Kommunikation		3.5, Seite 43	DEPR-038
Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin	Kontrolltermine	- Verlaufskontrolle der Symptomatik (Verbesserung / Verschlechterung) - Besprechung Medikation (beibehalten, Dosis erhöhen / verringern, anderer Wirkstoff, Nebenwirkungen) - Besprechung Behandlungsplan - Besprechung schulischer Fortschritte Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat. Zusätzlich ist anzugeben, ob dieser Termin nach Beendigung eines Behandlungsschrittes (Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) stattgefunden hat und um welchen Behandlungsschritt es sich gehandelt hat.	3.4.1, Seite 38	DEPR-009 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-015 DEPR-032 DEPR-036
Kopfschmerzen	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	3.4.2, Seite 40	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
MADRS	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036 DEPR-neu3
Maprotilin	Medikamentöse Behandlung	Maprotilin	3.3.2, Seite 27	DEPR-025
Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung	Anamnesen	- Erfassung von bisherigen Entwicklungsschritten - Fremdanamnese durch Eltern Abgedeckt durch U-Untersuchungen (U-Heft)	3.2.4, Seite 15	DEPR-neu4
Melatonin	Medikamentöse Behandlung	Circadin Hetlioz Melatonin Slentyo	3.3.2, Seite 27	DEPR-026

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
negative und pessimistische Zukunftsperspektiven	Symptome		3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
Neurologische Untersuchung	Körperliche Untersuchung	- Körperlich-neurologische Untersuchung der / des ○ Reflexe (z.B. Testung der Muskeldehnungsreflexe, pathologischen Reflexe) ○ Hirnnerven (z.B. Untersuchung mit EEG) ○ Gleichgewichtssinn / Koordination (z.B. Tretversuch, Zeigeversuch, Romberg-Versuch, Gang, Stand) ○ Koordination (z.B. Finger-Nase-Versuch) ○ groben Kraft (z.B. Bewegung der Arme oder Beine gegen einen Widerstand)	3.2.6.1, Seite 23	DEPR-003 DEPR-004 DEPR-neu6
Nortriptylin	Medikamentöse Behandlung	Nortriptylin	3.3.2, Seite 27	DEPR-025
Opipramol	Medikamentöse Behandlung	Isidon Ophel Opipramol	3.3.2, Seite 27	DEPR-025
PedsQLTM4.0	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.5, Seite 18	DEPR-008
Pflanzliche Anxiolytika	Medikamentöse Behandlung	Ka-Sabona Lasea Stasolin	3.3.2, Seite 27	DEPR-026

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	Medikamentöse Behandlung	Alluna Baldrian Baldrivit Euvegal Pascoflair Sedonium	3.3.2, Seite 27	DEPR-026
PHOKI	Erhebungsinstrumente	Screening komorbide psychische Störungen / Begleiterkrankung „Ängste“	3.2.5, Seite 18	DEPR-004 DEPR-neu5
PHQ-9	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036
psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung (subjektiv oder objektiv)	Symptome	Patientinnen/Patienten mit einer agitierten Psychomotorik sind unruhig und wirken wie getrieben. Oft geht dies mit Ängstlichkeit einher. Gleichzeitig sind diese Menschen in ihrem zielorientierten Denken und Antrieb gehemmt. Achtung! „Innere Unruhe“ kann eine der Nebenwirkungen Antidepressiver Medikation sein!	3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Psychotherapie	Nicht-medikamentöse Behandlung	- Psychotherapie - Kombinationstherapie (Psychotherapie und Antidepressiv) - entsprechender Eintrag in Patientenakte, dass Psychotherapie empfohlen wurde.	3.3.3, Seite 32	DEPR-012 DEPR-020 DEPR-030 DEPR-031
SBB	Erhebungsinstrumente	Selbstbeurteilungsbogen	3.2.5, Seite 18	DEPR-neu5
Schilddrüsendiagnostik	Körperliche Untersuchung	- Untersuchung der Schilddrüse auf Veränderungen durch Abtasten - Labordiagnostik ○ fT4 – Freies Thyroxin ○ TSH basal ○ Mikrosomale Auto-AK (Thyroidale Peroxidase, MAK) ○ Werden Schilddrüsenmedikamente eingenommen (z.B. Thyronajod)?	3.2.6.1, Seite 23	DEPR-003 DEPR-004 DEPR-neu6
Schlafprobleme	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	3.4.2, Seite 40	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Schlafstörungen jeder Art	Symptome	Achtung! Schlafstörungen können auch Nebenwirkungen Antidepressiver Medikation sein!	3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Schwangerschaftsanamnese	Anamnesen	Befragung der Mutter, z.B. - Gewollte/ ungewollte Schwangerschaft - Vergewaltigung? - Infektionen während der Schwangerschaft - Mehrlingsschwangerschaft - (Gestations-)Diabetes - Dauermedikation - Drogen-/Alkoholabusus Psychosoziale Belastungen	3.2.4, Seite 15	DEPR-neu4
Schwindel	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	3.4.2, Seite 40	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
SDQ	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036 DEPR-neu5
Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	Anamnesen	Vorstellung des Patienten über die eigene Person. Hier geht es explizit um die Eigenanamnese des Patienten.	3.2.4, Seite 15	DEPR-neu4

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Selbstverletzendes Verhalten	Selbst-/Fremdgefährdung / Suizid	Freiwillige, direkte Verletzung des eigenen Körpers ohne suizidale Absicht. Die Feststellung erfolgt entweder durch Eigen- oder Fremdanamnese, oder durch eine körperliche Untersuchung (bspw. Schnitt-/Ritzspuren an Armen / Beinen). Auch kann in der Überweisung ein Hinweis auf selbstverletzendes Verhalten enthalten sein. Es reicht auch aus, wenn bspw. im Arztbrief des KJP an den überweisenden Pädiater enthalten ist, dass keine Hinweise auf ein selbstverletzendes Verhalten vorliegen. Achtung! Selbstverletzendes Verhalten kann eine der Nebenwirkungen Antidepressiver Medikation sein!	3.2.3, Seite 13	DEPR-014
sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen	Anamnesen	z.B. - Pubertät - Geschlechtsidentität - Freundschaftliche Beziehungen - engerer Freundeskreis/ Vertrauenspersonen romantische Beziehung	3.2.4, Seite 15	DEPR-neu4
SPAIK	Erhebungsinstrumente	Screening komorbide psychische Störungen / Begleiterkrankung „Ängste“	3.2.5, Seite 18	DEPR-004 DEPR-neu5
Stationäre Krankenhausbehandlung	Behandlungssetting	Gab es in den letzten 12 Monaten einen stationären Aufenthalt für die Diagnose „Depression“?	3.3.1, Seite 26	DEPR-040

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Suizidalität	Symptome	Psychischer Zustand, bei dem Gedanken und Verhalten (z.B. Suizidankündigungen) eines Menschen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod selbst zu verursachen, d.h. einen Selbstmord (Suizid) zu begehen. Achtung! Suizidalität kann auch eine Nebenwirkung Antidepressiver Medikation sein!	3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
Suizidversuch	Selbst-/Fremdgefährdung / Suizid	Hierbei handelt es sich sowohl um den Versuch, sich selbst (ohne Fremdeinwirkung) das Leben zu nehmen, d.h. einen Selbstmord (Suizid) zu begehen als auch eine nichttödliche Handlung gegen sich selbst, die zum Tode führen sollte. - Suizidversuch muss dokumentiert sein Risikofaktoren für Suizidalität: in der Vorgeschichte Suizidversuch, im nahen Umfeld (Suizidversuch), psychiatrische Störung, Alkohol, Drogen	3.2.3, Seite 13	DEPR-037
Symptomorientierte Anamnese / Ausmaß der Beeinträchtigung	Anamnesen	Leitsymptome entsprechend Krankheitsbild abfragen (siehe 3.2.1, Seite 4) Wie äußern sie sich im Alltag und über welchen Zeitraum? Ausmaß der Beeinträchtigung Die Quelle ist mit anzugeben (z.B. Eltern / Sorgeberechtigte, Schule, Kindergarten, etc.) Es ist mit anzugeben, auf welchen Lebensbereich (z.B. familiärer Lebensbereich, Schule / KiTa, Freundeskreis, etc.) sich die symptomorientierte Anamnese bezieht. Sofern sich die Symptomorientierte Anamnese auf unterschiedliche Lebensbereiche bezieht, ist je Lebensbereich das Merkmal entsprechend einmal zu erfassen.	3.2.4, Seite 15	DEPR-neu3

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Termine zur kurzen unterstützenden Beratung	Informations-/Beratungsgespräche	- Problemlösung - Aufklärung - aktives Zuhören	3.3.5, Seite 35	DEPR-029
Trimipramin	Medikamentöse Behandlung	Stangyl Trimineurin Trimipramin	3.3.2, Seite 27	DEPR-025
Übelkeit	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation	3.4.2, Seite 40	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032
Überweisung an Facharzt	Externe Kommunikation		3.5, Seite 43	DEPR-033
ULQIE	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.5, Seite 18	DEPR-008
unbegründete Selbstvorwürfe	Symptome		3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Unschlüssigkeit und Unentschlossenheit	Symptome		3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Angststörungen“	Psychische Untersuchung	- Durch Anamnese / Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente CY-BOCS, PHOKI, etc. (siehe 3.2.5, Seite 18)	3.2.6.2, Seite 25	DEPR-004
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Substanzmissbrauch“	Psychische Untersuchung	- Anamnese / Nachfrage - Dokumentation im PPB - ggf. Drogenscreening	3.2.6.2, Seite 25	DEPR-004
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Zwangsstörungen“	Psychische Untersuchung	- Durch Anamnese / Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente CY-BOCS, etc. (siehe 3.2.5, Seite 18)	3.2.6.2, Seite 25	DEPR-004
Untersuchung auf komorbide psychische Störungen	Psychische Untersuchung	- Durch Anamnese / Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente SDQ, CBCL, YSR, PHOKI, SPAIK, DISYPS, CY-BOCS, FBB, SBB, etc. (siehe 3.2.5, Seite 18)	3.2.6.2, Seite 25	DEPR-neu5

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Untersuchung auf körperliche Begleiterkrankungen	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung - Anamnese weiterer Erkrankungen - Arztbrief / Überweisung - (Patienten-)Fragebogen (z.B. Aufnahmebogen)	3.2.6.1, Seite 23	DEPR-004 DEPR-neu6
Untersuchung der Lunge	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung der Lunge durch ○ Abhorchen (Atem- und Nebengeräusche) ○ Beurteilung von Atmung und Auswurf ○ Röntgen der Lunge	3.2.6.1, Seite 23	DEPR-003 DEPR-004 DEPR-neu6
Untersuchung des Abdomens	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung des Abdomens durch ○ Abhorchen (Darmgeräusche) ○ Abtasten (Leber, Milz, Nieren)	3.2.6.1, Seite 23	DEPR-003 DEPR-004 DEPR-neu6
Untersuchung des Herzens	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung des Herzens durch ○ Abhorchen ○ EKG Bitte auch mit erheben, wenn auffällige Untersuchungsergebnisse dokumentiert wurden (z.B. auffälliges EKG)	3.2.6.1, Seite 23	DEPR-003 DEPR-004 DEPR-neu6

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Verlust des Selbstvertrauens	Symptome	Selbstvertrauen beschreibt das Vertrauen in dich selbst. Vertraust du auf deine Fähigkeiten und Entscheidungen? Positive Erfahrungen führen dazu, dass dein Selbstvertrauen stark ist. - Angst vor Nähe zu anderen Menschen - Dauerhafte Anspannung und Beunruhigung - Erfolge weder selbst wahrzunehmen noch damit umgehen zu können - Hohes Maß an genereller Unzufriedenheit - „Ja“ zu sagen, wenn man eigentlich „Nein“ meint (und umgekehrt) - Krankhafter Vergleich mit anderen vermeintlich höherwertigen Menschen - Sein Leben nicht in vollen Zügen zu genießen - Sich immer als Opfer fühlen - Träges Verharren in der Komfortzone - Unbegründete Zukunftsangst - Unsinnige Angewohnheit, sich ständig selber nach unten zu ziehen - Von anderen wiederholt kritisiert, lächerlich gemacht, gemobbt oder körperlich misshandelt zu werden	3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6
Verlust des Selbstwertgefühls	Symptome	Das Selbstwertgefühl bezeichnet das Maß an Wertschätzung sich selbst gegenüber. Was halte ich von mir selbst? Was schreibe ich mir für einen Wert zu? Hierbei beeinflussen sowohl positive als auch negative Erfahrungen und Bewertungen unseres sozialen Umfelds die Beurteilung des Selbst. Familie, Freunde oder Arbeitskollegen beeinflussen also unser Selbstwertgefühl.	3.2.1, Seite 4	DEPR-005 DEPR-007 DEPR-008 DEPR-033 DEPR-neu2 DEPR-neu3 DEPR-neu5 DEPR-neu6

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Vermehrtes Auftreten von suizidalen Gedanken	Symptome möglicher Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung	Mögliche Nebenwirkung Antidepressiver Medikation Psychischer Zustand, bei dem Gedanken und Verhalten (z.B. Suizidankündigungen) eines Menschen darauf ausgerichtet sind, den eigenen Tod selbst zu verursachen, d.h. einen Selbstmord (Suizid) zu begehen.	3.4.2, Seite 40	DEPR-009 DEPR-010 DEPR-011 DEPR-013 DEPR-032

verminderter Antrieb	Symptome	- leise, schleppende Sprache bis zum Mutismus
		- verlangsamte Bewegungsabläufe bis zum Stupor
		- Antriebshemmung (Sonderform: Energie und Initiative sind vermindert)
		  ○ Energie, Initiative und Anteilnahme werden als gebremst/blockiert erlebt. Der Patient will etwas Bestimmtes machen, schafft es aber nicht, bricht ab, fühlt sich blockiert und gebremst, rafft sich wieder auf, etc.
		  ○ Mangel an Energie, Initiative, Elan und Anteilnahme mit spärlicher spontaner Motorik. Der Patient wirkt in sich selbst versunken und zieht sich häufig im Verlauf immer mehr von der Außenwelt zurück.
		- Mangel an Initiative und Energie, erschwerte Aktivität
		- vorhandener Intention, die betroffenen erleben sich als „gebremst“
			3.2.1, Seite 4	DEPR-005
				DEPR-007
				DEPR-008
				DEPR-033
				DEPR-neu2
				DEPR-neu3
				DEPR-neu5
				DEPR-neu6

Vollendeter Suizid	Selbst-/Fremdgefährdung / Suizid		3.2.3, Seite 13	DEPR-040
WHO-5	Erhebungsinstrumente	Generisches oder depressionsspezifisches Instrument zur Überprüfung der Ausprägung depressiver Symptome (Schweregradbestimmung)	3.2.5, Seite 18	DEPR-010 DEPR-012 DEPR-024 DEPR-031 DEPR-034 DEPR-036

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
YSR	Erhebungsinstrumente	Screening komorbide psychische Störungen	3.2.5, Seite 18	DEPR-neu5

4.3 Medikamente | Handelsnamen

4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Amitriptylin	N06AA09	trizyklische Antidepressiva	Amineurin
Amitriptylin	N06AA09	trizyklische Antidepressiva	Amitriptylin
Amitriptylin	N06AA09	trizyklische Antidepressiva	Syneudon
Amitriptylinoxid	N06AA25	trizyklische Antidepressiva	Amioxid
Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa	Atosil
Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa	Betadorm
Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa	Dexdor
Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa	Dolestan
Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa	Gittalun
Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa	Halbmond
Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa	Hemodorm
Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa	Hoggar
Azaspirodecandion	N05BE	Anxiolytika	Anxut
Azaspirodecandion	N05BE	Anxiolytika	Busp
Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika	Alprazolam
Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika	Bromazepam
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Dalmadorm
Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika	Diazepam
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Dormicum
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Eatan
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Flurazepam
Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika	Frisium
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Halcion
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Lendorm
Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika	Lorazepam
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Midazolam

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Mogadan
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Noctamide
Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika	Oxazepam
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Planum
Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa	Remestan
Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika	Rudotel
Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika	Tafil
Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika	Tavor
Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika	Tranxilium
Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa	Bikalm
Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa	Lunivia
Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa	Stilnox
Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa	Ximovan
Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa	Zolpidem
Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa	Zopiclon
Citalopram	N06AB04	Antidepressiva	Cipramil
Citalopram	N06AB04	Antidepressiva	Citalon
Citalopram	N06AB04	Antidepressiva	Citalopram
Clomipramin	N06AA04	trizyklische Antidepressiva	Anafranil
Clomipramin	N06AA04	trizyklische Antidepressiva	Clomipramin
Diphenylmethan	N05BB	Anxiolytika	Atarx
Diphenylmethan	N05BB	Anxiolytika	Hydroxyzin
Doxepin	N06AA12	trizyklische Antidepressiva	Aponal
Doxepin	N06AA12	trizyklische Antidepressiva	Doneurin
Doxepin	N06AA12	trizyklische Antidepressiva	Doxepin
Doxepin	N06AA12	trizyklische Antidepressiva	Mareen
Escitalopram	N06AB10	Antidepressiva	Cipralex
Escitalopram	N06AB10	Antidepressiva	Escitalex
Escitalopram	N06AB10	Antidepressiva	Escitalopram
Escitalopram	N06AB10	Antidepressiva	Seroplex
Fluoxetin	N06AB03	Antidepressiva	Fluoxetin

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Imipramin	N06AA02	trizyklische Antidepressiva	Imipramin
Maprotilin	N06AA21	trizyklische Antidepressiva	Maprotilin
Melatonin	N05CH	Hypnotika / Sedativa	Circadin
Melatonin	N05CH	Hypnotika / Sedativa	Hetlioz
Melatonin	N05CH	Hypnotika / Sedativa	Melatonin
Melatonin	N05CH	Hypnotika / Sedativa	Slentyo
Nortriptylin	N06AA10	trizyklische Antidepressiva	Nortriptylin
Opipramol	N06AA05	trizyklische Antidepressiva	Isidon
Opipramol	N06AA05	trizyklische Antidepressiva	Ophel
Opipramol	N06AA05	trizyklische Antidepressiva	Opipramol
Pflanzliche Anxiolytika	N05BP	Anxiolytika	Ka-Sabona
Pflanzliche Anxiolytika	N05BP	Anxiolytika	Lasea
Pflanzliche Anxiolytika	N05BP	Anxiolytika	Stasolin
Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa	Alluna
Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa	Baldrian
Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa	Baldrivit
Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa	Euvegal
Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa	Pascoflair
Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa	Sedonium
Trimipramin	N06AA06	trizyklische Antidepressiva	Stangyl
Trimipramin	N06AA06	trizyklische Antidepressiva	Trimineurin
Trimipramin	N06AA06	trizyklische Antidepressiva	Trimipramin

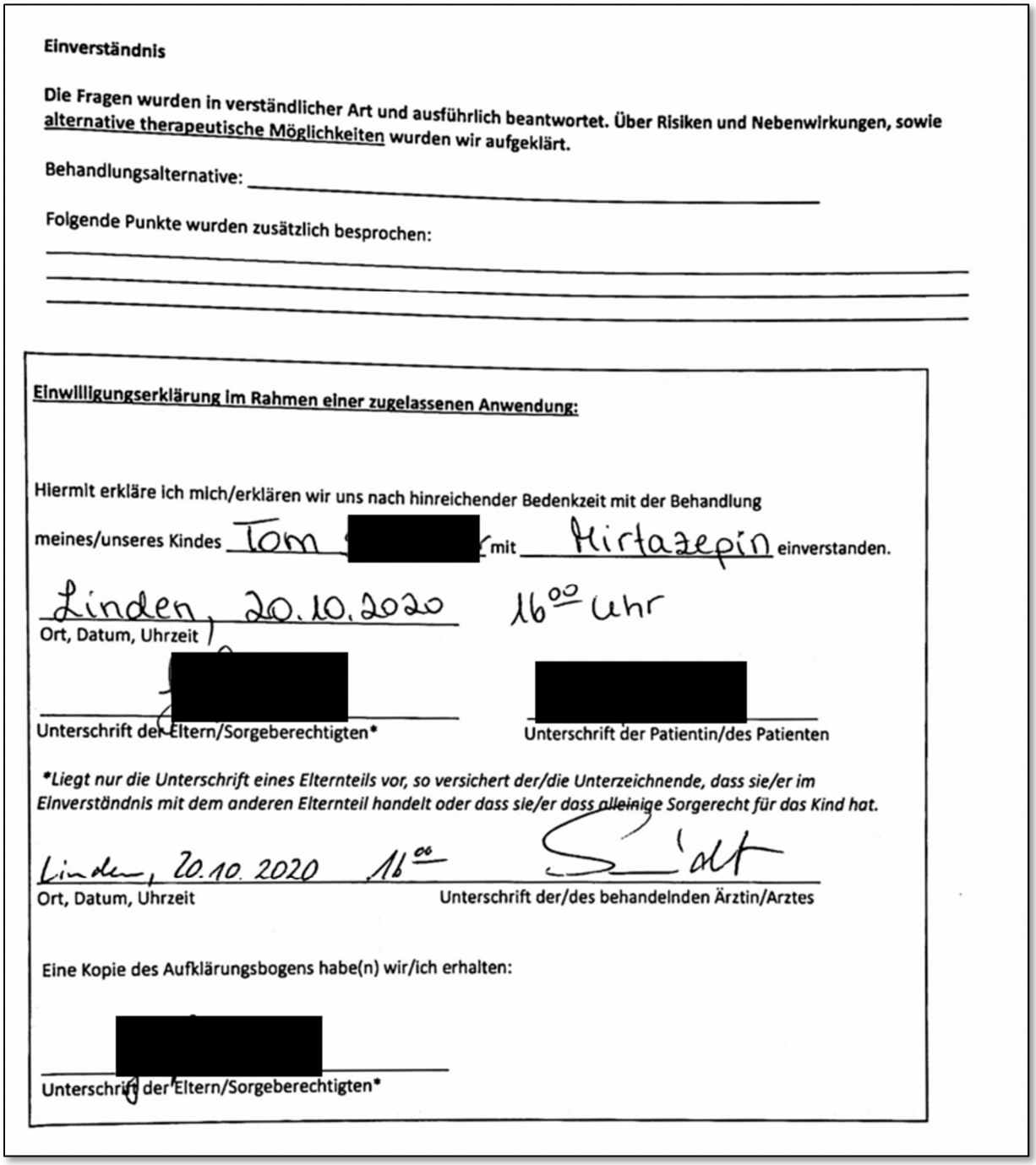
4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Alluna	Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa
Alprazolam	Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika
Amineurin	Amitriptylin	N06AA09	trizyklische Antidepressiva
Amioxid	Amitriptylinoxid	N06AA25	trizyklische Antidepressiva

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Amitriptylin	Amitriptylin	N06AA09	trizyklische Antidepressiva
Anafranil	Clomipramin	N06AA04	trizyklische Antidepressiva
Anxut	Azaspirodecandion	N05BE	Anxiolytika
Aponal	Doxepin	N06AA12	trizyklische Antidepressiva
Atarx	Diphenylmethan	N05BB	Anxiolytika
Atosil	Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa
Baldrian	Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa
Baldrivit	Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa
Betadorm	Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa
Bikalm	Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa
Bromazepam	Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika
Busp	Azaspirodecandion	N05BE	Anxiolytika
Cipralex	Escitalopram	N06AB10	Antidepressiva
Cipramil	Citalopram	N06AB04	Antidepressiva
Circadin	Melatonin	N05CH	Hypnotika / Sedativa
Citalon	Citalopram	N06AB04	Antidepressiva
Citalopram	Citalopram	N06AB04	Antidepressiva
Clomipramin	Clomipramin	N06AA04	trizyklische Antidepressiva
Dalmadorm	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa
Dexdor	Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa
Diazepam	Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika
Dolestan	Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa
Doneurin	Doxepin	N06AA12	trizyklische Antidepressiva
Dormicum	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa
Doxepin	Doxepin	N06AA12	trizyklische Antidepressiva
Eatan	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa
Escitalex	Escitalopram	N06AB10	Antidepressiva
Escitalopram	Escitalopram	N06AB10	Antidepressiva
Euvegal	Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa
Fluoxetin	Fluoxetin	N06AB03	Antidepressiva
Flurazepam	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa
Frisium	Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika
Gittalun	Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa
Halbmond	Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa
Halcion	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Hemodorm	Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa
Hetlioz	Melatonin	N05CH	Hypnotika / Sedativa
Hoggar	Andere Hypnotika und Sedativa	N05CM	Hypnotika / Sedativa
Hydroxyzin	Diphenylmethan	N05BB	Anxiolytika
Imipramin	Imipramin	N06AA02	trizyklische Antidepressiva
Isidon	Opipramol	N06AA05	trizyklische Antidepressiva
Ka-Sabona	Pflanzliche Anxiolytika	N05BP	Anxiolytika
Lasea	Pflanzliche Anxiolytika	N05BP	Anxiolytika
Lendorm	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa
Lorazepam	Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika
Lunivia	Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa
Maprotilin	Maprotilin	N06AA21	trizyklische Antidepressiva
Mareen	Doxepin	N06AA12	trizyklische Antidepressiva
Melatonin	Melatonin	N05CH	Hypnotika / Sedativa
Midazolam	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa
Mogadan	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa
Noctamide	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa
Nortriptylin	Nortriptylin	N06AA10	trizyklische Antidepressiva
Ophel	Opipramol	N06AA05	trizyklische Antidepressiva
Opipramol	Opipramol	N06AA05	trizyklische Antidepressiva
Oxazepam	Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika
Pascoflair	Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa
Planum	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa
Remestan	Benzodiazepin	N05CD	Hypnotika / Sedativa
Rudotel	Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika
Sedonium	Pflanzliche Hypnotika und Sedativa	N05CP	Hypnotika / Sedativa
Seroplex	Escitalopram	N06AB10	Antidepressiva
Slentyo	Melatonin	N05CH	Hypnotika / Sedativa
Stangyl	Trimipramin	N06AA06	trizyklische Antidepressiva
Stasolin	Pflanzliche Anxiolytika	N05BP	Anxiolytika
Stilnox	Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa
Syneudon	Amitriptylin	N06AA09	trizyklische Antidepressiva
Tafil	Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika
Tavor	Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika
Tranxilium	Benzodiazepin	N05BA	Anxiolytika
Trimineurin	Trimipramin	N06AA06	trizyklische Antidepressiva
Trimipramin	Trimipramin	N06AA06	trizyklische Antidepressiva
Ximovan	Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa
Zolpidem	Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa
Zopiclon	Benzodiazepin-verwandt	N05CF	Hypnotika / Sedativa

4.4 Abbildungen



Einverständnis

Die Fragen wurden in verständlicher Art und ausführlich beantwortet. Über Risiken und Nebenwirkungen, sowie alternative therapeutische Möglichkeiten wurden wir aufgeklärt.

Behandlungsalternative: _____

Folgende Punkte wurden zusätzlich besprochen:

_____

_____

_____

Einwilligungserklärung im Rahmen einer zugelassenen Anwendung:

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns nach hinreichender Bedenkzeit mit der Behandlung meines/unseres Kindes Tom [redacted] mit Mirtazepin einverstanden.

Linden, 20.10.2020 16⁰⁰ Uhr
Ort, Datum, Uhrzeit

[redacted]
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten*

[redacted]
Unterschrift der Patientin/des Patienten

*Liegt nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er dass alleinige Sorgerecht für das Kind hat.

Linden, 20.10.2020 16⁰⁰ [redacted]
Ort, Datum, Uhrzeit Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes

Eine Kopie des Aufklärungsbogens habe(n) wir/ich erhalten:

[redacted]
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten*

Abbildung 1: Beispiel Einverständniserklärung Behandlung mit Antidepressiva

Aufklärungsbogen zum Beratungsgespräch bzgl. einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva

Was sind Antidepressiva?

Antidepressiva sind Psychopharmaka, die bei sehr unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden.
Bei Depressionen und bei anderen psychischen Krankheiten, die mit einem Mangel an Freude, Schwung und Initiative einhergehen, wirken sie angstlösend, hellen die gedrückte Stimmung auf und fördern den Antrieb.
Manche Antidepressiva mildern die Symptome von Angst- und Zwangskrankheiten ab.
Bei chronischen Schmerzkrankheiten lindern manche Antidepressiva Schmerzzustände, die mit üblichen Schmerzmitteln nur kurzfristig oder überhaupt nicht beeinflusst werden können.

Die verschiedenen Antidepressiva:

Sie unterscheiden sich in ihrem chemischen Aufbau, den Wirkungen und Nebenwirkungen voneinander. Welches Medikament geeignet ist, hängt vor allem von der Schwere der Erkrankung und von der Verträglichkeit des jeweiligen Antidepressivums ab. Um Nebenwirkungen abzumildern, werden die meisten Antidepressiva „einschleichend" dosiert, d.h., die Dosis wird innerhalb von 1–2 Wochen allmählich gesteigert.
Bei Therapieende sollten alle Antidepressiva langsam, d.h. innerhalb mehrerer Wochen, abgesetzt werden. Bei abruptem Beenden der Einnahme können Absetzerscheinungen auftreten. Diese sind vor allem bei reinen Serotoninwiederaufnahmehemmern beschrieben worden, kommen aber auch bei anderen Antidepressiva vor. Typische Absetzerscheinungen sind Kreislaufbeschwerden, Schwindel oder Empfindungen, die sich wie leichte Stromschläge anfühlen. Es kann auch zu Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Durchfall, Verstopfung oder anderen körperlichen Symptomen kommen. Stimmungsschwankungen, Unruhe und Suizidgedanken sind ebenfalls möglich. Diese Symptome sind unangenehm, aber nicht gefährlich und lassen sich durch Einnahme der ursprünglichen Dosis unterbrechen. Manchmal ist dann ein langsames Absetzen über Wochen oder Monate erforderlich.

1. Reine Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI):
   Z.B. Fluoxetin, Citalopram, Escitalopram, Sertralin. Wirken bei Depressionen sowie bei Angst- und Zwangserkrankungen. Sie haben keine beruhigende oder schlaffördernde Wirkung.
2. Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)
   Z.B. Venlafaxin, Duloxetin
3. Andere Antidepressiva
   Manche dieser Medikamente helfen auch bei Unruhe und Schlafstörungen. Zu diesen Substanzen gehören z.B. Agomelatin, Mirtazapin
4. Johanniskrautpräparate
   Diese Medikamente sind nur für leichte Depressionen zugelassen, ihre Wirkung ist nur durch wenige Untersuchungen belegt.

Behandlungsalternativen

Unipolare Depressionen können mit guten Erfolgsaussichten psychotherapeutisch behandelt werden. Hierfür muss in der Regel ein Behandlungsantrag bei der Krankenkasse gestellt werden. Wartezeiten sind dabei meist nicht zu vermeiden. Fragen Sie Ihren Arzt, ob er Ihnen eine solche Behandlung empfiehlt.
Als medikamentöse Alternativen stehen trizyklische Antidepressiva zur Verfügung. Sie gehören zu den am längsten eingesetzten Psychopharmaka. Bei der Behandlung sehr schwerer Depressionen sind manche dieser Medikamente anderen Substanzen überlegen. Allerdings haben sie, vor allem bei älteren Menschen, ausgeprägte Nebenwirkungen. Eine weitere Alternative für die Behandlung schwerer Depressionen ist die Elektrokonvulsionstherapie (EKT). Hierfür ist ein gesondertes Informationsblatt erhältlich.

Einnahmezeitpunkt

Die Medikamente werden wie folgt eingenommen:

- **Reine Serotonin-Wiederaufnahmehemmer**: morgens
- **Venlafaxin** : morgens und mittags
- **Duloxetin** : morgens
- **Agomelatin** : abends
- **Mirtazapin** : abends
- **Johanniskrautpräparate**: zweimal täglich (morgens und abends)

Abbildung 2: Beispiel "Aufklärungsbogen zum Beratungsgespräch bzw. einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva"

Stand:
15. Juni 2022

Handbuch Erfassung Patientenakte

NEURODERMITIS

QualiPäd

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis i
2 Vorwort / Einführung 2
3 Erhebungsmerkmale 3
3.1 Diagnosen 3
3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen 3
3.2 Diagnostik 4
3.2.1 Symptome 4
3.2.2 Medizinische Untersuchung 6
3.2.2.1 Körperliche Untersuchung 6
3.3 Behandlung / Therapie 7
3.3.1 Medikamentöse Behandlung 7
3.3.2 Nicht-medikamentöse Behandlung 11
3.3.3 Behandlungsplan 13
3.3.4 Informations-, Aufklärungs- und Beratungsgespräche 14
3.4 Konsultationen 15
3.4.1 Kontrolltermine 15
3.5 Externe Kommunikation / Überweisung 16
3.6 PROM/PREM 17
4 Anhang i
4.1 Indikatorenübersicht i
4.2 Merkmalsübersicht iii
4.3 Medikamente | Handelsnamen xiii
4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff xiii
4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen xvi

2 Vorwort / Einführung

Neurodermitis (atopisches Ekzem, atopische Dermatitis) ist eine chronische, nicht ansteckende Hauterkrankung. Typische Anzeichen sind Hautausschlag und starkes Jucken. Neurodermitis tritt häufig bei Kindern auf. Oft bessert sich das Krankheitsbild mit den Jahren und verschwindet zeitweise oder sogar ganz.

Eine Neurodermitis kann die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen. Vor allem der Juckreiz kann belastend sein, den Schlaf und die Konzentrationsfähigkeit stören. Vielen Betroffenen sind ihre sichtbaren Ausschläge unangenehm und sie fühlen sich deshalb stigmatisiert.

Das Hauptsymptom einer Neurodermitis ist der quälende Juckreiz. Die Hautausschläge können je nach Stadium verschieden ausgeprägt sein:

- ⇨ Bei einem akuten Ausschlag ist die Haut gerötet und juckt sehr stark. Die entzündeten Hautstellen können auch Bläschen bilden, die leicht aufgehen und dann nässen.
- ⇨ Nach der akuten Phase wird der Ausschlag allmählich blasser. Die Haut wird trocken und pellt sich.
- ⇨ Mit der Zeit kann sich die Haut verdicken, gröber und rissig werden.

Akute und weniger akute Ausschläge können an unterschiedlichen Hautstellen auch gleichzeitig bestehen.

Neurodermitis verläuft meist in Schüben. Das bedeutet, dass die Beschwerden mal stärker, mal weniger stark sind. Zeitweise können sie auch völlig verschwinden. Nur selten ist die Haut dauerhaft entzündet.

3 Erhebungsmerkmale

3.1 Diagnosen

3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen

ICD-Schlüssel	Beschreibung
L20.-	**Atopisches (endogenes) Ekzem**
L20.0	Prurigo Besnier
L20.8	sonstiges atopisches (endogenes) Ekzem
L20.9	Atopisches (endogenes) Ekzem, nicht näher bezeichnet

3.2 Diagnostik

3.2.1 Symptome

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Juckreiz	Symptome	Pruritus		ND-026
(sehr) trockene Haut	Symptome	Xerosis		ND-026
Ekzeme	Symptome Entzündliche Anzeichen der Haut - Rötungen - Abschürfung - Nässen - Krustenbildung - Ödem/ Papelbildung Ausschließlich Trockenheit ist nicht ausreichend	Erytheme Exkoriation		ND-004 ND-005 ND-007 ND-009 ND-015 ND-016 ND-020 ND-023 ND-024 ND-026
Ekzeme_Lokalisation	Folgende Ausprägungen erheben (sofern vorhanden); pro Lokalisation bitte jeweils separat erfassen: - Gesicht - Achselhöhle - Leisten			ND-005

Infektion	Art der Infektion entsprechend angeben:
	- bakteriell
	  ○ Nachweisbar über Hautabstrich auf pathologische Keime
	  ○ i.d.R. Staphylococcus aureus
	- Pilzinfektion
				ND-010
				ND-015

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Schweregrad des Ekzems	- muss individuell entschieden/interpretiert werden <u>Anhaltspunkte:</u> - Ausmaß (betroffene Hautareale) - Intensität (z.B. „sehr“, „leicht“, „deutlich“) - Subjektives Empfinden (Juckreiz, Schlaflosigkeit) Folgende Ausprägungen erheben: - Stufe 1 – Trockene Haut o ausschließlich trockene Haut - Stufe 2 – Leichte Ekzeme o Leichte Symptome - Stufe 3 – Moderate Ekzeme o Mäßig ausgeprägte Symptome - Stufe 4 – Persistierende, schwer ausgeprägte Ekzeme o Dauerhaft schwere Symptome		- „OS (Oberschenkel) Innenseiten und Knöchel noch gerötet und leicht exkoriert“ (Beispiel für Stufe 2 – Leichte Ekzeme) - „gerötete Exkoriationen an Stirn, Nacken, Oberschenkeln. Auch trockene schuppige Haut an Armen, Beinen und Stamm“ (Beispiel für Stufe 3 – Moderate Ekzeme)	ND-007 ND-016 ND-020 ND-023 ND-024

3.2.2 Medizinische Untersuchung

3.2.2.1 Körperliche Untersuchung

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Prick-Test	- Hauttest auf Allergien. - Verfahren zur Diagnostik der IgE-vermittelten Allergie vom Soforttyp (Typ I). - Nach Aufbringen eines Tropfens allergenhaltiger Lösung wird eine sog. Prick-Nadel in die Haut gestochen. - 15–20 Minuten später beurteilt der Arzt die **Quaddelbildung** im Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle.			ND-001
Bestimmung Thiopurinmethyltransferase	- Zur Verhinderung schwerer Nebenwirkungen vor der Behandlung mit Azathioprin, Mercaptopurin oder Thioguanin wird die Bestimmung der TPMT dringend empfohlen. Ergebnisdarstellung - 20 nmol/gHb*h normale Enzymaktivität - 10-20 nmol/gHb*h heterozygote Aktivitätsminderung des Enzyms - < 10 nmol/gHb*h homozygote Aktivitätsminderung des Enzyms	TPMT	Blutuntersuchung -> Laborbericht	ND-003

3.3 Behandlung / Therapie

3.3.1 Medikamentöse Behandlung

Bei den Basistherapeutika bilden Feuchtigkeits- und fetthaltige Salben und Cremes die Grundlage, die im Bedarfsfall um wirkstoffhaltige Zusätze ergänzt werden können.

Bei den Medikamenten ist unbedingt auch die Tagesdosis (z.B. 20mg – 0 – 5mg – 0) und die Packungsgröße (z.B. N1, N2, N3, 100 Stck.) mit zu erheben!

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Urea	**Emollientia** D02AE01 Basistherapeutika	- Balisa - Basodexan - Elacutan - Linola Urea - Nubral - Ura Actis - Ureotop - Widmer: Carbamid	ND-013
Gerbstoffe	**Antipruriginosa** D04AX07 Basistherapeutika	- Tanno Hermal - Tannolact - Tannosynt	ND-013
Dexpanthenol	**Wundbehandlungsmittel** D03AX03 Basistherapeutika	- Bepanthen - Bepanthol - Comeregel - Marolderm - Pan-Ophtal - Panthenol Schaumspray	ND-013
Tacrolismus	**Topische Calcineurin-Inhibitoren** L04AD02	- Protopic - Tracolimus-Demapharm	ND-007 ND-009
Pimecrolimus	**Dermatika** D11AH02	- Elidel	ND-007 ND-009

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Ciclosporin	**Topische Calcineurin-Inhibitoren** L04AD01	- Cicloral - Immunsosporin - Ciqorin - Neoral* - Sandimmun*	ND-008
Azathioprin	**Immunsuppressiva** L04AX01	- Imurek - AZA-effect - Azafalk* - AZA-Q - Azaqvida	ND-003
Hydrocortison	**Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)** D07AA02	- Alfason - Neuroderm Akut - Psoticort - Ebenol - Hydroacutan - HydroGalen	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Prednisolon	**Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)** D07AA03	- Alferm Salbe - Leioderm-P - Linola-H N - Decortin	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Dexamethason	**Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)** D07AB19	- DEXAMTEHASON Creme LAW - Cortidexason N	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Clobetason	**Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)** D07AB01	- Emovate	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Triamcinolon	**Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)** D07AB09	- TriamGalen Creme - Triamcolon AbZ	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Betamethasonvalerat 0,05%	**Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)** D07AC01	- Betalagen - Betnesol - Celastmine - Diprosis S	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Flupredniden	**Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)** D07AB07	- DECODERM tri Creme	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Mometason	**Topische Glukokortikosteroide (Klasse III)** D07AC13	- Ecural	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Betamethasonvalerat 0,1%	**Topische Glukokortikosteroide (Klasse III)** D07AC01		ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Diflucortolon	**Topische Glukokortikosteroide (Klasse III)** D07AC06	- Nersisona	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Clobetasol	**hochpotente Glukokortikosteroide (IV)** D07AD01	- Dermoxin - Clarelux - Clobegalen - Karison	ND-005

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Hydrocortison	**Orale Glukokortikosteroide** H02AB09	- Hydrocortison GALEN - Hydrocortison JENAPHARM	ND-006
Prednisolon	**Orale Glukokortikosteroide** H02AB07	- Decortin H - Solu-Decortin	ND-006
Betamethason	**Orale Glukokortikosteroide** H02AB01	- Celestamine N	ND-006
Aciclovir	**Virostatika** J05AB01	- Acic* - ACICLO* - Wariviron - Zovirax	ND-017

3.3.2 Nicht-medikamentöse Behandlung

Hierbei ist stets zu dokumentierten, ob eine Maßnahme empfohlen, angeboten, durchgeführt oder abgeschlossen ist.

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Fettfeuchte Umschläge	- Nasse Verbände in Kombination mit fettreicher Basiscreme, -pflege - Verordnungen von Basistherapie + Verbänden	- Verband - Wickel - Schlauchverband		ND-014
PUVA-Therapie	- Behandlung mit einem Lichtsensibilisator (8-Methoxypsoralen) und nachfolgender Bestrahlung mit langwelligem ultraviolettem Licht (UVA).	- PUVA-Phototherapie		ND-012

Schulungsprogramm	- es ist anzugeben, ob dem Patienten oder dessen Eltern ein Neurodermitis-Schulungsprogramm angeboten wurde
	  o selbst / in der Praxis
	  o auf Überweisung bei Dritten
	Es ist anzugeben, ob das Schulungsprogramm lediglich angeboten, oder auch tatsächlich durchgeführt wurde.
		- Neurodermitis-Schulung		ND-022

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Vermeidung oder Reduzierung Triggerfaktoren	Unter dem Begriff Triggerfaktoren werden alle äußeren Einflussfaktoren zusammengefasst, die die Krankheit auslösen oder verschlimmern können. ○ Mögliche Triggerfaktoren: ○ Nahrungsmittelallergien ○ sonstige Allergien (Tierhaare, Pollen, Hausstabmilben) ○ Jahreszeiten (Klimaverhältnisse, kaltes, trockenes Wetter...) ○ Hautkontakt und Irritationen (Materialien in Kleidung, Wachmittel, Pflegemittel, Schwitzen nach Sport) ○ Stress, Psyche, Belastungssituationen ○ Kratzen ○ Tabakrauch, Duftstoffe ○ Infekte, Mikrobielle Faktoren ○ Hormone (Menstruation) Kann sowohl vom Arzt, als auch vom Patienten / dessen Familie vorgeschlagen werden.			ND-016 ND-024

3.3.3 Behandlungsplan

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Verhaltensplan	Anleitungen zum Verhalten → muss erstellt, beschrieben und ausgehändigt werden. Beispiele - Behandlungsempfehlungen für Patienten/Eltern/Betreuer je nach aktuellem Zustand (routinemäßige sanfte tägliche Hautpflege, leichte bis mittelschwere Schübe, schwere Schübe oder erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität) - Auflistung von Provokationsfaktoren (z.B. Stress, Irritationen der Haut durch Wolle etc.) - Anleitungen für Bäder und feuchte Umschläge			ND-019

3.3.4 Informations-, Aufklärungs- und Beratungsgespräche

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Empfehlung Ausschlussdiät (stillende Mütter)	- Empfehlung an stillende Mutter bzgl. ihrer Ernährung: - z.B. Verzicht auf bestimmte Lebensmittel während der Stillzeit (z.B. Fleisch, Soja, Milch)			ND-018

3.4 Konsultationen

3.4.1 Kontrolltermine

Bei diesem Merkmal geht es um die Beurteilung, ob ein Patient in regelmäßigen Abständen den Arzt aufgesucht hat. Es ist hierbei zwischen „Erstvorstellung“ und „Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin“ zu unterscheiden.

Ein Kontroll-bzw. Wiedervorstellungstermin dient bei einer chronischen Erkrankung in erster Linie einer Verlaufskontrolle (Verbesserung / Verschlechterung der Symptomatik) und ist im Allgemeinen geplant.

Nur das Ausstellen eines Medikamentenrezepts o.ä. ist hier nicht als Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin zu berücksichtigen!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Kontrolltermin	- Feststellung und Dokumentation des Schweregrads des Ekzems (siehe 3.2.1, Seite 4)			ND-020

3.5 Externe Kommunikation / Überweisung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Überweisung zur Untersuchung auf mögliche Nahrungsmittel- und andere Allergien	- Untersuchungen, die über die Basis-Allergiediagnostik hinausgehen - z.B. an Allergologen			ND-016
Überweisung zur nächst höheren Versorgungsstufe	- pädiatrische dermatologische Spezialisten z.B. Fachärzte, Fachabteilungen in Kliniken			ND-017

3.6 PROM/PREM

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Emotionale und krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen	z.B. - Schlafstörungen, - Konzentrationsschwäche, - Leistungseinbußen in der Schule - Einschränkungen im Sport und sozialen Aktivitäten - Stigmatisierung - niedriges Selbstbewusstsein - soziale Isolation - Angst, Traurigkeit, Depression			ND-015 ND-026
Gefühl von Stigmatisierung, wenn andere Haut sehen	- Patienten fühlen sich aufgrund ihrer Haut von anderen Menschen abgelehnt. - z.B. Im Kindergarten / in der Schule / in Vereinen ausgeschlossen werden, andere Kinder ekeln sich, haben Angst sich anzustecken und wollen die betroffene Person nicht anfassen			ND-027
Besprechung + Dokumentation des psychischen Befindens und Lebensqualität des Patienten + dessen Familie	z.B. - Wie geht es dem Patienten und der Familie? - Inwieweit ist er bzw. seine Familie eingeschränkt? - Abfragen über Fragebogen			ND-028

4 Anhang

4.1 Indikatorenübersicht

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
ND-001	Anteil Patienten mit Verdachtsdiagnose Neurodermitis, bei denen ein Prick-Test durchgeführt wurde.	3.2.2.1, Seite 6	PÄD HA	Patient
ND-003	Anteil Neurodermitispatienten, bei denen vor Therapiebeginn mit Azathioprin die Thiopurin-methyltransferase (TPMT) bestimmt wurde.	3.2.2.1, Seite 6 3.3.1, Seite 7	PÄD HA	Patient
ND-004	Anteil Neurodermitispatienten, die bei Ekzemen ein topisches Glukokortikosteroid verordnet bekommen.	3.2.1, Seite 4 3.3.1, Seite 7	PÄD HA	Episode
ND-005	Anteil Neurodermitispatienten mit Ekzemen im Gesicht, in den Achselhöhlen oder in den Leisten, die hochpotente Glukokortikosteoride (Klasse IV) verordnet bekommen.	3.2.1, Seite 4 3.3.1, Seite 7	PÄD HA	Episode
ND-006	Anteil Neurodermitispatienten, die länger als einen Monat mit oralen Glukokortikosteroiden behandelt werden.	3.3.1, Seite 7	PÄD HA	Patient
ND-007	Anteil Neurodermitispatienten, mit moderaten bis schwer ausgeprägten Ekzemen, die nach Behandlungsende des Schubs über mindestens einen Monat an 2 Tagen pro Woche topische Glukokortikosteroide oder topische Calcineurininhibitoren verordnet bekommen.	3.2.1, Seite 4 3.3.1, Seite 7	PÄD HA	Episode
ND-008	Anteil Neurodermitispatienten, die länger als ein Jahr mit Cyclosporin behandelt werden. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.3.1, Seite 7	PÄD HA	Patient
ND-009	Anteil Neurodermitispatienten mit Ekzemen im Gesicht, in den Achselhöhlen, in den Leisten oder im Genitalbereich, die topische Calcineurininhibitoren verordnet bekommen.	3.2.1, Seite 4 3.3.1, Seite 7	PÄD HA	Episode
ND-010	Anteil Neurodermitispatienten, die ein orales Antibiotikum ohne eindeutige Anzeichen einer bakteriellen Superinfektion verordnet bekommen. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.2.1, Seite 4	PÄD HA	Episode
ND-011	Anteil Neurodermitispatienten, die eine topische Therapie mit der Kombination eines Antibiotikums und eines Glukokortikosteroids verordnet bekommen.	3.3.1, Seite 7	PÄD HA	Konsultation
ND-012	Anteil Neurodermitispatienten, die eine PUVA-Phototherapie verordnet bekommen.	3.3.2, Seite 11	PÄD HA	Patient
ND-013	Anteil Neurodermitispatienten, die Basistherapeutika verordnet bekommen.	3.3.1, Seite 7	PÄD HA	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
ND-014	Anteil Neurodermitispatienten, denen bei moderaten bis schweren Schüben feuchte Umschläge, lokal oder am ganzen Körper, in Kombination mit topischen Glukokortikosteroiden verordnet werden	3.3.1, Seite 7 3.3.2, Seite 11	PÄD HA	Episode
ND-015	Anteil Neurodermitispatienten mit schlecht eingestelltem oder therapierefraktärem Ekzem, einschließlich wiederkehrender Infektionen oder Ekzem bedingten psychosozialen Problemen, die zu einem Dermatologen überwiesen wurden.	3.2.1, Seite 4 3.6, Seite 17	PÄD HA	Episode
ND-016	Anteil Neurodermitispatienten mit moderaten oder schweren Ekzemen, die durch eine optimale Behandlung nicht einstellbar sind, und die zu (pädiatrischen dermatologischen) Spezialist:innen zur Untersuchung auf mögliche Nahrungsmittel- und andere Allergien überwiesen wurden	3.2.1, Seite 4 3.3.2, Seite 11 1.1, Seite 16	PÄD HA	Episode
ND-017	Anteil Neurodermitispatienten mit Verdacht auf Eczema herpeticatum, die sofort mit systemischen Aciclovir behandelt und am selben Tag zur nächst höheren Versorgungsstufe (pädiatrische dermatologische Spezialisten) überwiesen wurden.	3.3.1, Seite 7 1.1, Seite 16	PÄD HA	Episode
ND-018	Anteil aller Mütter, denen zur Vorbeugung einer Neurodermitis beim Baby in der Stillzeit eine Ausschlussdiät empfohlen wurde.	3.3.4, Seite 14	PÄD HA	Patient
ND-019	Anteil Neurodermitispatienten mit einem individuellen Verhaltensplan.	3.3.3, Seite 13	PÄD HA	Patient
ND-020	Anteil Neurodermitispatienten, deren Schweregrad des Ekzems bei jedem Arztbesuch dokumentiert wird.	3.2.1, Seite 4 3.4.1, Seite 15	PÄD HA	Konsultation
ND-022	Die Praxis bietet Neurodermitispatienten bzw. deren Eltern mindestens zweimal im Jahr ein Schulungsprogramm an (selber oder auf Überweisung).	3.3.2, Seite 11	PÄD HA	Episode
ND-023	Anteil Neurodermitispatienten mit moderaten bis schweren Ekzemen, die eine systemische Therapie erhalten.	3.2.1, Seite 4	PÄD HA	Episode
ND-024	Anteil Neurodermitispatienten, deren Behandlung nach Schweregrad des Ekzems gemäß Stufentherapie erfolgt und die Patientenschulungen erhalten.	3.2.1, Seite 4 3.3.2, Seite 11	PÄD HA	Episode
ND-026	Anteil Neurodermitispatienten, die Symptome (z.B. Jucken) sowie emotionale und krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen aufweisen.	3.2.1, Seite 4 3.6, Seite 17	PÄD HA	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
ND-027	Anteil Neurodermitispatienten, die sich stigmatisiert fühlen, wenn andere Personen den Zustand der Haut sehen. ***(erkrankungsspezifische Lebensqualität)***	3.6, Seite 17	PÄD HA	Patient
ND-028	Anteil Konsultationen von Neurodermitispatienten, in denen ihr psychisches Befinden und ihre Lebensqualität - und das ihrer Familie - besprochen und dokumentiert wurde.	3.6, Seite 17	PÄD HA	Patient

4.2 Merkmalsübersicht

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
(sehr) trockene Haut	Symptome	Symptome	3.2.1, Seite 4	ND-026
Aciclovir	Medikamentöse Behandlung	- Acic* - ACICLO* - Wariviron - Zovirax	3.3.1, Seite 7	ND-017
Azathioprin	Medikamentöse Behandlung	- Imurek - AZA-effect - Azafalk* - AZA-Q - Azaqvida	3.3.1, Seite 7	ND-003
Besprechung + Dokumentation des psychischen Befindens und Lebensqualität des Patienten + dessen Familie	PROM/PREM	z.B. - Wie geht es dem Patienten und der Familie? - Inwieweit ist er bzw. seine Familie eingeschränkt? - Abfragen über Fragebogen	3.6, Seite 17	ND-028

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Bestimmung Thiopurinmethyltransferase	Körperliche Untersuchung	- Zur Verhinderung schwerer Nebenwirkungen vor der Behandlung mit Azathioprin, Mercaptopurin oder Thioguanin wird die Bestimmung der TPMT dringend empfohlen. Ergebnisdarstellung - 20 nmol/gHb*h normale Enzymaktivität - 10-20 nmol/gHb*h heterozygote Aktivitätsminderung des Enzyms < 10 nmol/gHb*h homozygote Aktivitätsminderung des Enzyms	3.2.2.1, Seite 6	ND-003
Betamethason	Medikamentöse Behandlung	- Celestamine N	3.3.1, Seite 7	ND-006
Betamethasonvalerat 0,05%	Medikamentöse Behandlung	- Betalagen - Betnesol - Celastmine - Diprosis S	3.3.1, Seite 7	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Betamethasonvalerat 0,1%	Medikamentöse Behandlung		3.3.1, Seite 7	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Ciclosporin	Medikamentöse Behandlung	- Cicloral - Immunsosporin - Ciqorin - Neoral* - Sandimmun*	3.3.1, Seite 7	ND-008
Clobetasol	Medikamentöse Behandlung	- Dermoxin - Clarelux - Clobegalen - Karison	3.3.1, Seite 7	ND-005

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Clobetason	Medikamentöse Behandlung	- Emovate	3.3.1, Seite 7	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Dexamethason	Medikamentöse Behandlung	- DEXAMTEHASON Creme LAW - Cortidexason N	3.3.1, Seite 7	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Dexpanthenol	Medikamentöse Behandlung	- Bepanthen - Bepanthol - Comeregel - Marolderm - Pan-Ophtal - Panthenol Schaumspray	3.3.1, Seite 7	ND-013
Diflucortolon	Medikamentöse Behandlung	- Nersisona	3.3.1, Seite 7	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Ekzeme	Symptome	Symptome Entzündliche Anzeichen der Haut - Rötungen - Abschürfung - Nässen - Krustenbildung - Ödem/ Papelbildung Ausschließlich Trockenheit ist nicht ausreichend	3.2.1, Seite 4	ND-004 ND-005 ND-007 ND-009 ND-015 ND-016 ND-020 ND-023 ND-024 ND-026
Ekzeme_Lokalisation	Symptome	Folgende Ausprägungen erheben (sofern vorhanden); pro Lokalisation bitte jeweils separat erfassen: - Gesicht - Achselhöhle - Leisten	3.2.1, Seite 4	ND-005
Emotionale und krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen	PROM/PREM	z.B. - Schlafstörungen, - Konzentrationsschwäche, - Leistungseinbußen in der Schule - Einschränkungen im Sport und sozialen Aktivitäten - Stigmatisierung - niedriges Selbstbewusstsein - soziale Isolation - Angst, Traurigkeit, Depression	3.6, Seite 17	ND-015 ND-026
Empfehlung Ausschlussdiät (stillende Mütter)	Informations-, Aufklärungs- und Beratungsgespräche	- Empfehlung an stillende Mutter bzgl. ihrer Ernährung: - z.B. Verzicht auf bestimmte Lebensmittel während der Stillzeit (z.B. Fleisch, Soja, Milch)	3.3.4, Seite 14	ND-018

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Fettfeuchte Umschläge	Nicht-medikamentöse Behandlung	- Nasse Verbände in Kombination mit fettreicher Basiscreme, -pflege - Verordnungen von Basistherapie + Verbänden	3.3.2, Seite 11	ND-014
Flupredniden	Medikamentöse Behandlung	- DECODERM tri Creme	3.3.1, Seite 7	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Gefühl von Stigmatisierung, wenn andere Haut sehen	PROM/PREM	- Patienten fühlen sich aufgrund ihrer Haut von anderen Menschen abgelehnt. - z.B. Im Kindergarten / in der Schule / in Vereinen ausgeschlossen werden, andere Kinder ekeln sich, haben Angst sich anzustecken und wollen die betroffene Person nicht anfassen	3.6, Seite 17	ND-027
Gerbstoffe	Medikamentöse Behandlung	- Tanno Hermal - Tannolact - Tannosynt	3.3.1, Seite 7	ND-013
Hydrocortison	Medikamentöse Behandlung	- Alfason - Neuroderm Akut - Psoticort - Ebenol - Hydroacutan - HydroGalen	3.3.1, Seite 7	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Hydrocortison	Medikamentöse Behandlung	- Hydrocortison GALEN - Hydrocortison JENAPHARM	3.3.1, Seite 7	ND-006

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI

Infektion	Symptome	Art der Infektion entsprechend angeben:
		- bakteriell
		  ○ Nachweisbar über Hautabstrich auf pathologische Keime
		  ○ i.d.R. Staphylococcus aureus
		- Pilzinfektion
			3.2.1, Seite 4	ND-010
				ND-015

Juckreiz	Symptome	Symptome	3.2.1, Seite 4	ND-026
Kontrolltermin	Kontrolltermine	- Feststellung und Dokumentation des Schweregrads des Ekzems (siehe 3.2.1, Seite 4)	3.4.1, Seite 15	ND-020
Mometason	Medikamentöse Behandlung	- Ecural	3.3.1, Seite 7	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Pimecrolimus	Medikamentöse Behandlung	- Elidel	3.3.1, Seite 7	ND-007 ND-009
Prednisolon	Medikamentöse Behandlung	- Alferm Salbe - Leioderm-P - Linola-H N - Decortin	3.3.1, Seite 7	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Prednisolon	Medikamentöse Behandlung	- Decortin H - Solu-Decortin	3.3.1, Seite 7	ND-006

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Prick-Test	Körperliche Untersuchung	- Hauttest auf Allergien. - Verfahren zur Diagnostik der IgE-vermittelten Allergie vom Soforttyp (Typ I). - Nach Aufbringen eines Tropfens allergenhaltiger Lösung wird eine sog. Prick-Nadel in die Haut gestochen. - 15–20 Minuten später beurteilt der Arzt die **Quaddelbildung** im Vergleich zu einer Positiv- und Negativkontrolle. **Wichtig**: Wurde der Prick-Test zur Diagnostik vor Diagnosestellung oder im Laufe der Behandlung durchgeführt?	3.2.2.1, Seite 6	ND-001
PUVA-Therapie	Nicht-medikamentöse Behandlung	- Behandlung mit einem Lichtsensibilisator (8-Methoxypsoralen) und nachfolgender Bestrahlung mit langwelligem ultraviolettem Licht (UVA).	3.3.2, Seite 11	ND-012

Schulungsprogramm	Nicht-medikamentöse Behandlung	- es ist anzugeben, ob dem Patienten oder dessen Eltern ein Neurodermitis-Schulungsprogramm angeboten wurde
		  ○ selbst / in der Praxis
		  ○ auf Überweisung bei Dritten
		Es ist anzugeben, ob das Schulungsprogramm lediglich angeboten, oder auch tatsächlich durchgeführt wurde.
			3.3.2, Seite 11	ND-022

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI

Schweregrad des Ekzems	Symptome	- muss individuell entschieden/interpretiert werden
		Anhaltspunkte:
		- Ausmaß (betroffene Hautareale)
		- Intensität (z.B. „sehr“, „leicht“, „deutlich“)
		- Subjektives Empfinden (Juckreiz, Schlaflosigkeit)
		Folgende Ausprägungen erheben:
		- Stufe 1 – Trockene Haut
		  ○ ausschließlich trockene Haut
		- Stufe 2 – Leichte Ekzeme
		  ○ Leichte Symptome
		- Stufe 3 – Moderate Ekzeme
		  ○ Mäßig ausgeprägte Symptome
		- Stufe 4 – Persistierende, schwerausgeprägte Ekzeme
		  ○ Dauerhaft schwere Symptome
			3.2.1, Seite 4	ND-007
				ND-016
				ND-020
				ND-023
				ND-024

Tacrolismus	Medikamentöse Behandlung	- Protopic - Tracolimus-Demapharm	3.3.1, Seite 7	ND-007 ND-009
Triamcinolon	Medikamentöse Behandlung	- TriamGalen Creme - Triamcolon AbZ	3.3.1, Seite 7	ND-004 ND-007 ND-011 ND-014
Überweisung zur nächst höheren Versorgungsstufe	Externe Kommunikation	- pädiatrische dermatologische Spezialisten z.B. Fachärzte, Fachabteilungen in Kliniken	1.1, Seite 16	ND-017
Überweisung zur Untersuchung auf mögliche Nahrungsmittel- und andere Allergien	Externe Kommunikation	- Untersuchungen, die über die Basis-Allergiediagnostik hinausgehen - z.B. an Allergologen	1.1, Seite 16	ND-016
Urea	Medikamentöse Behandlung	- Balisa - Basodexan - Elacutan - Linola Urea	3.3.1, Seite 7	ND-013

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
		- Nubral - Ura Actis - Ureotop - Widmer: Carbamid		
Verhaltensplan	Behandlungsplan	Anleitungen zum Verhalten → muss erstellt, beschrieben und ausgehändigt werden. <u>Beispiele</u> - Behandlungsempfehlungen für Patienten/Eltern/Betreuer je nach aktuellem Zustand (routinemäßige sanfte tägliche Hautpflege, leichte bis mittelschwere Schübe, schwere Schübe oder erhebliche Beeinträchtigung der Lebensqualität) - Auflistung von Provokationsfaktoren (z.B. Stress, Irritationen der Haut durch Wolle etc.) - Anleitungen für Bäder und feuchte Umschläge	3.3.3, Seite 13	ND-019

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Vermeidung oder Reduzierung Triggerfaktoren	Nicht-medikamentöse Behandlung	Unter dem Begriff Triggerfaktoren werden alle äußeren Einflussfaktoren zusammengefasst, die die Krankheit auslösen oder verschlimmern können. ○ Mögliche Triggerfaktoren: ○ Nahrungsmittelallergien ○ sonstige Allergien (Tierhaare, Pollen, Hausstabmilben) ○ Jahreszeiten (Klimaverhältnisse, kaltes, trockenes Wetter...) ○ Hautkontakt und Irritationen (Materialien in Kleidung, Wachmittel, Pflegemittel, Schwitzen nach Sport) ○ Stress, Psyche, Belastungssituationen ○ Kratzen ○ Tabakrauch, Duftstoffe ○ Infekte, Mikrobielle Faktoren ○ Hormone (Menstruation) Kann sowohl vom Arzt, als auch vom Patienten / dessen Familie vorgeschlagen werden.	3.3.2, Seite 11	ND-016 ND-024

4.3 Medikamente | Handelsnamen

4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Aciclovir	J05AB01	Virostatika	Acic*
Aciclovir	J05AB01	Virostatika	ACICLO*
Aciclovir	J05AB01	Virostatika	Wariviron
Aciclovir	J05AB01	Virostatika	Zovirax
Azathioprin	L04AX01	Immunsuppressiva	AZA-effect
Azathioprin	L04AX01	Immunsuppressiva	Azafalk*
Azathioprin	L04AX01	Immunsuppressiva	AZA-Q
Azathioprin	L04AX01	Immunsuppressiva	Azaqvida
Azathioprin	L04AX01	Immunsuppressiva	Imurek
Betamethason	H02AB01	Orale Glukokorti-kosteroide	Celestamine N
Betamethasonvalerat 0,05%	D07AC01	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse II)	Betalagen
Betamethasonvalerat 0,05%	D07AC01	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse II)	Betnesol
Betamethasonvalerat 0,05%	D07AC01	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse II)	Celastmine
Betamethasonvalerat 0,05%	D07AC01	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse II)	Diprosis S
Betamethasonvalerat 0,1%	D07AC01	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse III)	
Ciclosporin	L04AD01	Topische Calcineu-rin-Inhibitoren	Cicloral
Ciclosporin	L04AD01	Topische Calcineu-rin-Inhibitoren	Ciqorin
Ciclosporin	L04AD01	Topische Calcineu-rin-Inhibitoren	Immunsosporin
Ciclosporin	L04AD01	Topische Calcineu-rin-Inhibitoren	Neoral*
Ciclosporin	L04AD01	Topische Calcineu-rin-Inhibitoren	Sandimmun*
Clobetasol	D07AD01	hochpotente Glu-kokortikosteroide (IV)	Clarelux
Clobetasol	D07AD01	hochpotente Glu-kokortikosteroide (IV)	Clobegalen
Clobetasol	D07AD01	hochpotente Glu-kokortikosteroide (IV)	Dermoxin

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Clobetasol	D07AD01	hochpotente Glukokortikosteroide (IV)	Karison
Clobetason	D07AB01	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)	Emovate
Dexamethason	D07AB19	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)	Cortidexason N
Dexamethason	D07AB19	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)	DEXAMTEHASON Creme LAW
Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika	Bepanthen
Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika	Bepanthol
Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika	Comeregel
Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika	Marolderm
Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika	Pan-Ophtal
Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika	Panthenol Schaumspray
Diflucortolon	D07AC06	Topische Glukokortikosteroide (Klasse III)	Nersisona
Flupredniden	D07AB07	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)	DECODERM tri Creme
Gerbstoffe	D04AX07	Antipruriginosa Basistherapeutika	Tanno Hermal
Gerbstoffe	D04AX07	Antipruriginosa Basistherapeutika	Tannolact
Gerbstoffe	D04AX07	Antipruriginosa Basistherapeutika	Tannosynt
Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)	Alfason
Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)	Ebenol

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse I)	Hydroacutan
Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse I)	HydroGalen
Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse I)	Neuroderm Akut
Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse I)	Psoticort
Hyrocortison	H02AB09	Orale Glukokorti-kosteroide	Hydrocortison GALEN
Hyrocortison	H02AB09	Orale Glukokorti-kosteroide	Hydrocortison JENAPHARM
Mometason	D07AC13	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse III)	Ecural
Pimecrolimus	D11AH02	Dermatika	Elidel
Prednisolon	D07AA03	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse I)	Alferm Salbe
Prednisolon	D07AA03	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse I)	Decortin
Prednisolon	H02AB07	Orale Glukokorti-kosteroide	Decortin H
Prednisolon	D07AA03	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse I)	Leioderm-P
Prednisolon	D07AA03	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse I)	Linola-H N
Prednisolon	H02AB07	Orale Glukokorti-kosteroide	Solu-Decortin
Tacrolismus	L04AD02	Topische Calcineu-rin-Inhibitoren	Protopic
Tacrolismus	L04AD02	Topische Calcineu-rin-Inhibitoren	Tracolimus-Demapharm
Triamcinolon	D07AB09	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse II)	Triamcolon AbZ
Triamcinolon	D07AB09	Topische Glukokor-tikosteroide (Klasse II)	TriamGalen Creme
Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika	Balisa

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika	Basodexan
Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika	Elacutan
Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika	Linola Urea
Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika	Nubral
Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika	Ura Actis
Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika	Ureotop
Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika	Widmer: Carbamid

4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
	Betamethasonvalerat 0,1%	D07AC01	Topische Glukokortikosteroide (Klasse III)
Acic*	Aciclovir	J05AB01	Virostatika
ACICLO*	Aciclovir	J05AB01	Virostatika
Alfason	Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)
Alferm Salbe	Prednisolon	D07AA03	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)
AZA-effect	Azathioprin	L04AX01	Immunsuppressiva
Azafalk*	Azathioprin	L04AX01	Immunsuppressiva
AZA-Q	Azathioprin	L04AX01	Immunsuppressiva
Azaqvida	Azathioprin	L04AX01	Immunsuppressiva
Balisa	Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika
Basodexan	Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika
Bepanthen	Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika
Bepanthol	Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika
Betalagen	Betamethasonvalerat 0,05%	D07AC01	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)
Betnesol	Betamethasonvalerat 0,05%	D07AC01	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)
Celastmine	Betamethasonvalerat 0,05%	D07AC01	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Celestamine N	Betamethason	H02AB01	Orale Glukokortikosteroide
Cicloral	Ciclosporin	L04AD01	Topische Calcineurin-Inhibitoren
Ciqorin	Ciclosporin	L04AD01	Topische Calcineurin-Inhibitoren
Clarelux	Clobetasol	D07AD01	hochpotente Glukokortikosteroide (IV)
Clobegalen	Clobetasol	D07AD01	hochpotente Glukokortikosteroide (IV)
Comeregel	Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika
Cortidexason N	Dexamethason	D07AB19	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)
DECODERM tri Creme	Flupredniden	D07AB07	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)
Decortin	Prednisolon	D07AA03	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)
Decortin H	Prednisolon	H02AB07	Orale Glukokortikosteroide
Dermoxin	Clobetasol	D07AD01	hochpotente Glukokortikosteroide (IV)
DEXAMTEHASON Creme LAW	Dexamethason	D07AB19	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)
Diprosis S	Betamethasonvalerat 0,05%	D07AC01	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)
Ebenol	Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)
Ecural	Mometason	D07AC13	Topische Glukokortikosteroide (Klasse III)
Elacutan	Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika
Elidel	Pimecrolimus	D11AH02	Dermatika
Emovate	Clobetason	D07AB01	Topische Glukokortikosteroide (Klasse II)
Hydroacutan	Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)
Hydrocortison GALEN	Hyrocortison	H02AB09	Orale Glukokortikosteroide
Hydrocortison JENAPHARM	Hyrocortison	H02AB09	Orale Glukokortikosteroide

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
HydroGalen	Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)
Immunsosporin	Ciclosporin	L04AD01	Topische Calcineurin-Inhibitoren
Imurek	Azathioprin	L04AX01	Immunsuppressiva
Karison	Clobetasol	D07AD01	hochpotente Glukokortikosteroide (IV)
Leioderm-P	Prednisolon	D07AA03	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)
Linola Urea	Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika
Linola-H N	Prednisolon	D07AA03	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)
Marolderm	Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika
Neoral*	Ciclosporin	L04AD01	Topische Calcineurin-Inhibitoren
Nersisona	Diflucortolon	D07AC06	Topische Glukokortikosteroide (Klasse III)
Neuroderm Akut	Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)
Nubral	Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika
Pan-Ophtal	Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika
Panthenol Schaumspray	Dexpanthenol	D03AX03	Wundbehandlungsmittel Basistherapeutika
Protopic	Tacrolismus	L04AD02	Topische Calcineurin-Inhibitoren
Psoticort	Hydrocortison	D07AA02	Topische Glukokortikosteroide (Klasse I)
Sandimmun*	Ciclosporin	L04AD01	Topische Calcineurin-Inhibitoren
Solu-Decortin	Prednisolon	H02AB07	Orale Glukokortikosteroide
Tanno Hermal	Gerbstoffe	D04AX07	Antipruriginosa Basistherapeutika
Tannolact	Gerbstoffe	D04AX07	Antipruriginosa Basistherapeutika
Tannosynt	Gerbstoffe	D04AX07	Antipruriginosa Basistherapeutika
Tracolimus-Dema-pharm	Tacrolismus	L04AD02	Topische Calcineurin-Inhibitoren

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Triamcolon AbZ	Triamcinolon	D07AB09	Topische Glukokortikostero-ide (Klasse II)
TriamGalen Creme	Triamcinolon	D07AB09	Topische Glukokortikostero-ide (Klasse II)
Ura Actis	Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika
Ureotop	Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika
Wariviron	Aciclovir	J05AB01	Virostatika
Widmer: Carbamid	Urea	D02AE01	Emollientia Basistherapeutika
Zovirax	Aciclovir	J05AB01	Virostatika

Stand:
15. Juni 2022

Handbuch Erfassung Patientenakte

OTITIS MEDIA

QualiPäd

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis i
2 Vorwort / Einführung 2
3 Erhebungsmerkmale 3
3.1 Diagnosen 3
3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen 3
3.1.2 Weitere relevante Diagnosen 4
3.2 Diagnostik 6
3.2.1 Symptome 6
3.2.2 Medizinische Untersuchung 9
3.2.2.1 Körperliche Untersuchung 9
3.3 Behandlung / Therapie 11
3.3.1 Medikamentöse Behandlung 11
3.3.2 Nicht-medikamentöse Behandlung 13
3.3.3 Informations-, Aufklärungs- und Beratungsgespräche 14
3.4 Konsultationen 15
3.4.1 Kontrolltermine 15
3.5 Externe Kommunikation / Überweisung 16
4 Anhang i
4.1 Indikatorenübersicht i
4.2 Merkmalsübersicht iv
4.3 Medikamente | Handelsnamen x
4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff x
4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen xi

2 Vorwort / Einführung

Als Otitis media bezeichnet man eine Entzündung des Mittelohrs.

Auslösende Ursache einer Mittelohrentzündung ist meist eine Belüftungsstörung der Tuba auditiva mit Einwanderung von Erregern aus dem Nasenrachenraum ins Mittelohr.

Unterschieden wird

- nach Aspekt
  - Eitrige Otitis media
  - Nicht-eitrige (seröse oder muköse) Otitis media
- nach Verlauf
  - Akute Otitis media
  - Chronische Otitis media

Die Anwendung beider Kriterien führt zu folgender Einteilung der verschiedenen Otitis media-Formen:

- Akute eitrige Otitis media (akute Mittelohrentzündung im engeren Sinn)
- Chronische eitrige Otitis media (chronische Mittelohrentzündung), mit den Unterformen
  - Otitis media chronica mesotympanalis
  - Otitis media chronica epitympanalos (Cholesteatom)
- Akute seröse Otitis media ("Akuter Tubenkatarrh")
- Chronische seröse Otitis media („Chronischer Tubenkatarrh")
- Chronische muköse Otitis media („Glue ear")

Die Symptome sind abhängig von der jeweiligen Form der Otitis media. Fast allen Formen sind folgende Krankheitszeichen gemein:

- Ohrenschmerzen
- Schallleitungsschwerhörigkeit[1]
- Mittelohrerguss[2]

[1] Die Schallleitungsschwerhörigkeit ist eine Form der Schwerhörigkeit, bei der nicht die Empfindung, sondern die Übertragung von Schall behindert ist.

[2] Unter einem Mittelohrerguss versteht man eine Flüssigkeitsansammlung in den Mittelohrräumen. Je nach Flüssigkeit unterscheidet man

- wässrig-serös
- wässrig-schleimig
- eitrig
- blutig
- klebrig

3 Erhebungsmerkmale

3.1 Diagnosen

3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen

ICD-Schlüssel	Beschreibung
H65.-	**Nichteitrige Otitis media**
H65.0	Akute seröse Otitis media
H65.1	Sonstige akute nichteitrige Otitis media
H65.2	Chronische seröse Otitis media
H65.3	Chronische muköse Otitis media
H65.4	Sonstige chronische nichteitrige Otitis media
H65.9	Nichteitrige Otitis media, nicht näher bezeichnet
H66.-	**Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media**
H66.0	Akute eitrige Otitis media
H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media
H66.2	Chronische epitympanale Otitis media
H66.3	Sonstige chronische eitrige Otitis media
H66.4	Eitrige Otitis media, nicht näher bezeichnet

3.1.2 Weitere relevante Diagnosen

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiel	IQ
Sprech-/Sprachentwicklungs-probleme	z.B. Probleme bei: - Lauten, Lautkombination - Verlängerung von Silben, Wörter, Sätze, Wortschatz	- F80.-	- möglicherweise ist bei den U-Untersuchungen diesbezüglich etwas dokumentiert	OM-019 OM-020 OM-028
Verhaltensprobleme	- Abweichungen im Sozialverhalten, z.B. ADHS, SSV	- Verhaltensauffälligkeiten - Verhaltensstörungen - F00-F91		OM-019 OM-028
Allgemeine Entwicklungsverzögerungen	z.B. Verzögerungen in der - Motorischen Entwicklung (Bewegungsabläufe im grob- und feinmotorischen Bereich) - Kognitiven Entwicklung (Verstehen von Zusammenhängen, die Fähigkeit sich Dinge zu merken und das gesamte Denken) - Emotionale Entwicklung (Gefühlsleben) - Soziale Entwicklung (Umgang mit Menschen, z.B. Verhaltensregeln in einer Gruppe)	- F80-F89 ○ F82 (Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen)	- möglicherweise ist bei den U-Untersuchungen diesbezüglich etwas dokumentiert	OM-020
Fehlbildungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich	- Fehlbildung des Ohres - Fehlbildung des Gesichtes und Halses - Fehlbildung der Nase	- Q16-Q17.- - Q18.- - Q30.-	- möglicherweise ist bei den U-Untersuchungen diesbezüglich etwas dokumentiert	OM-021
Cholesteatom	- Chronisch eitrige Entzündung des Mittelohrs mit Knochendestruktion	- H71.-		OM-024
Mastoiditis	- Eitrige Entzündung der belüfteten Knochenzellen des Warzenfortsatzes	- H70.-		OM-024

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiel	IQ
Fazialparese	- Lähmung des Hirnnervs VII (Nervus facialis). Eine leichte Fazialparese macht sich nur durch sehr diskrete Symptome bemerkbar. Stärkere Paresen ziehen eine charakteristische Veränderung der Gesichtsmimik nach sich, die bei der häufigeren einseitigen Fazialislähmung zu einer Asymmetrie des Gesichts führen. Typisch sind auf der befallenen Seite: - Herabhängender Mundwinkel - Abgeschwächtes oder aufgehobenes Stirnrunzeln - Inkompletter oder aufgehobener Lidschluss	- G51.0		OM-024
Chronische Trommelfellperforation	- Anhaltender Riss/Loch im Trommelfell	- H72.-		OM-025
Penicillinallergie		- Z88.0		OM-013

3.2 Diagnostik

3.2.1 Symptome

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Mittelohrerguss	Symptom einer Otitis media Bildung von Sekret im Ohr Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	- Erguss - Spiegel - Flüssigkeit im Ohr - Paukenerguss		OM-001 OM-002 OM-005 OM-014 OM-016 OM-018 OM-019 OM-022 OM-027 OM-028 OM-029 OM-030 OM-031 OM-032 OM-036
Entzündung (im Ohr)	Symptom einer Otitis media Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	- Inflammation		OM-001 OM-011 OM-012 OM-036
Rötung (im Ohr)	Entzündungszeichen Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	- Rubor		OM-001 OM-012 OM-036
Ohrenschmerzen	Entzündungszeichen Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	- Ohrenweh - Otalgie		OM-001 OM-011 OM-012 OM-036

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Ohrenschmerzen_Dauer	Dauer der Ohrenschmerzen in Stunden (ggf. Ausrechnen); sollte eine Dauer der Ohrenschmerzen nicht angegeben sein, ist dieses entsprechend zu vermerken.	- Ohrenweh - Otalgie		OM-001 OM-010
Ohrenschmerzen_Schweregrad	Bitte hier den Schweregrad der Ohrenschmerzen (schwer, mittel, leicht, nicht angegeben) erheben.	- Ohrenweh - Otalgie		OM-001 OM-010
Schwellung (im Ohr)	Bitte hier den Schweregrad der Ohrenschmerzen (schwer, mittel, leicht, nicht angegeben) erheben.	- tumor		OM-001 OM-011 OM-012 OM-036
Wärme (im Ohr)	Entzündungszeichen Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	- calor		OM-001 OM-011 OM-012 OM-036
Fieber	Symptom einer Otitis media Bitte auch die Körpertemperatur in Grad Celsius erheben, sofern angeben.	- Körpertemperatur		OM-010 OM-011 OM-018 OM-022 OM-036
Druckgefühl im Ohr	Symptom einer Otitis media Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.			OM-010 OM-011 OM-018 OM-022 OM-036
Leichtes Unwohlsein	Der Patient gibt eines der folgenden Symptome an, z.B. Schlappheit Gliederschmerzen Erhöhte Temperatur	- Schlappheit - Gliederschmerzen - Erhöhte Temperatur		OM-007

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Allgemeinzustand	In der Patientenakte muss explizit ein Allgemeinzustand erfasst sein; bei einer Nicht-Dokumentation kann nicht automatisch auf einen guten Allgemeinzustand geschlossen werden. Bitte auch den Grad des Allgemeinzustands (schlecht, gut) erheben.	- Allgemeinbefinden - Gesundheitszustand - AZ - GZ		OM-009 OM-014
Anzeichen einer Hörminderung	Symptom einer Otitis media Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.		„hört schlecht“ - möglicherweise ist bei den U-Untersuchungen diesbezüglich etwas dokumentiert	OM-010 OM-011 OM-018 OM-022 OM-029 OM-036

3.2.2 Medizinische Untersuchung

3.2.2.1 Körperliche Untersuchung

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Untersuchung auf akuten Beginn	**Untersuchung auf drei klinische Kriterien einer akuten Otitis media** Akut bedeutet „schnell“ oder „plötzlich auftretend“.			OM-001
Untersuchung auf Mittelohrerguss	**Untersuchung auf drei klinische Kriterien einer akuten Otitis media** Hinweis: Sobald erkenntlich wird, dass ins Ohr geschaut wurde, sind automatisch die beiden Merkmale (Untersuchung auf Mittelohrerguss und Untersuchung auf Mittelohrentzündung) erfüllt. In diesem Fall ist die entsprechende Datenerhebung zweimal vorzunehmen und jede dem jeweiligen Merkmal zuzuordnen.			OM-001
Untersuchung auf Mittelohrentzündung	**Untersuchung auf drei klinische Kriterien einer akuten Otitis media** Hinweis: Sobald erkenntlich wird, dass ins Ohr geschaut wurde, sind automatisch die beiden Merkmale (Untersuchung auf Mittelohrerguss und Untersuchung auf Mittelohrentzündung) erfüllt. In diesem Fall ist die entsprechende Datenerhebung zweimal vorzunehmen und jede dem jeweiligen Merkmal zuzuordnen.			OM-001

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Hörminderung in dB	Ergebnis aus Hörtest Ergebnis in dB angeben		Ergebnis der Audiometrie / Hörtest Eintrag in Patientenakte	OM-018 OM-022

3.3 Behandlung / Therapie

3.3.1 Medikamentöse Behandlung

Bei den Medikamenten ist unbedingt auch die Tagesdosis (z.B. 20mg – 0 – 5mg – 0) und die Packungsgröße (z.B. N1, N2, N3, 100 Stck.) mit zu erheben!

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Hyrocortison	**Corticosteroide** S02BA01	- GALEN - JENAPHARM	OM-002
Prednisolon	**Corticosteroide** S02BA03	- Decortin H - Predni-POS - Solu-Decortin	OM-002
Dexamethason	**Corticosteroide** S02BA06	- Otobacid* - Fortecortin - Dexa-Ophtal - Dexa Loscon mono	OM-002
Betamethason	**Corticosteroide** S02BA07	- Betalgalen - Betnesol - Celestamine - Diprosis	OM-002
Fluocinolonacetonid	**Corticosteroide** S02BA08	- OtoFlamm	OM-002
Paracetamol	**Analgetika** N02BE01	- ben-u-ron - Paracetamol-ratiopharm	OM-003
Ibuprofen	**Analgetika** M01AE01	- Nurofen - Ibuprofen - Ibuflam	OM-003
Amoxicillin	**Antibiotika** J01CA04	- Infectomox - Amoxi - Amoxicillin	OM-008 OM-013
Roxithromycin	**Antibiotika** J01FA06	- Roxi* - Rulid	OM-013

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Cefaclor	**Antibiotika** J01DC04	- CEC - Ceclor - Infectocef - Panoral	OM-013
Xylometazolin	**Alpha-Sympathomimetika** R01AA07	- Gelonasal - Imidin N - Otriven* - Olynth* - Snivex - Snup*	OM-005
Oxymetazolin	**Alpha-Sympathomimetika** RO1AA05	- Nasivin* - Wick - Sinex*	OM-005

3.3.2 Nicht-medikamentöse Behandlung

Hierbei ist stets zu dokumentierten, ob eine Maßnahme empfohlen, angeboten, durchgeführt oder abgeschlossen ist.

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Myringotomie mit oder ohne Einlage eines Paukenröhrchens	Wird entweder im Krankenhaus oder ambulant in Praxis durchgeführt	- Parazentese - Trommelfellschnitt - OPS 5-200		OM-014 OM-032
Tympanoplastik	Trommelfellverschluss			OM-032
Adenotomie	Entfernung von Rachenmandeln			OM-032

3.3.3 Informations-, Aufklärungs- und Beratungsgespräche

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Erläuterung über den natürlichen Verlauf der Erkrankung einschl. Behandlungsdauer	Klassischer Kurvenverlauf: - Zuerst nehmen die Beschwerden zwei bis drei Tage zu und klingen anschließend wieder ab. - Durchschnittliche Behandlungsdauer ca. 4 Tage		- Sorgeberechtigte über Krankheitsverlauf und voraussichtliche Behandlungsdauer informiert	OM-035

3.4 Konsultationen

3.4.1 Kontrolltermine

Bei diesem Merkmal geht es um die Beurteilung, ob ein Patient in regelmäßigen Abständen den Arzt aufgesucht hat. Es ist hierbei zwischen „Erstvorstellung“ und „Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin“ zu unterscheiden.

Ein Kontroll-bzw. Wiedervorstellungstermin dient bei einer akuten Erkrankung in erster Linie einer Verlaufskontrolle (Verbesserung / Verschlechterung der Symptomatik) und ist im Allgemeinen „geplant“. Bei akuten Erkrankungen kann dies aber auch eine Wiedervorstellung auf Initiative des Patienten bzw. seiner Eltern sein, wenn sich die Symptomatik nicht gebessert bzw. verschlechtert hat.

Nur das Ausstellen eines Medikamentenrezepts o.ä. ist hier nicht als Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin zu berücksichtigen!

Es ist darauf zu achten, dass es je Krankheitsepisode einen Erstvorstellungstermin geben kann. D.h. nach Genesung einer Krankheitsepisode und erneuter Erkrankung (neue Krankheitsepisode) wäre der erste Termin diesbezüglich kein Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin, sondern ein Erstvorstellungstermin.

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Verlaufskontrolle	- Folgetermin nach Erstdiagnose - Kontrolle der Symptomatik	- Nachuntersuchung		OM-015 OM-016 OM-018 OM-019
Symptomveränderung	Erfassen, ob sich eine Symptomveränderung im Vergleich zum letzten Besuch ergeben hat: - **schwerere** / **zusätzliche** Symptome als beim letzten Besuch - **gleiche** Symptome als beim letzten Besuch - **leichtere / weniger** Symptome als beim letzten Besuch vgl. Merkmale Kategorie „Symptome“ (3.2.1, Seite 6)	- Exazerbation		OM-006 OM-025

3.5 Externe Kommunikation / Überweisung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
(Überweisung zur) Audiometrie	- Verfahren zur Untersuchung des Hörvermögens - Durchführung beim HNO-Arzt	EBM 03335		OM-036
Überweisung HNO	- Für weitere Testungen/ Untersuchungen			OM-020 OM-021 OM-022 OM-023 OM-024 OM-025 OM-027 OM-028 OM-029 OM-030 OM-031
Überweisung zur Operation	- Myringotomie mit oder ohne Einlage eines Paukenröhrchens - Tympanoplastik - Adenotomie			OM-007 OM-032

4 Anhang

4.1 Indikatorenübersicht

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
OM-001	Anteil Patienten mit akuter Otitis media, die auf alle drei klinischen Kriterien einer akuten Otitis media (akuter Beginn, Mittelohrerguss, Mittelohrentzündung) untersucht wurden.	3.2.1, Seite 6 3.2.2.1, Seite 9	PÄD HA	Episode
OM-002	Anteil Patienten im Alter von 2 Monaten-12 Jahren mit Otitis media und Ergussbildung, denen keine systemischen Corticosteroide verordnet wurden.	3.2.1, Seite 6 3.3.1, Seite 11	PÄD HA	Episode
OM-003	Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, denen systemische Analgetika (Paracetamol oder Ibuprofen) verordnet wurden.	3.3.1, Seite 11	PÄD HA	Episode
OM-005	Anteil Patienten im Alter von 2 Monaten-12 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung, denen weder Antihistaminika noch abschwellende Mittel verordnet oder empfohlen wurden.	3.2.1, Seite 6 3.3.1, Seite 11	PÄD HA	Episode
OM-006	Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, deren Symptome nach 24-48 Stunden unverändert blieben oder sich verschlimmerten, und denen dann Antibiotika verordnet wurden.	3.4.1, Seite 15	PÄD HA	Episode
OM-007	Anteil Patienten mit akuter Otitis media ≥ 12 Monate mit leichtem Unwohlsein, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.	3.2.1, Seite 6 3.5, Seite 16	PÄD HA	Episode
OM-008	Anteil Patienten < 6 Monate mit akuter Otitis media, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.	3.3.1, Seite 11	PÄD HA	Episode
OM-009	Anteil Patienten ≥ 6 Monate mit schwer ausgeprägten Symptomen, schlechtem Allgemeinbefinden, einer sicheren akuten Otitis media Diagnose oder einer beidseitigen akuten Otitis media, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.	3.2.1, Seite 6	PÄD HA	Episode
OM-010	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und schwer ausgeprägten Symptomen (mäßige oder schwere Otalgie, Otalgie über mindestens 48 Stunden oder einer Körpertemperatur von 39 Grad Celsius oder höher), denen ein Antibiotikum verordnet wurde.	3.2.1, Seite 6	PÄD HA	Episode
OM-011	Anteil Patienten mit akuter Otitis media, denen nach mehr als 24-48 Stunden beeinträchtigender Beschwerdesymptomatik ein Antibiotikum verordnet wurde.	3.2.1, Seite 6	PÄD HA	Episode
OM-012	Anteil Patienten mit akuter Otitis media ohne Abklingen der Entzündungszeichen binnen 48 Stunden, denen dann ein Antibiotikum verordnet wurde.	3.2.1, Seite 6	PÄD HA	Episode

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
OM-013	Anteil Patienten mit akuter Otitis media, denen eines der folgenden Antibiotika verordnet wurde: Amoxicillin 45 mg/kg/Tag über 5 Tage oder, bei Vorliegen einer Penicillinallergie, Roxithromycin 2,5 mg/kg (max. 150 mg) oral 12-stündlich für 5 Tage oder Cefaclor 10 mg/kg bis zu 250 mg oral 8-stündlich für 5 Tage.	3.3.1, Seite 11	PÄD HA	Episode
OM-014	Anteil Patienten im Alter von 1-3 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung und einem ansonsten guten Gesundheitszustand, bei denen in der initialen Behandlungsphase (bis zu 12 Wochen) eine Myringotomie mit oder ohne Einlage eines Paukenröhrchens durchgeführt wurde. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.2.1, Seite 6 3.3.2, Seite 13	PÄD HA	Episode
OM-015	Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, mit denen eine Verlaufskontrolle nach 48 Stunden vereinbart wurde.	3.4.1, Seite 15	PÄD HA	Episode
OM-016	Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung, die nach 3 Monaten nachuntersucht wurden.	3.2.1, Seite 6 3.4.1, Seite 15	PÄD HA	Episode
OM-018	Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung und einer Hörminderung von weniger als 25 dB, die zur Verlaufskontrolle alle 3 Monate untersucht wurden.	3.2.1, Seite 6 3.2.2.1, Seite 9 3.4.1, Seite 15	PÄD HA	Episode
OM-019	Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung ohne Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensprobleme, die zur Verlaufskontrolle alle 3 Monate untersucht wurden.	3.2.1, Seite 6 3.4.1, Seite 15	PÄD HA	Episode
OM-020	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Patienten mit chronischer Otitis media, bei denen Sprach- und allgemeine Entwicklungverzögerungen bestehen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.5, Seite 16	PÄD HA	Episode
OM-021	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und bestehenden Fehlbildungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.5, Seite 16	PÄD HA	Episode
OM-022	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und einem länger als 3 Monate andauernden Erguss mit beidseitiger Hörminderung (größer als 20 dB), die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.2.1, Seite 6 3.2.2.1, Seite 9 3.5, Seite 16	PÄD HA	Episode
OM-023	Anteil Patienten mit mehr als 4 symptomatischen akuten Otitis media Rezidiven in 6 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.5, Seite 16	PÄD HA	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
OM-024	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Cholesteatom, Mastoiditis oder Fazialisparese, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.5, Seite 16	PÄD HA	Episode
OM-025	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und chronischer Trommelfellperforation und die nach 3 Monaten nicht auf die Behandlung ansprachen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.4.1, Seite 15 3.5, Seite 16	PÄD HA	Episode
OM-027	Anteil Patienten ≥ 3 Jahre mit persistierender beidseitiger Otitis media mit Ergussbildung, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.2.1, Seite 6 3.5, Seite 16	PÄD HA	Patient
OM-028	Anteil Patienten ≥ 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung mit Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensproblemen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.2.1, Seite 6 3.5, Seite 16	PÄD HA	Episode
OM-029	Anteil Patienten mit länger als 3 Monate andauernder Otitis media mit Ergussbildung und Anzeichen für eine Hörminderung, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.2.1, Seite 6 3.5, Seite 16	PÄD HA	Episode
OM-030	Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und mindestens 3 Episoden einer akuten Otitis media binnen 6 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.2.1, Seite 6 3.5, Seite 16	PÄD HA	Patient
OM-031	Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und mindestens 4 Episoden einer akuten Otitis media binnen 12 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	3.2.1, Seite 6 3.5, Seite 16	PÄD HA	Patient
OM-032	Anteil Patienten < 3 Jahre mit beidseitiger persistierender Otitis media mit Ergussbildung, die zu einer Operation überwiesen wurden.	3.2.1, Seite 6 3.3.2, Seite 13 3.5, Seite 16	PÄD HA	Patient
OM-035	Anteil der Patienten mit akuter Otitis media und Antibiotikaverordnung (bzw. deren Eltern), die über den natürlichen Verlauf der Erkrankung einschließlich der durchschnittlichen Krankheitsdauer (bei akuter Otitis media 4 Tage) aufgeklärt wurden.	3.3.3, Seite 14	PÄD HA	Episode
OM-036	Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und anhaltenden Symptomen, die zur Audiometrie überwiesen wurden.	3.2.1, Seite 6 3.5, Seite 16	PÄD HA	Episode

4.2 Merkmalsübersicht

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
(Überweisung zur) Audiometrie	Externe Kommunikation	- Verfahren zur Untersuchung des Hörvermögens - Durchführung beim HNO-Arzt	3.5, Seite 16	OM-036
Adenotomie	Nicht-medikamentöse Behandlung	Entfernung von Rachenmandeln	3.3.2, Seite 13	OM-032
Allgemeinzustand	Symptome	In der Patientenakte muss explizit ein Allgemeinzustand erfasst sein; bei einer Nicht-Dokumentation kann nicht automatisch auf einen guten Allgemeinzustand geschlossen werden. Bitte auch den Grad des Allgemeinzustands (schlecht, gut) erheben.	3.2.1, Seite 6	OM-009 OM-014
Amoxicillin	Medikamentöse Behandlung	- Infectomox - Amoxi - Amoxicillin	3.3.1, Seite 11	OM-008 OM-013
Anzeichen einer Hörminderung	Symptome	Symptom einer Otitis media Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	3.2.1, Seite 6	OM-010 OM-011 OM-018 OM-022 OM-029 OM-036
Betamethason	Medikamentöse Behandlung	- Betalgalen - Betnesol - Celestamine - Diprosis	3.3.1, Seite 11	OM-002
Cefaclor	Medikamentöse Behandlung	- CEC - Ceclor - Infectocef - Panoral	3.3.1, Seite 11	OM-013

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Dexamethason	Medikamentöse Behandlung	- Otobacid* - Fortecortin - Dexa-Ophtal - Dexa Loscon mono	3.3.1, Seite 11	OM-002
Druckgefühl im Ohr	Symptome	Symptom einer Otitis media Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	3.2.1, Seite 6	OM-010 OM-011 OM-018 OM-022 OM-036
Entzündung (im Ohr)	Symptome	Symptom einer Otitis media Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	3.2.1, Seite 6	OM-001 OM-011 OM-012 OM-036
Erläuterung über den natürlichen Verlauf der Erkrankung einschl. Behandlungsdauer	Informations-, Aufklärungs- und Beratungsgespräche	Klassischer Kurvenverlauf: - Zuerst nehmen die Beschwerden zwei bis drei Tage zu und klingen anschließend wieder ab. - Durchschnittliche Behandlungsdauer ca. 4 Tage	3.3.3, Seite 14	OM-035
Fieber	Symptome	Symptom einer Otitis media Bitte auch die Körpertemperatur in Grad Celsius erheben, sofern angeben.	3.2.1, Seite 6	OM-010 OM-011 OM-018 OM-022 OM-036
Fluocinolonacetonid	Medikamentöse Behandlung	- OtoFlamm	3.3.1, Seite 11	OM-002
Hörminderung in dB	Körperliche Untersuchung	Ergebnis aus Hörtest Bitte hier die festgestellte Hörminderung in dB erheben.	3.2.2.1, Seite 9	OM-018 OM-022
Hyrocortison	Medikamentöse Behandlung	- GALEN - JENAPHARM	3.3.1, Seite 11	OM-002

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Ibuprofen	Medikamentöse Behandlung	- Nurofen - Ibuprofen - Ibuflam	3.3.1, Seite 11	OM-003
Leichtes Unwohlsein	Symptome	Der Patient gibt eines der folgenden Symptome an, z.B. - Schlappheit - Gliederschmerzen - Erhöhte Temperatur	3.2.1, Seite 6	OM-007
Mittelohrerguss	Symptome	Symptom einer Otitis media Bildung von Sekret im Ohr Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	3.2.1, Seite 6	OM-001 OM-002 OM-005 OM-014 OM-016 OM-018 OM-019 OM-022 OM-027 OM-028 OM-029 OM-030 OM-031 OM-032 OM-036
Myringotomie mit oder ohne Einlage eines Paukenröhrchens	Nicht-medikamentöse Behandlung	Wird entweder im Krankenhaus oder ambulant in Praxis durchgeführt	3.3.2, Seite 13	OM-014 OM-032
Ohrenschmerzen	Symptome	Entzündungszeichen Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	3.2.1, Seite 6	OM-001 OM-011 OM-012 OM-036

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Ohrenschmerzen_Dauer	Symptome	Dauer der Ohrenschmerzen in Stunden (ggf. Ausrechnen); sollte eine Dauer der Ohrenschmerzen nicht angegeben sein, ist dieses entsprechend zu vermerken.	3.2.1, Seite 6	OM-001 OM-010
Ohrenschmerzen_Schweregrad	Symptome	Bitte hier den Schweregrad der Ohrenschmerzen (schwer, mittel, leicht, nicht angegeben) erheben.	3.2.1, Seite 6	OM-001 OM-010
Oxymetazolin	Medikamentöse Behandlung	- Nasivin* - Wick - Sinex*	3.3.1, Seite 11	OM-005
Paracetamol	Medikamentöse Behandlung	- ben-u-ron - Paracetamol-ratiopharm	3.3.1, Seite 11	OM-003
Prednisolon	Medikamentöse Behandlung	- Decortin H - Predni-POS - Solu-Decortin	3.3.1, Seite 11	OM-002
Rötung (im Ohr)	Symptome	Entzündungszeichen Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	3.2.1, Seite 6	OM-001 OM-012 OM-036
Roxithromycin	Medikamentöse Behandlung	- Roxi* - Rulid	3.3.1, Seite 11	OM-013
Schwellung (im Ohr)	Symptome	Entzündungszeichen Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	3.2.1, Seite 6	OM-001 OM-011 OM-012 OM-036
Symptomveränderung	Kontrolltermine	Erfassen, ob sich eine Symptomveränderung im Vergleich zum letzten Besuch ergeben hat: - **schwerere** / **zusätzliche** Symptome als beim letzten Besuch - **gleiche** Symptome als beim letzten Besuch - **leichtere / weniger** Symptome als beim letzten Besuch vgl. Merkmale Kategorie „Symptome“ (3.2.1, Seite 6)	3.4.1, Seite 15	OM-006 OM-025

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Tympanoplastik	Nicht-medikamentöse Behandlung	Trommelfellverschluss	3.3.2, Seite 13	OM-032
Überweisung HNO	Externe Kommunikation	- Für weitere Testungen/ Untersuchungen	3.5, Seite 16	OM-020 OM-021 OM-022 OM-023 OM-024 OM-025 OM-027 OM-028 OM-029 OM-030 OM-031
Überweisung zur Operation	Externe Kommunikation	- Myringotomie mit oder ohne Einlage eines Paukenröhrchens - Tympanoplastik - Adenotomie	3.5, Seite 16	OM-007 OM-032
Untersuchung auf akuten Beginn	Körperliche Untersuchung	**Untersuchung auf drei klinische Kriterien einer akuten Otitis media** Akut bedeutet „schnell“ oder „plötzlich auftretend“.	3.2.2.1, Seite 9	OM-001
Untersuchung auf Mittelohrentzündung	Körperliche Untersuchung	**Untersuchung auf drei klinische Kriterien einer akuten Otitis media** Hinweis: Sobald erkenntlich wird, dass ins Ohr geschaut wurde, sind automatisch die beiden Merkmale (Untersuchung auf Mittelohrerguss und Untersuchung auf Mittelohrentzündung) erfüllt. In diesem Fall ist die entsprechende Datenerhebung zweimal vorzunehmen und jede dem jeweiligen Merkmal zuzuordnen.	3.2.2.1, Seite 9	OM-001

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Untersuchung auf Mittelohrerguss	Körperliche Untersuchung	**Untersuchung auf drei klinische Kriterien einer akuten Otitis media** Hinweis: Sobald erkenntlich wird, dass ins Ohr geschaut wurde, sind automatisch die beiden Merkmale (Untersuchung auf Mittelohrerguss und Untersuchung auf Mittelohrentzündung) erfüllt. In diesem Fall ist die entsprechende Datenerhebung zweimal vorzunehmen und jede dem jeweiligen Merkmal zuzuordnen.	3.2.2.1, Seite 9	OM-001
Verlaufskontrolle	Kontrolltermine	- Folgetermin nach Erstdiagnose - Kontrolle der Symptomatik	3.4.1, Seite 15	OM-015 OM-016 OM-018 OM-019
Wärme (im Ohr)	Symptome	Entzündungszeichen Bitte auch die Seite des betroffenen Ohres (links, rechts, beidseitig, nicht angegeben) erheben.	3.2.1, Seite 6	OM-001 OM-011 OM-012 OM-036
Xylometazolin	Medikamentöse Behandlung	- Gelonasal - Imidin N - Otriven* - Olynth* - Snivex - Snup*	3.3.1, Seite 11	OM-005

4.3 Medikamente | Handelsnamen

4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika	Amoxi
Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika	Amoxicillin
Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika	Infectomox
Betamethason	S02BA07	Corticosteroide	Betalgalen
Betamethason	S02BA07	Corticosteroide	Betnesol
Betamethason	S02BA07	Corticosteroide	Celestamine
Betamethason	S02BA07	Corticosteroide	Diprosis
Cefaclor	J01DC04	Antibiotika	CEC
Cefaclor	J01DC04	Antibiotika	Ceclor
Cefaclor	J01DC04	Antibiotika	Infectocef
Cefaclor	J01DC04	Antibiotika	Panoral
Dexamethason	S02BA06	Corticosteroide	Dexa Loscon mono
Dexamethason	S02BA06	Corticosteroide	Dexa-Ophtal
Dexamethason	S02BA06	Corticosteroide	Fortecortin
Dexamethason	S02BA06	Corticosteroide	Otobacid*
Fluocinolonacetonid	S02BA08	Corticosteroide	OtoFlamm
Hyrocortison	S02BA01	Corticosteroide	GALEN
Hyrocortison	S02BA01	Corticosteroide	JENAPHARM
Ibuprofen	M01AE01	Analgetika	Ibuflam
Ibuprofen	M01AE01	Analgetika	Ibuprofen
Ibuprofen	M01AE01	Analgetika	Nurofen
Oxymetazolin	RO1AA05	Alpha-Sympatho-mimetika	Nasivin*
Oxymetazolin	RO1AA05	Alpha-Sympatho-mimetika	Sinex*
Oxymetazolin	RO1AA05	Alpha-Sympatho-mimetika	Wick
Paracetamol	N02BE01	Analgetika	ben-u-ron
Paracetamol	N02BE01	Analgetika	Paracetamol-ratiopharm
Prednisolon	S02BA03	Corticosteroide	Decortin H
Prednisolon	S02BA03	Corticosteroide	Predni-POS
Prednisolon	S02BA03	Corticosteroide	Solu-Decortin
Roxithromycin	J01FA06	Antibiotika	Roxi*
Roxithromycin	J01FA06	Antibiotika	Rulid
Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympatho-mimetika	Gelonasal
Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympatho-mimetika	Imidin N
Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympatho-mimetika	Olynth*
Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympatho-mimetika	Otriven*
Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympatho-mimetika	Snivex
Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympatho-mimetika	Snup*

4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Amoxi	Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika
Amoxicillin	Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika
ben-u-ron	Paracetamol	N02BE01	Analgetika
Betalgalen	Betamethason	S02BA07	Corticosteroide
Betnesol	Betamethason	S02BA07	Corticosteroide
CEC	Cefaclor	J01DC04	Antibiotika
Ceclor	Cefaclor	J01DC04	Antibiotika
Celestamine	Betamethason	S02BA07	Corticosteroide
Decortin H	Prednisolon	S02BA03	Corticosteroide
Dexa Loscon mono	Dexamethason	S02BA06	Corticosteroide
Dexa-Ophtal	Dexamethason	S02BA06	Corticosteroide
Diprosis	Betamethason	S02BA07	Corticosteroide
Fortecortin	Dexamethason	S02BA06	Corticosteroide
GALEN	Hyrocortison	S02BA01	Corticosteroide
Gelonasal	Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympathomimetika
Ibuflam	Ibuprofen	M01AE01	Analgetika
Ibuprofen	Ibuprofen	M01AE01	Analgetika
Imidin N	Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympathomimetika
Infectocef	Cefaclor	J01DC04	Antibiotika
Infectomox	Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika
JENAPHARM	Hyrocortison	S02BA01	Corticosteroide
Nasivin*	Oxymetazolin	RO1AA05	Alpha-Sympathomimetika
Nurofen	Ibuprofen	M01AE01	Analgetika
Olynth*	Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympathomimetika
Otobacid*	Dexamethason	S02BA06	Corticosteroide
OtoFlamm	Fluocinolonacetonid	S02BA08	Corticosteroide
Otriven*	Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympathomimetika
Panoral	Cefaclor	J01DC04	Antibiotika
Paracetamol-rati-opharm	Paracetamol	N02BE01	Analgetika
Predni-POS	Prednisolon	S02BA03	Corticosteroide
Roxi*	Roxithromycin	J01FA06	Antibiotika
Rulid	Roxithromycin	J01FA06	Antibiotika
Sinex*	Oxymetazolin	RO1AA05	Alpha-Sympathomimetika
Snivex	Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympathomimetika
Snup*	Xylometazolin	R01AA07	Alpha-Sympathomimetika
Solu-Decortin	Prednisolon	S02BA03	Corticosteroide
Wick	Oxymetazolin	RO1AA05	Alpha-Sympathomimetika

Stand:
15. Juni 2022

Handbuch Erfassung Patientenakte

STÖRUNG DES SOZIALVERHALTENS (SSV)

QualiPäd

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis i
2 Vorwort / Einleitung 1
3 Erhebungsmerkmale 2
3.1 Diagnosen 2
3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen 2
3.1.2 Weitere relevante Diagnosen 3
3.2 Diagnostik 6
3.2.1 Symptome 6
3.2.1.1 Leitsymptome 6
3.2.1.2 Diagnostische Kriterien 6
3.2.1.3 Schweregrad 10
3.2.1.4 sonstige Symptome 11
3.2.2 Anamnesen 15
3.2.3 Erhebungsinstrumente 21
3.2.4 Medizinische Untersuchung 26
3.2.4.1 Körperliche Untersuchung 26
3.2.4.2 Psychische Untersuchung 29
3.3 Behandlung / Therapie 35
3.3.1 Behandlungssetting 35
3.3.2 Medikamentöse Behandlung 36
3.3.3 Nicht-medikamentöse Behandlung 37
3.3.4 Informations-/Beratungsgespräche 39
3.3.5 Behandlungsplan 42
3.4 Konsultationen 43
3.4.1 Kontrolltermine 43
3.5 Externe Kommunikation/ Überweisung 46
4 Anhang i
4.1 Indikatorenübersicht i
4.2 Merkmalsübersicht vi
4.3 Medikamente | Handelsnamen xxx
4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff xxx
4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen xxx
4.4 Abbildungen xxxi

2 Vorwort / Einleitung

Bei einer Störung des Sozialverhalten handelt es sich um eine psychische Störung, bei der Kinder oder Jugendliche ein andauerndes oder sich wiederholendes Muster von dissozialem, aggressivem oder aufsässigem Verhalten zeigen.

Das Ausmaß der Symptome muss gravierend sein und nicht alterstypisch (z.B. sind Wutanfälle bei einem dreijährigen Kind alterstypisch).

Symptome, die zur Diagnose Störungen des Sozialverhaltens führen, sind z.B.: Stehlen, extremes Maß an Streiten oder Tyrannisieren, Schule Schwänzen und Weglaufen von zu Hause, ungewöhnlich häufige und starke Wutausbrüche und Ungehorsam, häufiges Lügen, Gewalttätigkeit gegenüber anderen, Zerstörung von Eigentum, Feuerlegen oder Grausamkeit gegenüber Tieren, u.a.

Einflussfaktoren, die die Entwicklung einer Störung des Sozialverhaltens begünstigen, können folgende sein:

- Biologische Faktoren
  - Männliches Geschlecht
  - niedriges Aktivitätsniveau
  - prä- und perinatale Risiken (Alkohol, Rauchen)
- Familiäres Umfeld und Erziehung
  - Gewalttätiges Verhalten der Eltern
  - niedriger sozialer Status der Eltern
  - inkonsequentes Erziehungsverhalten
  - unzureichende Erziehungskompetenzen
- Schule
  - Besuch bestimmter Schultypen wie Hauptschule oder Sonderschule
  - schlechte Qualität der Ausbildung
  - schlechtes Schulklima (u.a. bedingt durch den Umgang zwischen Lehrern und Schülern)
  - Angeboten in der Schule
  - Gestaltung der Schulumgebung
  - autoritärer oder restriktiver Unterrichtsstil
- Psychische Merkmale
  - Unzureichende Impulskontrolle und Emotionsregulation
  - verzerrte sozial-kognitive Wahrnehmung
  - schlechte Problemlösungsstrategien
  - unzureichendes Einfühlungsvermögen
  - niedrige Frustrationstoleranz
- Sonstiges
  - Gewalttätige Peergroup (Gleichaltrigengruppe)
  - sozialer Druck
  - unzureichende soziale Integration
  - Einflüsse der Medien

3 Erhebungsmerkmale

3.1 Diagnosen

3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen

Für die QualiPäd-Studie sind die folgenden ICD-10-Diagnosen relevant:

ICD-Schlüssel	Beschreibung
F90.1	**Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens** Achtung: Beim Vorliegen dieser Diagnose unbedingt auch die Merkmale aus dem Erfassungshandbuch zum Krankheitsbild „ADHS“ entsprechend berücksichtigen!
F91.-	**Störung des Sozialverhaltens** Die Kriterien für eine dissoziale Persönlichkeitsstörung (F60.2), eine Schizophrenie (F20.-), eine manische Episode (F30.-), eine depressive Episode (F32.-), eine tiefgreifende Entwicklungsstörung (F84.-) oder eine hyperkinetische Störung (F90.-) werden nicht erfüllt. Werden Kriterien für eine emotionale Störung erfüllt, ist die Diagnose „gemischte“ Störung des Sozialverhaltens und Emotionen (F92.-) zu stellen.
F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
F92.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
F91.8	Sonstige Störung des Sozialverhaltens
F91.9	Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet
F92.-	**Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen**
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung Neben den allgemeinen Kriterien für eine SSV müssen auch die Kriterien für eine affektive Störung (F30-F39) erfüllt sein.
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen Neben den allgemeinen Kriterien für eine SSV müssen auch die Kriterien für eine neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung (F40-F48) oder für eine emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit (F93) erfüllt sein.
F92.9	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet Hierfür existiert kein spezielles Kriterium.

3.1.2 Weitere relevante Diagnosen

Hierbei genügt die Information, dass eine entsprechende Diagnose beim Patienten vorliegt. Inwieweit diese behandelt wird, muss nicht dokumentiert werden. Die Information kann entweder durch einen Arztbrief, eine Überweisung, Fremdanamnese, Eigenanamnese, eigene Untersuchung oder durch Untersuchung eines Facharztes festgestellt worden sein.

Merkmal	Definitionen	Synonym	Praxisbeispiele	QI
ADHS	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens F91.- und F92.- gem. ICD-10	F90.- (außer F90.1 – hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens)		SSV-012 SSV-013 SSV-014
Angststörungen		F40.- F41.- F45.2 Hypochondrische Störung Dymorphophobie (nicht wahnhaft) F22.8 sonstige anhaltende wahnhafte Störungen; wahnhafte Dysmorphophobie		SSV-012 SSV-013 SSV-014
depressive Episode	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens F91.- gem. ICD-10	F32.-	- Depression - leichte / mittelgradige / schwere depressive Episode	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Emotionale Störungen	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens F91.- gem. ICD-10; wenn vorliegend, dann ist die Diagnose F92.- zu stellen	F93.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
manische Episode	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens F91.- gem. ICD-10	F30.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019

Merkmal	Definitionen	Synonym	Praxisbeispiele	QI
Dissoziale Persönlichkeitsstörung	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens F91.- gem. ICD-10 Es handelt sich hierbei um eine Persönlichkeitsstörung, die durch eine Missachtung sozialer Verpflichtungen und herzloses Unbeteiligtsein an Gefühlen für andere gekennzeichnet ist. Zwischen dem Verhalten und den herrschenden sozialen Normen besteht eine erhebliche Diskrepanz. Das Verhalten erscheint durch nachteilige Erlebnisse, einschließlich Bestrafung, nicht änderungsfähig. Es besteht eine geringe Frustrationstoleranz und eine niedrige Schwelle für aggressives, auch gewalttätiges Verhalten, eine Neigung, andere zu beschuldigen oder vordergründige Rationalisierungen für das Verhalten anzubieten, durch das der betreffende Patient in einem Konflikt mit der Gesellschaft geraten ist.	F60.2		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Schizophrenie	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens F91.- gem. ICD-10	F20.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
tiefgreifende Entwicklungsstörung	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens F91.- gem. ICD-10	F84.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019

Merkmal	Definitionen	Synonym	Praxisbeispiele	QI
Affektive Störung	Einschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens F92.- gem. ICD-10	F30.- - F39.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
neurotische, Belastungs- oder somatoforme Störung	Einschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens F92.- gem. ICD-10	F40.- - F48.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Emotionale Störung mit Beginn in der Kindheit	Einschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens F92.- gem. ICD-10	F93.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Intelligenzstörung	Beurteilung von Intelligenz	F70-F79		SSV-015
Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	Beurteilung von Lernschwächen	F81.-		SSV-015
Schlafprobleme		- Insomnie - Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus - Schlafprobleme - G47.0, G47.2, G47.8, G47.9, F51.0, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9		SSV-041

3.2 Diagnostik

3.2.1 Symptome

3.2.1.1 Leitsymptome

Bei den nachfolgenden Merkmalen grundsätzlich immer die Quelle (Patient, Sorgeberechtigte, Bezugspersonen, etc.) mit angeben!

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiele	QIs
Aggressives Verhalten	Leitsymptom der SSV	- Gewalttätig - Angriffslustig - Aggressivität - Aggression	„Er beschimpft andere Kinder heftig, schlägt, tritt, haut und schubst“ „auch körperlich aggressiv gegenüber Erwachsenen“	SSV-002 SSV-012 SSV-019 SSV-026
Dissoziales Verhalten	Leitsymptom der SSV	- Mangelnde Empathie - Gefühlskälte gegenüber Anderen	„Er ist nicht in der Lage, sich in andere Kinder hinein zu versetzen“	SSV-002 SSV-012 SSV-019
Aufsässiges Verhalten	Leitsymptom der SSV	- Rebellisch - Widersetzlich - Aufständig - ungehorsam		SSV-002 SSV-012 SSV-019

3.2.1.2 Diagnostische Kriterien

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiele	QIs
häufige und schwere Wutausbrüche			„Wutanfälle: 2-3 mal täglich. 30 Minuten oder auch länger.“	SSV-018 SSV-019
häufiges Streiten mit Erwachsenen	z.B. mit Eltern, Lehrern, Erziehern			SSV-018 SSV-019
Widersetzen von Vorschriften	häufige aktive Ablehnung und Zurückweisung von Wünschen und Vorschriften	- Rebellisch - Widersetzlich - Aufsässig - ungehorsam	„rennt weg aus der Schule, wenn etwas nicht nach seinem Kopf geht“ „Streit mit Eltern, weil ich nicht gemacht habe, was ich sollte“	SSV-018 SSV-019

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiele	QIs
Bewusstes Ärgern anderer	häufiges, offensichtlich wohlüberlegtes Ärgern anderer	- Schikanieren - mobben	„Er teste und provoziere die Kindseltern, bis sie nachgeben würden.“	SSV-018 SSV-019
Schuldzuweisungen	häufig verantwortlich machen anderer, für die eigenen Fehler oder für eigenes Fehlverhalten	- Fehlendes Schuldbewusst-sein	„Wahrnehmugsproblem -> geht nur nach den anderen“	SSV-018 SSV-019
häufige Empfindlichkeit		- Verletzbarkeit - Reizbarkeit - Leicht provozierbar	„flippe aus wenn er sich „in die Enge gedrängt“ fühle	SSV-018 SSV-019
häufiger Ärger		- Wut - Tobsucht - Rage - Groll		SSV-018 SSV-019
häufige Gehässigkeit		- Bosheit - Bösartigkeit - Gemeinheit - Arglist		SSV-018 SSV-019
Rachsucht		- Unversöhnlich - Vergeltung		SSV-018 SSV-019
Häufiges Lügen für eigenen Vor-teil	Häufiges Lügen oder Brechen von Ver-sprechen um materielle Vorteile und Be-günstigungen zu erhalten	- berechnend		SSV-018 SSV-019
häufiges Beginnen von körperli-chen Auseinandersetzungen	außer Geschwisterauseinandersetzungen	- Schlägerei anzetteln	„Er zeige täglich oppositionelle Verhaltensweisen, die mehr-mals die Woche in aggressiv-impulsive Durchbrüche mit Tre-ten, Schlagen, Kratzen, Krei-schen, Schimpfen, Stühle wer-fen primär gegenüber Kindsel-tern enden würden.“	SSV-018 SSV-019

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiele	QIs
Gebrauch von gefährlichen Waffen		- Messer - Gewehr - Scherben - Ziegelstein - Schlagholz		SSV-018 SSV-019
häufiges Draußen bleiben in der Dunkelheit	entgegen dem Verbot der Eltern			SSV-018 SSV-019
körperliche Grausamkeit gegenüber anderen Menschen		- Fesseln - Messerangriff - mit Feuer verletzen		SSV-018 SSV-019
Tierquälerei		- Tierschinderei		SSV-018 SSV-019
Vandalismus	absichtliche Destruktivität gegenüber dem Eigentum anderer (außer Brandstiftung)	- Zerstörerisch - Zerstörungswut - Zerstörungswahn		SSV-018 SSV-019
Feuerlegen	mit dem Risiko oder der Absicht, ernsthaften Schaden anzurichten	- Brandstiftung - Zündeln - Brandlegung		SSV-018 SSV-019
Stehlen von Wertgegenständen	ohne Konfrontation mit dem Opfer (entweder zu Hause oder außerhalb, z.B. Ladendiebstahl, Einbruch, Unterschriftenfälschung)	- Diebstahl	„habe Handy entwendet“ „habe immer Geld gehabt – hat sich nicht geklärt woher, Handy entwendet“	SSV-018 SSV-019
Häufiges Schule schwänzen		- Viele (unentschuldigte) Fehlstunden		SSV-018 SSV-019
Weglaufen von Zuhause	Weglaufen von den Eltern oder elterlichen Ersatzpersonen, mindestens zweimal oder einmal länger als eine Nacht (außer dies geschieht zur Vermeidung körperlicher oder sexueller Misshandlung)			SSV-018 SSV-019

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiele	QIs
jede kriminelle Handlung, bei der ein Opfer direkt angegriffen wird,	einschließlich Handtaschenraub, Erpressung, Straßenraub	- Gewalttätig - Straßenraub - Handtaschenraub		SSV-018 SSV-019
Sexuelle Nötigung	Zwingen einer anderen Person zu sexuellen Aktivitäten	- Sexueller Missbrauch		SSV-018 SSV-019
häufiges Tyrannisieren anderer	z.B. absichtliches Zufügen von Schmerzen oder Verletzungen, einschließlich Einschüchterung, Quälen oder Belästigung	- Einschüchterung - Quälen - Belästigung - Terrorisieren - Schikanieren		SSV-018 SSV-019
Einbruch	In Häuser, Gebäude, Autos			SSV-018 SSV-019

3.2.1.3 Schweregrad

Merkmal	Definition	Synonym	Praxisbeispiel	ID

Schweregrad	Schweregrad der Störung des Sozialverhaltens mit den Ausprägungen:
	- *leicht*
	  ○ **keine oder nur wenige Symptome**, neben denen, die für die Diagnose gefordert werden
	  ○ die Verhaltensprobleme verursachen anderen nur geringen Schaden (**geringe Beeinträchtigung**)
	- *mittelgradig*
	  ○ der Schaden (Beeinträchtigung) für andere liegt zwischen mittel und schwer
	- *schwer*
	  ○ **viele** neben den für die Diagnose geforderten **Symptomen** oder Verhaltensprobleme verursachen anderen nennenswerten Schaden (**nennenswerte Beeinträchtigung**), z.B. bei schwerer körperlicher Gewalt, Vandalismus oder Diebstahl
	Wenn kein dokumentierter Schweregrad vorliegt, muss die Einteilung selbst vorgenommen werden. Diese erfolgt individuell nach Anzahl der ICD-10 Symptome und beschriebener Beeinträchtigung des Umfelds (siehe Grad der Beeinträchtigung).
				SSV-035

Merkmal	Definition	Synonym	Praxisbeispiel	ID
Grad der Beeinträchtigung	- Bestimmung über Fremdanamnese - Es geht hierbei um die Beeinträchtigung des Umfelds (Familie, Schule / KiTa, etc.) Folgende Ausprägungen sind möglich: ○ gering ○ mittel ○ hoch Wenn kein Grad der Beeinträchtigung angegeben ist, ist diese Einschätzung selbst vorzunehmen. Bis erste Praxiserfahrungen gesammelt wurden, ist dieses im Projektteam zu diskutieren und anschließend gemeinsam zuzuordnen.			SSV-035

3.2.1.4 sonstige Symptome

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiele	QIs
ausgeprägte emotionale Dysregulation	- Beeinträchtigung beim Umgang mit Emotionen, die meist zu gesellschaftlich oder situativ unangemessenen Reaktionen führt	- Stimmungsschwankungen - Aggressionsstörungen - Erhöhte Emotionsintensität	„Sei die Wutattacke vorbei, sei er wie ausgewechselt, lieb und zugänglich.“	SSV-027
Auslösende Faktoren	- Seit wann und in welchen Situationen treten die Symptome auf? - Gab es einschneidende Situationen? Bestimmung über Fremdanamnese			SSV-001 SSV-019 SSV-012
Autoaggressivität	- Aggressionen, die sich gegen die eigene Person richten, meist über selbstverletzendes Verhalten	- Selbstaggression - selbstverletzendes Verhalten	„Habe Kopf auf Boden gehauen.“	SSV-026
Beginn der Symptomatik vor oder nach dem Alter von 10 Jahren	- **Bestimmung SSV-Subtyp**			SSV-017 SSV-019

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiele	QIs
Fehlende Impulskontrolle	- Impulse können nicht mehr ausreichend kontrolliert werden - Führt zu Wutausbrüchen mit unkontrolliertem Verhalten	- Fehlende Selbstregulation		SSV-026

Symptomhäufigkeit	- Bestimmung über Fremdanamnese
	- Folgende Ausprägungen zur Symptomhäufigkeit sind möglich:
	  ○ gering
	  ○ mittel
	  ○ hoch
	  ○ nicht bekannt
	Es muss in jedem Fall auch (sofern in der Patientenakte vorliegend) die Symptomhäufigkeit erfasst werden. Wenn nichts angegeben ist, entsprechend vermerken.
			„Wutanfälle 2-3x täglich"	SSV-001
				SSV-012
				SSV-035

Kaltherzig-gefühllose Persönlichkeitszüge	- **Bestimmung SSV-Subtyp** - Besonders ausgeprägtes dissoziales Verhalten	- Unmenschlichkeit - Rohheit - Kaltherzigkeit - Empathielosigkeit		SSV-017 SSV-019
Schulische Leistungen	- Auflistung von Noten - über die Anamnese oder Vorlage der Zeugnisse Es muss auch mit erhoben werden, ob die Leistungen gut, mittel oder schlecht sind.			SSV-006 SSV-007

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiele	QIs
schwerwiegende Aggressivität	- Besonders starke Aggressions-/Wutausbrüche	- Gewalttätig - Angriffslustig - Aggressivität - Aggression	„Er beschimpft andere Kinder heftig, schlägt, tritt, haut und schubst“ „auch körperlich aggressiv gegenüber Erwachsenen“	SSV-027
Selbst- oder Fremdgefährdung	- Selbstverletzendes Verhalten, Hohes Aggressionspotenzial - z.B. gewalttätig gegenüber Eltern, Geschwistern, Mitschülern, Lehrern		„Der Kindsvater gab an, dass die körperlichen Aggressionen gegenüber der Mutter sich derzeit in einem Ausmaß des Unerträglichen befänden.“ „Habe Kopf auf Boden gehauen“	SSV-022
Suizidalität	Suizidgefährdung, Suizidgedanken, Handlungen			SSV-021

Merkmal	Definition	Synonyme	Praxisbeispiele	QIs
Verhaltensprobleme in der Schule	- Auftreten der Symptomatik in der Schule	- Stören des Unterrichts - Probleme mit Mitschülern und Lehrern	„Im Unterricht stört er oft ununterbrochen durch Geräusche, Umherlaufen im Klassenraum, Spitzen von Stiften und andere Aktivitäten. Er zieht beispielsweise so lange Grimassen, bis die anderen Kinder darauf reagieren, oder kommentiert das Verhalten anderer Kinder, meist abfällig oder abwertend. Gruppen- oder Partnerarbeiten mit Siwan sind nur selten durchführbar.“ „bin aktiv, stört die Klasse; in der 5. Klasse: Blödsinn im Unterricht“	SSV-006 SSV-007
Vorliegen von Schlafproblemen	- Insomnie - Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus - Schlafprobleme	- Insomnie - Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus - Schlafprobleme - G47.0, G47.2, G47.8, G47.9, F51.0, F51.2, F51.3, F51.4, F51.5, F51.8, F51.9		SSV-041

3.2.2 Anamnesen

Bei den nachfolgenden Merkmalen grundsätzlich immer die Quelle (Patient, Sorgeberechtigte, Bezugspersonen, etc.) mit angeben!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Anamnese belastender Lebensereignisse	Als belastende Lebensereignisse werden potentiell traumatische Ereignisse bezeichnet. Diese beinhalten z.B. Kindesmisshandlung und sexuellen Missbrauch, aber auch Drogenprobleme oder psychische Störungen in der Familie sowie Verlusterfahrungen.	- Tod wichtiger Bezugspersonen - Umzug - Umzug von Freunden/Familie, Migration - Unfälle - Trennung der Eltern - Krankheiten - Misshandlungen / sexueller Missbrauch - Drogenprobleme in der Familie - psychische oder somatische Erkrankungen in der Familie - Kriegs-/Fluchttraumata	„Er sei 2016/2017 mit seiner Mutter und Schwester aus Syrien in die Türkei geflohen und nach einem 10-monatigen Aufenthalt dort dann zum Vater (Flucht aus Syrien 2014) nach Deutschland.“	SSV-004

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung	Fremdanamnese durch Eltern, z.B. - Eingewöhnungsphase → trennungsängstlich? - Umgang mit anderen Kindern/ Erziehern/ Lehrern		„Er habe von seinem 2. bis zum 7. Lebensjahr einen Kindergarten besucht. Es sei eine niedrige Frustrationstoleranz aufgefallen. Aufforderungen hätten mehrmals wiederholt werden müssen. Mit 7 Jahren sei er in die Grundschule eingeschult worden danach sei der Übertritt in die 5. Klasse eines Gymnasiums erfolgt. Marc besuche aktuell die 6. Klasse, seine Leistungen lägen im Mittelfeld. Aufgrund der Symptomatik, verminderter Anstrengungsbereitschaft und fehlender Motivation sei der Lebensbereich Schule beeinträchtigt.“	SSV-003 SSV-013
Familienanamnese	In der Familienanamnese geht es darum, Krankheiten innerhalb der Familie festzustellen.	körperlichen/Psychischen Erkrankungen von Eltern, Großeltern, Geschwister	„Km: 55 Jahre, Hausfrau, sie habe ein Problem mit dem Darm, mache aktuell einen Sprachkurs Kv: 56 Jahre, sei Schweißer gewesen, gesund, mache ebenfalls einen Deutschkurs“	SSV-005 SSV-012
Freizeitverhalten	- Hobbies - Freunde treffen - zeitliche Faktoren		„In ihrer Freizeit reite sie, beschäftige sich gerne mit Freunden und sei sehr tierbezogen.“	SSV-003 SSV-013

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Fremdanamnese	Die Fremdanamnese ist eine Form der Anamnese-Erhebung, bei der nicht der Patient selbst, sondern Angehörige, Bekannte oder sonstige Dritte Angaben zur Krankengeschichte machen. Eine Fremdanamnese ist immer dann notwendig, wenn der Patient selbst die Fragen des Arztes nur unzureichend oder gar nicht beantworten kann.			SSV-001
frühkindliche Betreuungssituation und -qualität	- Gab es feste oder wechselnde Bezugs- bzw. Betreuungspersonen? - Wie war die familiäre Situation (z.B. alleinerziehende Eltern)? - Wie war die Betreuungssituation tagsüber (Krippe, Kindergarten, Tagesmutter, zu Hause)? - Gab es ein stabiles Umfeld zu Hause? - fehlende Unterstützung der Eltern - Überforderung der Eltern - Misshandlungen			SSV-003

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Geburtsanamnese	Befragung der Mutter zur Geburt	- Schwangerschaftswoche (zu früh, pünktlich oder zu spät?) - Entbindungsmodus (Vakuum oder Zangengeburt aus Beckenmitte?) - Kindslage (Beckenendlage?) - APGAR-Werte - Pränatale Befunde z.B. Herzfehler - Krankenhausaufenthalte im Anschluss an Geburt - Traumatische Geburt - Kaiserschnitt?	„keine Komplikationen während/ nach Geburt. Entbindung in der 39. Woche. Geburtsgewicht 3580g, Geburtslänge 53cm“	SSV-003
Grad der körperlichen Aktivität	- Sport - körperliche Betätigung	z.B. Fußballtraining, Fitnessstudio		SSV-010
Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung	- Erfassung von bisherigen Entwicklungsschritten - Fremdanamnese durch Eltern - Abgedeckt durch U-Untersuchungen (U-Heft)	- Z.B. erste Worte/Sätze, erste Schritte, Sauberkeitsentwicklung	„Freies Laufen mit 10 Monaten, Sprechen (erste Worte außer Mama/Papa) mit 1 Jahr. Sauberkeit: Trocken und Sauber mit 3 Jahren tagsüber und 3 Jahren nachts.“	SSV-003 SSV-013

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Psychosoziale Stressoren	Lebenssituationen, die beim Patienten Stress auslösen	- Probleme/Konflikte in der Familie - körperliche Erkrankungen sowie Krankheits- oder Todesfälle in der Familie/im Bekanntenkreis - finanzielle Schwierigkeiten - Mobbing - Konkurrenz - Überforderung in der Schule		SSV-004 SSV-008
Schwangerschaftsanamnese	Befragung der Mutter, z.B. - Gewollte/ ungewollte Schwangerschaft - Vergewaltigung? - Infektionen während der Schwangerschaft - Mehrlingsschwangerschaft - (Gestations-)Diabetes - Dauermedikation - Drogen-/Alkoholabusus - Psychosoziale Belastungen		„2. Schwangerschaft, Mutter 33 Jahre alt, geplante Schwangerschaft, kein Rauchen und Alkohol während der Schwangerschaft, keine Komplikationen“	SSV-003
Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	Vorstellung des Patienten über die eigene Person. Hier geht es explizit um die Eigenanamnese des Patienten.	Antworten auf die Frage „Was kannst du gut? Was machst du gern?“		SSV-003 SSV-013

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen	z.B. - Pubertät - Geschlechtsidentität (welchem Geschlecht fühlen sich die Patienten zugehörig?) - Freundschaftliche Beziehungen - engerer Freundeskreis/ Vertrauenspersonen - romantische Beziehung			SSV-003 SSV-013
Risikofaktoren für Suizidalität	Abfragen von Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit eines Suizids erhöhen	- Suizidversuch in der Vorgeschichte - Suizid(versuch) im nahen Umfeld - Psychiatrische Störung - Alkohol- oder Drogenkonsum		SSV-009
Abklärung Suizidalität	Frage nach Suizidgedanken, konkrete Suizidabsichten oder akute Suizidhandlungen Es mit zu erheben, ob Suizidgedanken / Suizidabsichten / Suizidhandlungen vorliegen oder nicht.		„Er ist aktuell von Suizidalität glaubhaft distanziert“	SSV-021

3.2.3 Erhebungsinstrumente

Bei den Erhebungsinstrumenten handelt es sich in erster Linie um Test- bzw. Fragebögen, die vom Patienten oder dessen Bezugspersonen auszufüllen sind. Grundsätzlich immer die Quelle (Patient, Sorgeberechtigte, Bezugspersonen, etc.) mit angeben!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
AID 2	Intelligenztest			SSV-015
BADO	Testverfahren zur klinischen Symptomatik			SSV-015
BDI	Untersuchung auf komorbide Störungen - Depressive Störungen			SSV-013 SSV-019
BSI	Testverfahren zur klinischen Symptomatik			SSV-013 SSV-016
BUEGA	Untersuchung auf komorbide Störungen tiefgreifende Entwicklungsstörung - ADHS			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
BUEVA	Untersuchung auf komorbide Störungen tiefgreifende Entwicklungsstörung - ADHS			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
CBCL 4-18 Jahre	Testverfahren zur klinischen Symptomatik Untersuchung auf komorbide Störungen			SSV-013 SSV-016
cft 1-r	Intelligenztest			SSV-015
CFt-1	Intelligenztest			SSV-015
cft-20	Intelligenztest			SSV-015
cft-20r	Intelligenztest			SSV-015
CONNERS	Testverfahren zur klinischen Symptomatik Follow-up Ratingskalen			SSV-015 SSV-016

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
DIKJ	Untersuchung auf komorbide Störungen - Depressive Störungen			SSV-013 SSV-019
DISABKID	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)			SSV-039
DISYPS	Untersuchung auf komorbide Störungen - ADHS - SSV - Depressive Störungen - Angststörungen - Trauma- und belastungsbezogene Störungen - Tic-Störungen - Autismus-Spektrum- und Soziale Kommunikations-Störungen - Bindungs- und Beziehungsstörungen			SSV-013 SSV-019
EuroQoL-5D-Youth	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			SSV-039
HAWIK	Intelligenztest			SSV-015
HAWIVA-IV	Intelligenztest			SSV-015
ILK	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			SSV-039
IST-2000 R	Intelligenztest			SSV-015
K-ABC 2	Intelligenztest			SSV-015
KIDSCREEN-52	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			SSV-039

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
KINDL	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			SSV-039
KINDL-R	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			SSV-039
PedsQLTM4.0	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			SSV-039
PHOKI	Untersuchung auf komorbide Störungen Angststörungen			SSV-013 SSV-019
PsyBADO	Testverfahren zur klinischen Symptomatik			SSV-013 SSV-016
Raven APM	Intelligenztest			SSV-015
SDQ	Untersuchung auf komorbide Störungen			SSV-013 SSV-019
SDQ-Deu	Testverfahren zur klinischen Symptomatik Untersuchung auf komorbide Störungen			SSV-013 SSV-016
SPAIK	Untersuchung auf komorbide Störungen Angststörungen			SSV-013 SSV-019
SPS-J	Testverfahren zur klinischen Symptomatik			SSV-013 SSV-016
SVF-KG	Testverfahren zur klinischen Symptomatik			SSV-013 SSV-016
ULQIE	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen) Lebensqualität			SSV-039
WISC-V	Intelligenztest			SSV-015

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
YSR	Testverfahren zur klinischen Symptomatik			SSV-016
ADP-IV	Untersuchung auf komorbide Störungen - Dissoziale Persönlichkeitsstörung			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
CY-BOCS	Untersuchung auf komorbide Störungen - Angststörungen			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
BESD	Untersuchung auf komorbide Störungen - Schizophrenie			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
CDSS-G	Untersuchung auf komorbide Störungen - Schizophrenie			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
CFSD	Untersuchung auf komorbide Störungen - Schizophrenie			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
SEE 03	Untersuchung auf komorbide Störungen - emotionaler Störungen			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
SEED	Untersuchung auf komorbide Störungen - emotionaler Störungen			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
SEK-27	Untersuchung auf komorbide Störungen - emotionaler Störungen			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
SEO	Untersuchung auf komorbide Störungen - emotionaler Störungen			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
SFES	Untersuchung auf komorbide Störungen - tiefgreifende Entwicklungsstörung			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
VFE	Untersuchung auf komorbide Störungen - tiefgreifende Entwicklungsstörung			SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019

3.2.4 Medizinische Untersuchung

3.2.4.1 Körperliche Untersuchung

Merkmal	Definition	Synonyme/ Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Beurteilung über das Vorliegen einer Bewegungsstörung	Feststellung von Erkrankungen des Nervensystems im Rahmen einer **Neurologischen Untersuchung**	- Parkinson - Tremor - Dystonien - Tics - Restless-Legs-Syndrom		SSV-010 SSV-020
Blutdruck	Der Blutdruck in mmHg mit dem systolischen und dem diastolischen Wert muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch den festgestellten Blutdruckwert entsprechend mit erheben!	RR		SSV-010 SSV-011
Blutfette	**Laboruntersuchung** des Blutes auf Blutfette / Cholesterin; Einheit z.B. mg/dl Die Dokumentation der Laborwerte ist nicht erforderlich!	- Cholesterin (LDL, HDL) - Triglyceride (TRL), Lipoproterin (a) (LPA),		SSV-010 SSV-020
EKG	Untersuchung der Herzströme	- Elektrokardiogramm - EBM: 03321	„Sinusrhythmus, Steiltyp, HF ca. 92/min. PO: 120 ms, QT: 330 ms, QTc: 409 ms 1/2 R/S-Umschlag zw. V3 und V4. Keine Erregungsrückbildungsstörungen oder Extrasystolen. leichte Sinustachykardie, ansonsten insgesamt unauffälliger Befund“	SSV-010
Ernährungsweise	Ernährung: z.B. vegetarisch, vegan			SSV-010

Merkmal	Definition	Synonyme/ Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Ernährungszustand	z.B. untergewichtig, normalgewichtig, übergewichtig oder adipös	- EZ	„50 kg (77. Perzentile), dies entspricht einem BMI von 23,8 kg/m2 (91. Perzentile). Adipöser Ernährungszustand“	SSV-010
Gewicht	Das Gewicht in kg oder g muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch das festgestellte Gewicht entsprechend mit erheben!			SSV-010 SSV-020
Größe	Die Körpergröße in cm oder m muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellte Größe entsprechend mit erheben!			SSV-010 SSV-020
HbA1c	**Laboruntersuchung** des Blutes zum HbA1c-Wert (Hämoglobin, an das sich ein Molekül Zucker (Glukose) angelagert hat) - Referenzbereich: 20 - 42 mmol/mol Die Dokumentationdes Laborwerts ist nicht erforderlich!	- Langzeitzucker		SSV-020
Herzfrequenz	Die Herzfrequenz in „Herzschlägen pro Minute“ oder der Puls müssen in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellte Herzfrequenz / den festgestellten Puls entsprechend mit erheben!	- HF - Puls		SSV-010 SSV-011
körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung - Anamnese weiterer Erkrankungen - Arztbrief / Überweisung - (Patienten-)Fragebogen (z.B. Aufnahmebogen)	- Körperlicher Untersuchungsbefund - Allgemeinzustand - AZ	„(..) in gutem Allgemein- und Pflegezustand, altersgemäß entwickelt.“	SSV-011 SSV-020

Merkmal	Definition	Synonyme/ Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Neurologische Untersuchung	Körperlich-neurologische Untersuchung der / des - Reflexe (z.B. Testung der Muskeldehnungsreflexe, pathologischen Reflexe) - Hirnnerven (z.B. Untersuchung mit EEG) - Gleichgewichtssinn / Koordination (z.B. Tretversuch, Zeigeversuch, Romberg-Versuch, Gang, Stand) - Koordination (z.B. Finger-Nase-Versuch) - groben Kraft (z.B. Bewegung der Arme oder Beine gegen einen Widerstand)	- EBM 27311, 04351	„Orientierende neurologische Untersuchung ohne pathologische Befunde“	SSV-020
Nüchternglukose	**Laboruntersuchung** des Blutes oder des Urins auf Glukose - Referenzbereich: 74 – 127 mg/dl (1 – 6 Jahre), 70-106 mg/dl (7-19 Jahre) Die Erhebung des Laborwerts ist nicht erforderlich!	- Nüchternblutzucker		SSV-010 SSV-020
Prolaktin	**Laboruntersuchung** des Blutes auf Prolaktin (Hormon aus der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse)) - Referenzbereich: 3,0 – 25 ng/ml (1-19 Jahre) Die Erhebung des Laborwerts ist nicht erforderlich!	- PRL - Lactotropin		SSV-010 SSV-020

Merkmal	Definition	Synonyme/ Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Untersuchung auf körperliche Begleiterkrankungen	- Körperliche Untersuchung - Anamnese weiterer Erkrankungen - Arztbrief / Überweisung - (Patienten-)Fragebogen (z.B. Aufnahmebogen)		„(…) der übrige körperliche Untersuchungsbefund blieb altersentsprechend unauffällig“	SSV-neu2
Untersuchung der Lunge	Körperliche Untersuchung der Lunge durch - Abhorchen (Atem- und Nebengeräusche) - Beurteilung von Atmung und Auswurf - Röntgen der Lunge	- Pulmo - Auskultation	Lunge opB Lungenröntgen opB	SSV-011
Untersuchung des Abdomens	Körperliche Untersuchung des Abdomens durch - Abhorchen (Darmgeräusche) - Abtasten (Leber, Milz, Nieren)	- Bauch - Auskultation - Palpation	Abdomen opB Abdomen unauffällig	SSV-011

3.2.4.2 Psychische Untersuchung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Untersuchung auf Begleiterkrankung „ADHS“	- Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente BUEGA, BUEVA, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	- F90.- - (außer F90.1 – hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens)		SSV-012 SSV-013 SSV-014

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Angststörungen“	- Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente CY-BOCS, PHOKI, SPAIK, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	- F40.- - F41.- - F45.2 Hypochondrische Störung Dysmorphophobie (nicht wahnhaft) - F22.8 Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen - Wahnhafte Dysmorphophobie		SSV-012 SSV-013 SSV-014
Untersuchung auf Begleiterkrankung „depressive Episode“	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente BDI, DIKJ, DISYPSetc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	- F32.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Dissoziale Persönlichkeitsstörung“	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente ADP-IV, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	- F60.2		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Emotionale Störungen“	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente SEE 0-3, SEED, SEK-27, SEO, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	- F93.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Untersuchung auf Begleiterkrankung „manische Episode“	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	- F30.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Schizophrenie“	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente BESD, CDSS-G, CFSD, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	- F20.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Untersuchung auf Begleiterkrankung „tiefgreifende Entwicklungsstörung“	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente BUEVA, BUEGA, SFES, VFE, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	- F84.-		SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Untersuchung auf komorbide psychische Störungen	- Durch Anamnese / Nachfrage - (Patienten-)Fragebogen (z.B. Aufnahmebogen) - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente: BDI, CBCL 4-18 Jahre, DIKJ, DISYPS, PHOKI, SDQ, SDQ-Deu, SPAIK, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	- EBM 35141 (vertiefte Exploration / Differentialdiagnostik)	„… Kein Anhalt für das Vorliegen von Ängsten oder Phobien. …“	SSV-011 SSV-012 SSV-013 SSV-014 SSV-neu1
Beurteilung von Intelligenz	- psychologische Untersuchung - Dokumentation im PPB - Vorbefund (z.B. Schulbescheinigung, Krankenhausbericht, etc.) - durch Erhebungsinstrumente AID 2, cft-1-r, CFT-1, cft-20, cft-20r, HA-WIK, HAWIVA-IV, IST-2000R, K-ABC 2, Raven APM, WISC-V (siehe 3.2.3, Seite 21)	- ICD F70-F79		SSV-015

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Beurteilung von Lernschwächen	- psychologische Untersuchung - Dokumentation im PPB - Vorbefund (z.B. Schulbescheinigung, Krankenhausbericht, etc.) - durch Erhebungsinstrumente HA-WIK-IV (siehe 3.2.3, Seite 21)	- ICD F81.-		SSV-015

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Psychopathologischer Befund	Erhebung eines psychopathologischen Befundes (PPB), der Informationen zu - Orientierung - Affekt - Antrieb - Denken - Suizidalität enthält. Der PPB fasst hierbei die Ergebnisse einer psychiatrischen Untersuchung zu den genannten Teilbereichen zusammen und bildet die Grundlage für diagnostische Entscheidungen sowie therapeutischen Maßnahmen.	- PPB - Psychiatrische Beurteilung - Psychische Gesundheit - EBM 35141 (vertiefte Exploration / Differentialdiagnostik)	„Im Kontaktverhalten war Max freundlich und mitteilungsbereit. Bewusstseinslage klar, altersentsprechend orientiert. Kein Anhalt für formale oder inhaltliche Denkstörungen. Kein Wahn, keine Wahrnehmungsstörungen. In der Stimmung und affektiven Auslenkbarkeit war Max nicht beeinträchtigt. Er konnte die Probleme aus der Schule durchaus differenziert berichten, sah aber die Verantwortlichkeit für Auseinandersetzungen eher bei anderen Kindern. Kein Anhalt für akute Eigen- oder Fremdgefährdung.“ „(..) Stimmung ausgeglichen, affektiv schwingungsfähig. Kein Anhalt für das Vorliegen von formalen oder inhaltlichen Denkstörungen, Wahrnehmungsstörungen oder Ich-Störungen. Antrieb regelrecht, motorisch unruhig. Kein Anhalt für das Vorliegen von Ängsten oder Phobien (..)“	SSV-020

3.3 Behandlung / Therapie

3.3.1 Behandlungssetting

Die verschiedenen Behandlungsoptionen für psychische Erkrankungen werden im Wesentlichen in verschiedenen Behandlungssetting angeboten:

- Ambulante Behandlung
- Teilstationäre Behandlung (Tagesklinik)
- Stationäre Krankenhausbehandlung
- Ganztägig ambulante und stationäre psychosomatische Rehabilitation („Reha“)

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Restriktiveres Behandlungssetting	Bei nicht ausreichenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, z.B. bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung mit interventionsbedürftiger psychischer Störung (z.B. Suizidalität, extrem geringe Selbstkontrolle), ist eine (teil-)stationäre Behandlung (ggf. auch stationäre Jugendhilfe) zu empfehlen.	- stationäre Behandlung - teilstationäre Behandlung - stationäre Jugendhilfemaßnahme		SSV-022 SSV-035

3.3.2 Medikamentöse Behandlung

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Aripriprazol	**Antipsychotika** ATC N05AX12	- Abilify - Abilify Maintena	SSV-010 SSV-020 SSV-026 SSV-028 SSV-030 SSV-035
Carbamazepin	**Atypische Neuroleptika** N03AF01	- Tegretal - Tegrotol - Timonil	SSV-010 SSV-020 SSV-029
Haloperidol	**Atypische Neuroleptika** N05AD01	- Haldol	SSV-010 SSV-020 SSV-029
Risperidon	**Antipsychotika** ATC N05AX08	- Risperidal - Risocon - Risperidal Consta	SSV-010 SSV-020 SSV-026 SSV-027 SSV-028 SSV-030 SSV-035
Quetiapin	**Antipsychotika** ATC N05AH04	- Seroquel - Sequase	SSV-010 SSV-020 SSV-026 SSV-030 SSV-035

3.3.3 Nicht-medikamentöse Behandlung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
(Überweisung) zur multimodalen Therapie	- Kombination von Ebenen/ Ansätzen, z.B. Verhaltenstherapie, Elterntraining, Schulinterventionen - konzeptuell aufeinander abgestimmt und Behandlungsziele werden durch eine gemeinsame Fallführung (meist vom Jugendamt) koordiniert Lediglich eine Kombination aus z.B. Medikation und Psychotherapie ist nicht ausreichend; es muss erkennbar sein, dass diese aufeinander abgestimmt wurden! Angeben, ob diese durchgeführt oder lediglich empfohlen wurde!	- Funktionale Familientherapie - Multisystemische Therapie	„In einer Tagesklinik wurde er in unser multimodales Therapiekonzept bestehend aus verhaltenstherapeutischen Einzel- und Gruppentherapien, einem strukturierten Alltagsablauf nach Triple-P und Ergotherapie integriert“	SSV-033 SSV-035 SSV-047
Maßnahme der Jugendhilfe	Die Kinder- und Jugendhilfe fördert Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung und hilft jungen Erwachsenen in besonders schwierigen Situationen. Sie berät und unterstützt Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung ihrer Kinder. Angeben, ob diese durchgeführt oder lediglich empfohlen wurde!	- Familienhelfer - Einzelfallhelfer - Familientherapie - Tagesgruppe - Wochengruppe - Kinder- und Jugendheim		SSV-034 SSV-035 SSV-047

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Verhaltenstherapie	Einzel- oder Gruppentherapie - Zur Vermittlung von Problemlösestrategien und Techniken zur Impulskontrolle - Erstellung von Verhaltensplänen unter Einsatz von Verstärkern - Erarbeitung einer kognitiven Umstrukturierung Angeben, ob diese durchgeführt oder lediglich empfohlen wurde!	- EBM: - 35421 - 35422 - 35425 - 35553 - 35554 - 35555 - 35556 - 35558 - 35559 - VT - Amb. VT - Kognitive Verhaltenstherapie		SSV-032 SSV-035 SSV-047
Elterntraining	Strukturierte Programme, bei welchen Eltern (ohne oder gemeinsam mit Kindern) über das Krankheitsbild und den Umgang damit geschult werden Angeben, ob diese durchgeführt oder lediglich empfohlen wurde!	- THOP - Wackelpeter und Trotzkopf - TripleP - THAV - KES		SSV-013 SSV-035 SSV-037 SSV-045 SSV-047
Beratung der Eltern bzgl. persönlicher, sozialer und emotionaler Unterstützung	Beratung, wie Eltern/Familie mit der belastenden Situation besser umgehen kann bzw. wo sie sich Hilfe/Unterstützung holen können	- Empfehlung von Selbsthilfegruppen - psychologische Betreuung		SSV-025
Beratung der Eltern bzgl. Unterstützung in ihrer Betreuerrolle, inkl. Notfallplan	Notfallplan: Anleitungen, was Eltern/Sorgeberechtigte in bestimmten Situationen tun können. z.B. bei konkreten Bedrohungen, Gewalt etc.	- Empfehlung von Maßnahmen der Jugendhilfe		SSV-025

3.3.4 Informations-/Beratungsgespräche

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / Sorgeberechtigten bzw. dem Patienten zu unterschreiben. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren!		siehe Abbildung 1, Seite xxxii	SSV-024
Beratung der Eltern zu praktischen Fragen	Beratung oder Hinweise zu Stellen zur Unterstützung bei Kinderbetreuung, Wohnen, Finanzen sowie Hilfe bei der Beschaffung von Unterstützung			SSV-025
Familie mit eingebunden	- Familie/Eltern/ Sorgeberechtigten sind bei Arztbesuchen anwesend, werden informiert, bringen sich ein. - Einbeziehung in eine multimodale Behandlung.	- Verhaltensanweisungen an Familie - Familientherapie - Notfallplan - Einbeziehung der Eltern/Sorgeberechtigten in eine multimodale Behandlung		SSV-033 SSV-035 SSV-045

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Informationen über Diagnose	Aufklärung der Eltern/Sorgeberechtigten über die Diagnose des Kindes. Aushändigung von Informationen hierzu. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	- die (mündliche) Aufklärung wäre als Aktenvermerk in der Patientenakte zu vermerken - es kann dokumentiert sein, dass ein Info-Flyer ausgehändigt wurde - es kann auch möglich sein, dass die Eltern ein Standardformular unterschrieben haben, in dem es um die Diagnose / das Störungsbild geht		SSV-023
Informationen über Behandlungsmöglichkeiten	Aufklärung der Eltern/Sorgeberechtigten über den Nutzen und die Risiken einer medikamentösen Behandlung. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	- die (mündliche) Aufklärung wäre als Aktenvermerk in der Patientenakte zu vermerken - es kann dokumentiert sein, dass ein Info-Flyer ausgehändigt wurde - es kann auch möglich sein, dass die Eltern ein Standardformular unterschrieben haben, in dem es um den Nutzen und die Risiken einer medikamentösen Behandlung geht		SSV-024

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Einwilligung medikamentöse Behandlung	- muss in schriftlicher und unterschriebener Form vorliegen - für jeden neu verordneten Wirkstoff muss eine separate Einwilligungserklärung vorliegen - es handelt sich hierbei im Allgemeinen um vorgefertigte Formulare, in denen u.a. auch die entsprechenden unerwünschten Wirkungen enthalten		siehe Abbildung 2, Seite xxxii	SSV-046
Aufklärung über die Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation	- gilt für die Verordnung von Risperidon/Aripiprazol als Off-Label-Use - es handelt sich hierbei im Allgemeinen um vorgefertigte Formulare			SSV-028

3.3.5 Behandlungsplan

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Behandlungsplan_speziell	Es handelt sich hierbei um einen schriftlichen, individuell abgestimmten Behandlungsplan mit mindestens folgenden Inhalten: - genaue Anordnung über die Einnahme der Medikamente (falls zutreffend) - Therapieziel (z.B. Verbesserung der schulischen Leistungen, bessere Aufmerksamkeit in der Schule, etc.) - Behandlungsform (z.B. Multimodal, Psychotherapie und/oder Medikamente, Elterntrainings, Jugendhilfe, etc.) - zeitlicher Ablaufplan - Anwesenheit von Bezugspersonen bei Gesprächsterminen - Berücksichtigung von Stärken, Ressourcen und Bedürfnissen des Kindes und der Bezugspersonen Der Behandlungsplan muss in der Patientenakte vorliegen!			SSV-042

3.4 Konsultationen

3.4.1 Kontrolltermine

Bei diesem Merkmal geht es um die Beurteilung, ob ein Patient in regelmäßigen Abständen den Arzt aufgesucht hat. Es ist hierbei zwischen „Erstvorstellung“ und „Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin“ zu unterscheiden.

Das ausschließliche Ausstellen eines Medikamentenrezepts oder die Durchführung eines Elterntrainings o.ä. ist hier nicht als Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin zu berücksichtigen!

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Erstvorstellungstermin	- Besprechung der Symptomatik - Erstdiagnostik - Besprechung der weiteren Vorgehensweise Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat.			SSV-002 SSV-008 SSV-009 SSV-047

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin	- Verlaufskontrolle der Symptomatik (Verbesserung / Verschlechterung) - Besprechung Medikation (beibehalten, Dosis erhöhen / verringern, anderer Wirkstoff, Nebenwirkungen) - Besprechung Behandlungsplan (bisherige Behandlung und ggf. zukünftige Änderungen / Anpassungen) - Besprechung schulischer Fortschritte Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat. Zusätzlich ist anzugeben, ob dieser Termin nach Beendigung eines Behandlungsschrittes (Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) stattgefunden hat und um welchen Behandlungsschritt es sich gehandelt hat.		„Im Prinzip laufe alles gut. Werde immer selbstständiger. Möchte Aufgaben selbst machen. (..)“ „weiter mit Medikinet retard 20mg“ „RM aus Schule: fokussierter, konzentrierter, selbstständiger, Sitzkreis in der Schule, ruhiger und ausführlicher (man kann besser folgen)“	SSV-020 SSV-021 SSV-047
Medikamentenadhärenz	Beurteilung, ob die Medikamente wie verordnet eingenommen werden		„Er nimmt Medikamente nicht regelmäßig. Sei ihm unangenehm, wenn er Tabletten nimmt. Nimmt Tabletten regelmäßig ein, wenn Mutter dabei ist.“	SSV-020
Verlaufskontrolle der Symptomatik	Besprechung während des Kontrolltermins, ob sich die Symptomatik verändert (verbessert / verschlechtert) hat		„Im Prinzip laufe alles gut. Werde immer selbstständiger. Möchte Aufgaben selbst machen. (..)“	SSV-020

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Wirksamkeit der Medikamente	Beurteilung, inwieweit die Medikamente wirken		„8.00-16.00 Wirksamkeit. Dann Risperidon um halb 5, das gehe dann ganz gut“ „morgens ist es gut, abends ist es unterschiedlich“	SSV-020

3.5 Externe Kommunikation/ Überweisung

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Kontakt des Patienten mit Polizei/Justiz	Ist der Patient mit der Polizei / Justiz aufgrund eines gesetzwidrigen Verhaltens in Kontakt gekommen - z.B. aufgrund von Körperverletzungen, Diebstählen			SSV-047
Kontakt des Arztes zur Schule	- Gespräche/Telefonate mit Lehrkräften, Sozialarbeiter der Schule etc.			SSV-006
Schulunterlagen angefordert	- z.B. Vorliegen der Zeugnisse			SSV-006
Überweisung zur weiteren Diagnostik an Spezialisten	z.B. Kinder- und Jugendpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie			SSV-036

4 Anhang

4.1 Indikatorenübersicht

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
SSV-001	Anteil Patienten mit Verdacht auf SSV, deren Symptomhäufigkeit und mögliche auslösende Faktoren über Fremdanamnese (verschiedene Bezugspersonen) bestimmt wurden.	3.2.1.4, Seite 11 3.2.2, Seite 15	alle	Episode
SSV-002	Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab.	3.2.1.1, Seite 6 3.4.1, Seite 43	alle	Patient
SSV-003	Anteil Patienten mit SSV, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekte der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden: - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese - frühkindliche Betreuungssituation und -qualität - Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung - Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung - sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen - Freizeitverhalten - Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	3.2.2, Seite 15	alle	Patient
SSV-004	Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine ausführliche Anamnese belastender Lebensereignisse erhoben wurde.	3.2.2, Seite 15	alle	Patient
SSV-005	Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine Familienanamnese erhoben wurde.	3.2.2, Seite 15	alle	Patient
SSV-006	Anteil Patienten mit SSV und schlechten schulischen Leistungen oder Verhaltensproblemen in der Schule, bei denen Kontakt mit der Schule aufgenommen wurde oder Schulunterlagen angefordert wurden/vorliegen.	3.2.1.4, Seite 11 3.4.1, Seite 43	alle	Patient
SSV-007	Anteil Patienten mit SSV, bei denen dokumentiert ist, ob/inwieweit sich die Störung innerhalb der letzten 12 Monate auf das Verhalten und/oder die Leistung in der Schule ausgewirkt hat.	3.2.1.4, Seite 11	alle	Patient
SSV-008	Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung das Vorliegen mindestens eines psychosozialen Stressors abgeklärt wurde.	3.2.2, Seite 153.4.1, Seite 43	alle	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
SSV-009	Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung das Vorliegen von Risikofaktoren für Suizidalität abgeklärt wurde.	3.2.2, Seite 153.4.1, Seite 43	alle	Patient
SSV-010	Anteil Patienten mit SSV, bei denen vor einer medikamentösen Behandlung mindestens zwei der folgenden Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert wurden: - Messung von Körpergröße und Körpergewicht - Messung von Puls und Blutdruck - Blutuntersuchung mit Bestimmung von Nüchternglukose, Blutfetten und Prolaktin - Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen im Rahmen einer neurologischen Untersuchung - Beurteilung von Ernährungszustand, Ernährungsweise und Grad der körperlichen Aktivität - EKG	3.2.2, Seite 15 3.2.4.1, Seite 26 3.3.2, Seite 36	PÄD KJP	Episode
SSV-011	Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine Anamnese zur physischen Gesundheit erhoben wurde und die körperlich untersucht wurden.	3.2.4.1, Seite 26 3.2.4.2, Seite 29	alle	Patient
SSV-012	Anteil Patienten mit Verdacht auf SSV, die eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erhalten haben.	3.2.1.1, Seite 6 3.2.1.4, Seite 11 3.2.4.2, Seite 29	KJP	Episode
SSV-013	Anteil Patienten mit SSV, die auf mögliche komorbide Störungen wie ADHS und Angststörungen untersucht wurden.	3.2.2, Seite 15 3.2.3, Seite 21 3.2.4.2, Seite 29	alle	Patient
SSV-014	Anteil Patienten mit SSV, für deren psychiatrische Komorbiditäten (wie ADHS, Angststörungen, Depression) eine Behandlung empfohlen/eingeleitet wurde.	3.2.3, Seite 21 3.2.4.2, Seite 29	alle	Patient
SSV-015	Anteil Patienten mit SSV, bei denen diagnostische Tests durchgeführt wurden (Beurteilungen von Intelligenz und Lernschwächen, durch Eltern/Lehrer ausgefüllte Bewertungsskalen, emotionale oder verhaltensbezogene Beurteilungen).	3.2.3, Seite 21 3.2.4.2, Seite 29	PÄD KJP	Patient
SSV-016	Anteil Patienten mit SSV, deren klinische Symptomatik mit einem standardisierten Instrument (z.B. SDQ-Deu, BSI, Conners Lehrer-Eltern-Fragebogen, CBCL 4-18 Jahre, YSR, SPS-J, SVF-KG, BADO) gemessen wurde.	3.2.3, Seite 21	PÄD KJP	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
SSV-017	Anteil Patienten mit SSV, bei denen der SSV-Subtyp über den Störungsbeginn (vor oder nach einem Alter von 10 Jahren) bzw. über das Fehlen oder Vorhandensein kaltherzig-gefühlloser Persönlichkeitszüge bestimmt wurde.	3.2.1.4, Seite 11	KJP	Patient
SSV-018	Anteil Patienten mit SSV und mindestens 5 dokumentierten ICD-10-Kriterien.	3.2.1.2, Seite 6 3.2.3, Seite 21 3.2.4.2, Seite 29	alle	Patient
SSV-019	Anteil Patienten mit SSV, deren Krankheitsschwere anhand der folgenden Kriterien diagnostiziert wurde: ICD-10-Kriterien, Leitsymptome (SSV), Subtypbestimmung, Krankheitsentstehung, Ausschluss SSV-ähnlicher Diagnosen.	3.2.1.1, Seite 6 3.2.1.2, Seite 6 3.2.1.4, Seite 11 3.2.3, Seite 21 3.2.4.2, Seite 29	KJP	Patient
SSV-020	Anteil Patienten mit SSV und medikamentöser Behandlung, bei denen mindestens zwei der folgenden Kriterien, insbesondere während der Eindosierung, mindestens zu einem Termin überwacht und dokumentiert wurden: - Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung - Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen - Überwachung von Körpergröße und Körpergewicht - Durchführung von Blutkontrollen (einschließlich Bestimmung von Nüchternglukose, HbA1c, Blutfetten und Prolaktin), - Beurteilung der Medikamentenadhärenz, - Beurteilung der physischen Gesundheit	3.2.4.1, Seite 26 3.3.2, Seite 36 3.4.1, Seite 43	KJP	Episode
SSV-021	Anteil Patienten mit SSV, bei denen in den letzten 4 Wochen Suizidgedanken bestanden, deren Suizidalität in den darauffolgenden 3 Monaten erneut abgeklärt wurde.	3.2.1.4, Seite 11 3.2.2, Seite 15 3.4.1, Seite 43	alle	Episode
SSV-022	Anteil Patienten mit SSV, bei denen die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, denen ein restriktiveres Behandlungssetting empfohlen wurde.	3.2.1.4, Seite 11 3.3.1, Seite 35	alle	Konsultation
SSV-023	Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte über die Diagnose des Kindes aufgeklärt wurden und Informationen darüber erhalten haben.	3.3.4, Seite 39	alle	Konsultation

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
SSV-024	Anteil Patienten mit SSV und deren Eltern/Sorgeberechtigte, die vor dem Beginn einer medikamentösen Behandlung über deren Nutzen und Risiken aufgeklärt wurden.	3.3.4, Seite 39	KJP	Episode
SSV-025	Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte eine Beratung bezüglich folgender Faktoren angeboten wurde: - persönliche, soziale und emotionale Unterstützung - Unterstützung in ihrer Betreuungsrolle, einschließlich Notfallplänen - praktischen Fragen wie Kinderbetreuung, Wohnen und Finanzen sowie Hilfe bei der Beschaffung von Unterstützung	3.3.4, Seite 39	alle	Patient
SSV-026	Anteil Patienten mit SSV und Aggressivität, Autoaggressivität und fehlender Impulskontrolle, die nach unzureichender pädagogischer oder verhaltenstherapeutischer Intervention eine Pharmakotherapie erhalten.	3.2.1.1, Seite 6 3.2.1.4, Seite 11 3.3.2, Seite 36	alle	Episode
SSV-027	Anteil Patienten mit SSV, denen nach unzureichender psychosozialer/psychotherapeutischer Intervention und bei schwerwiegender Aggressivität mit Wutausbrüchen und ausgeprägter emotionaler Dysregulation, Risperidon als medikamentöse Kurzzeitbehandlung (max. 6 Wochen) verschrieben wurde.	3.2.1.4, Seite 11	alle	Episode
SSV-028	Anteil Patienten mit SSV, die Risperidon/Aripiprazol als Off-Label-Use verordnet bekommen und deren Eltern/Sorgeberechtigte eine dokumentierte Aufklärung über die Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation erhalten haben.	3.3.2, Seite 36 3.3.4, Seite 39	alle	Patient
SSV-029	Anteil Patienten mit SSV, denen Haloperidol oder Carbamazepin verordnet wurde. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.3.2, Seite 36	alle	Patient
SSV-030	Anteil Patienten mit SSV, denen als Erstlinientherapie Psychopharmaka verordnet wurden. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	3.3.2, Seite 36	alle	Patient
SSV-032	Anteil Patienten mit SSV, die eine Verhaltenstherapie (zur Vermittlung von Problemlösestrategien und Techniken zur Impulskontrolle, Erstellung von Verhaltensplänen unter Einsatz von Verstärkern, Erarbeitung einer kognitiven Umstrukturierung) erhalten haben.	3.3.3, Seite 37	alle	Patient
SSV-033	Anteil Patienten mit SSV im Alter von 10-18 Jahren, denen eine Überweisung zu einer multimodalen Behandlung mit Einbeziehung der Eltern/Sorgeberechtigten angeboten wurde.	3.3.3, Seite 37 3.3.4, Seite 39	alle	Patient
SSV-034	Anteil Patienten mit SSV im Alter von 10 bis 18 Jahren, die Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch nehmen.	3.3.3, Seite 37	alle	Patient

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
SSV-035	Anteil Patienten mit SSV, die eine auf ihren Schweregrad abgestimmte individuelle Therapie erhalten haben.	3.2.1.3, Seite 10 3.2.1.4, Seite 11 3.3.1, Seite 35 3.3.2, Seite 36 3.3.3, Seite 37 3.3.4, Seite 39	alle	Patient
SSV-036	Anteil Kinder mit Verdacht auf SSV, die zur weiteren Diagnostik an einen Spezialisten (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) überwiesen wurden.	3.4.1, Seite 43	PÄD HA	Patient
SSV-037	Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte als erste Behandlung an einem evidenzbasierten Elterntrainingsprogramm teilgenommen haben.	3.3.3, Seite 37	alle	Patient
SSV-039	Anteil Patienten mit SSV, deren generische/gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem standardisierten Instrument (z.B. DISABKID, ULQIE, ILK, KINDL-R) erfasst wurde.	3.2.3, Seite 21	KJP	Patient
SSV-041	Anteil Patienten mit SSV und Insomnie, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus oder Schlafproblemen.	3.2.1.4, Seite 11	alle	Patient
SSV-042	Anteil Patienten mit SSV, die einen gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt.	3.3.4, Seite 39	alle	Patient
SSV-045	Anteil Patienten mit SSV, bei deren Behandlung die Familie mit eingebunden wurde.	3.3.4, Seite 39	alle	Patient
SSV-046	Anteil Patienten mit SSV, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten eingeholt wurde.	3.3.4, Seite 39	KJP	Episode
SSV-047	Anteil Patienten mit SSV, die innerhalb der letzten 12 Monate Hilfen zur Erziehung/Jugendhilfemaßnahmen erhielten oder Kontakt mit Polizei bzw. Justiz hatten.	3.3.3, Seite 37 3.4.1, Seite 43	alle	Patient
SSV-048	Anteil Patienten mit SSV, die innerhalb der letzten 12 Monate ärztliche oder andere therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben.	3.4.1, Seite 43	alle	Patient
SSV-neu1	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von SSV bei einem Spezialisten vorstellten und auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden.	3.2.4.2, Seite 29	alle	Patient
SSV-neu2	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von SSV bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden.	3.2.4.1, Seite 26	alle	Patient

4.2 Merkmalsübersicht

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
(Überweisung) zur multimodalen Therapie	Nicht-medikamentöse Behandlung	- Kombination von Ebenen/ Ansätzen, z.B. Verhaltenstherapie, Elterntraining, Schulinterventionen - konzeptuell aufeinander abgestimmt und Behandlungsziele werden durch eine gemeinsame Fallführung (meist vom Jugendamt) koordiniert Lediglich eine Kombination aus z.B. Medikation und Psychotherapie ist nicht ausreichend; es muss erkennbar sein, dass diese aufeinander abgestimmt wurden! Angeben, ob diese durchgeführt oder lediglich empfohlen wurde!	3.3.3, Seite 37	SSV-033 SSV-035 SSV-047
Abklärung Suizidalität	Anamnesen	Frage nach Suizidgedanken, konkrete Suizidabsichten oder akute Suizidhandlungen Es mit zu erheben, ob Suizidgedanken / Suizidabsichten / Suizidhandlungen vorliegen oder nicht.	3.2.2, Seite 15	SSV-021
ADP-IV	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen Dissoziale Persönlichkeitsstörung	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Aggressives Verhalten	Leitsymptom	Leitsymptom der SSV	3.2.1.1, Seite 6	SSV-002 SSV-012 SSV-019 SSV-026
AID 2	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015
Anamnese belastender Lebensereignisse	Anamnesen	Als belastende Lebensereignisse werden potentiell traumatische Ereignisse bezeichnet. Diese beinhalten z.B. Kindesmisshandlung und sexuellen Missbrauch, aber auch Drogenprobleme oder psychische Störungen in der Familie sowie Verlusterfahrungen.	3.2.2, Seite 15	SSV-004

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Aripriprazol	Medikamentöse Behandlung	- Abilify - Abilify Maintena	3.3.2, Seite 36	SSV-010 SSV-020 SSV-026 SSV-028 SSV-030 SSV-035
Aufklärung über die Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation	Informations-/Beratungsgespräche	- gilt für die Verordnung von Risperidon/Aripiprazol als Off-Label-Use - es handelt sich hierbei im Allgemeinen um vorgefertigte Formulare	3.3.4, Seite 39	SSV-028
Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen einer medikamentösen Behandlung	Informations-/Beratungsgespräche	Die Aufklärung erfolgt im Normalfall über vorgedruckte Formulare für jeden jeweils verordneten Wirkstoff. Diese Aufklärung ist von den Eltern / dem Patienten zu unterschreiben. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren!	3.3.4, Seite 39	SSV-024
Aufsässiges Verhalten	Leitsymptom	Leitsymptom der SSV	3.2.1.1, Seite 6	SSV-002 SSV-012 SSV-019
ausgeprägte emotionaler Dysregulation	sonstige Symptome	Beeinträchtigung beim Umgang mit Emotionen, die meist zu gesellschaftlich oder situativ unangemessenen Reaktionen führen	3.2.1.4, Seite 11	SSV-027
Auslösende Faktoren	sonstige Symptome	- Seit wann und in welchen Situationen treten die Symptome auf? - Gab es einschneidende Situationen? Bestimmung über Fremdanamnese	3.2.1.4, Seite 11	SSV-001 SSV-019 SSV-012
Autoaggressivität	sonstige Symptome	- Aggressionen, die sich gegen die eigene Person richten, meist über selbstverletzendes Verhalten	3.2.1.4, Seite 11	SSV-026
BADO	Erhebungsinstrumente	Testverfahren zur klinischen Symptomatik	3.2.3, Seite 21	SSV-015

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
BDI	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - Depressive Störungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-019
Beginn der Symptomatik vor oder nach dem Alter von 10 Jahren	sonstige Symptome	**Bestimmung SSV-Subtyp**	3.2.1.4, Seite 11	SSV-017 SSV-019
Behandlungsplan_speziell	Behandlungsplan	Es handelt sich hierbei um einen schriftlichen, individuell abgestimmten Behandlungsplan mit mindestens folgenden Inhalten: - genaue Anordnung über die Einnahme der Medikamente (falls zutreffend) - Therapieziel (z.B. Verbesserung der schulischen Leistungen, bessere Aufmerksamkeit in der Schule, etc.) - Behandlungsform (z.B. Multimodal, Psychotherapie und/oder Medikamente, Elterntrainings, Jugendhilfe, etc.) - zeitlicher Ablaufplan - Anwesenheit von Bezugspersonen bei Gesprächsterminen - Berücksichtigung von Stärken, Ressourcen und Bedürfnissen des Kindes und der Bezugspersonen Der Behandlungsplan muss in der Patientenakte vorliegen!	3.3.5, Seite 42	SSV-042
Beratung der Eltern bzgl. persönlicher, sozialer und emotionaler Unterstützung	Informations-/Beratungsgespräche	Beratung, wie Eltern/Familie mit der belastenden Situation besser umgehen kann bzw. wo sie sich Hilfe/Unterstützung holen können	3.3.4, Seite 39	SSV-025
Beratung der Eltern bzgl. Unterstützung in ihrer Betreuerrolle, inkl. Notfallplan	Informations-/Beratungsgespräche	Notfallplan: Anleitungen, was Eltern/Sorgeberechtigte in bestimmten Situationen tun können. z.B. bei konkreten Bedrohungen, Gewalt etc.	3.3.4, Seite 39	SSV-025

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Beratung der Eltern zu praktischen Fragen	Informations-/Beratungsgespräche	Beratung oder Hinweise zu Stellen zur Unterstützung bei Kinderbetreuung, Wohnen, Finanzen sowie Hilfe bei der Beschaffung von Unterstützung	3.3.4, Seite 39	SSV-025
BESD	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - Schizophrenie	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Beurteilung über das Vorliegen einer Bewegungsstörung	Körperliche Untersuchung	Feststellung von Erkrankungen des Nervensystems im Rahmen **einer Neurologischen Untersuchung**	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010 SSV-020
Beurteilung von Intelligenz	Psychische Untersuchung	- psychologische Untersuchung - Dokumentation im PPB - Vorbefund (z.B. Schulbescheinigung, Krankenhausbericht, etc.) - durch Erhebungsinstrumente AID 2, cft-1-r, CFT-1, cft-20, cft-20r, HAWIK, HAWIVA-IV, IST-2000R, K-ABC 2, Raven APM, WISC-V (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-015
Beurteilung von Lernschwächen	Psychische Untersuchung	- psychologische Untersuchung - Dokumentation im PPB - Vorbefund (z.B. Schulbescheinigung, Krankenhausbericht, etc.) - durch Erhebungsinstrumente HAWIK-IV (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-015
Bewusstes Ärgern anderer	diagnostische Kriterien	häufiges, offensichtlich wohlüberlegtes Ärgern anderer	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Blutdruck	Körperliche Untersuchung	Der Blutdruck in mmHg mit dem systolischen und dem diastolischen Wert muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch den festgestellten Blutdruckwert entsprechend mit erheben!	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010 SSV-011

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Blutfette	Körperliche Untersuchung	**Laboruntersuchung** des Blutes auf Blutfette / Cholesterin; Einheit z.B. mg/dl	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010 SSV-020
BSI	Erhebungsinstrumente	Testverfahren zur klinischen Symptomatik	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-016
BUEGA	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - tiefgreifende Entwicklungsstörung - ADHS	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
BUEVA	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - tiefgreifende Entwicklungsstörung - ADHS	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Carbamazepin	Medikamentöse Behandlung	- Tegretal - Tegrotol - Timonil	3.3.2, Seite 36	SSV-010 SSV-020 SSV-029
CBCL 4-18 Jahre	Erhebungsinstrumente	Testverfahren zur klinischen Symptomatik Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-016
CDSS-G	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen Schizophrenie	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
CFSD	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen Schizophrenie	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
cft 1-r	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015
CFt-1	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015
cft-20	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015
cft-20r	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
CONNERS	Erhebungsinstrumente	Testverfahren zur klinischen Symptomatik Follow-up Ratingskalen	3.2.3, Seite 21	SSV-015 SSV-016
CY-BOCS	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - Angststörungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
DIKJ	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - Depressive Störungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-019
DISABKID	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 21	SSV-039
Dissoziales Verhalten	Leitsymptom	Leitsymptom der SSV	3.2.1.1, Seite 6	SSV-002 SSV-012 SSV-019
DISYPS	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - ADHS - SSV - Depressive Störungen - Angststörungen - Trauma- und Belastungsbezogene Störungen - Tic-Störungen - Autismus-Spektrum- und Soziale Kommunikations-Störungen - Bindungs- und Beziehungsstörungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-019
Einbruch	diagnostische Kriterien	In Häuser, Gebäude, Autos	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Einwilligung medikamentöse Behandlung	Informations-/Beratungsgespräche	- muss in schriftlicher und unterschriebener Form vorliegen - für jeden neu verordneten Wirkstoff muss eine separate Einwilligungserklärung vorliegen - es handelt sich hierbei im Allgemeinen um vorgefertigte Formulare, in denen u.a. auch die entsprechenden unerwünschten Wirkungen enthalten sind.	3.3.4, Seite 39	SSV-046
EKG	Körperliche Untersuchung	Untersuchung der Herzströme	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010
Elterntraining	Nicht-medikamentöse Behandlung	Strukturierte Programme, bei welchen Eltern (ohne oder gemeinsam mit Kindern) über das Krankheitsbild und den Umgang damit geschult werden Angeben, ob diese durchgeführt oder lediglich empfohlen wurde!	3.3.3, Seite 37	SSV-013 SSV-035 SSV-037 SSV-045 SSV-047
Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung	Anamnesen	Fremdanamnese durch Eltern, z.B. - Eingewöhnungsphase → trennungsängstlich? - Umgang mit anderen Kindern/ Erziehern/ Lehrern	3.2.2, Seite 15	SSV-003 SSV-013
Ernährungsweise	Körperliche Untersuchung	Ernährung: z.B. vegetarisch, vegan	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010
Ernährungszustand	Körperliche Untersuchung	z.B. untergewichtig, normalgewichtig, übergewichtig oder adipös	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010
Erstvorstellungstermin	Kontrolltermine	- Besprechung der Symptomatik - Erstdiagnostik - Besprechung der weiteren Vorgehensweise Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat.	3.4.1, Seite 43	SSV-002 SSV-008 SSV-009 SSV-047
EuroQoL-5D-Youth	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 21	SSV-039

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Familie mit eingebunden	Informations-/Beratungsgespräche	- Familie/Eltern/ Sorgeberechtigten sind bei Arztbesuchen anwesend, werden informiert, bringen sich ein. - Einbeziehung in eine multimodale Behandlung.	3.3.4, Seite 39	SSV-033 SSV-035 SSV-045
Familienanamnese	Anamnesen	In der Familienanamnese geht es darum, Krankheiten innerhalb der Familie festzustellen.	3.2.2, Seite 15	SSV-005 SSV-012
Fehlende Impulskontrolle	sonstige Symptome	- Impulse können nicht mehr ausreichend kontrolliert werden - Führt zu Wutausbrüchen mit unkontrolliertem Verhalten	3.2.1.4, Seite 11	SSV-026
Feuerlegen	diagnostische Kriterien	mit dem Risiko oder der Absicht, ernsthaften Schaden anzurichten	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Freizeitverhalten	Anamnesen	- Hobbies - Freunde treffen - zeitliche Faktoren	3.2.2, Seite 15	SSV-003 SSV-013
Fremdanamnese	Anamnesen	Die Fremdanamnese ist eine Form der Anamnese-Erhebung, bei der nicht der Patient selbst, sondern Angehörige, Bekannte oder sonstige Dritte Angaben zur Krankengeschichte machen. Eine Fremdanamnese ist immer dann notwendig, wenn der Patient selbst die Fragen des Arztes nur unzureichend oder gar nicht beantworten kann.	3.2.2, Seite 15	SSV-001

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI

frühkindliche Betreuungssituation und -qualität	Anamnesen	- Gab es feste oder wechselnde Bezugs- bzw. Betreuungspersonen?
		- Wie war die familiäre Situation (z.B. alleinerziehende Eltern)?
		- Wie war die Betreuungssituation tagsüber (Krippe, Kindergarten, Tagesmutter, zu Hause)?
		- Gab es ein stabiles Umfeld zu Hause?
		  ○ fehlende Unterstützung der Eltern
		  ○ Überforderung der Eltern
		- Misshandlungen
			3.2.2, Seite 15	SSV-003

Gebrauch von gefährlichen Waffen	diagnostische Kriterien		3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Geburtsanamnese	Anamnesen	Befragung der Mutter zur Geburt	3.2.2, Seite 15	SSV-003
Gewicht	Körperliche Untersuchung	Das Gewicht in kg oder g muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch das festgestellte Gewicht entsprechend mit erheben!	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010 SSV-020

Grad der Beeinträchtigung	Schweregrad	- Bestimmung über Fremdanamnese
		- Es geht hierbei um die Beeinträchtigung des Umfelds (Familie, Schule / KiTa, etc.) Folgende Ausprägungen sind möglich:
		  ○ gering
		  ○ mittel
		  ○ hoch
		  ○ nicht bekannt
		Es muss in jedem Fall auch (sofern in der Patientenakte vorliegend) der Grad der Beeinträchtigung erfasst werden. Wenn nichts angegeben ist, entsprechend vermerken.
			3.2.1.3, Seite 10	SSV-035

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Grad der körperlichen Aktivität	Anamnesen	- Sport körperliche Betätigung	3.2.2, Seite 15	SSV-010
Größe	Körperliche Untersuchung	Die Körpergröße in cm oder m muss in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellte Größe entsprechend mit erheben!	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010 SSV-020
Haloperidol	Medikamentöse Behandlung	- Haldol	3.3.2, Seite 36	SSV-010 SSV-020 SSV-029
häufige Empfindlichkeit	diagnostische Kriterien		3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
häufige Gehässigkeit	diagnostische Kriterien		3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
häufige und schwere Wutausbrüche	diagnostische Kriterien		3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
häufiger Ärger	diagnostische Kriterien		3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
häufiges Beginnen von körperlichen Auseinandersetzungen	diagnostische Kriterien	außer Geschwisterauseinandersetzungen	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
häufiges Draußen bleiben in der Dunkelheit	diagnostische Kriterien	entgegen dem Verbot der Eltern	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Häufiges Lügen für eigenen Vorteil	diagnostische Kriterien	Häufiges Lügen oder Brechen von Versprechen um materielle Vorteile und Begünstigungen zu erhalten	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Häufiges Schule schwänzen	diagnostische Kriterien		3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
häufiges Streiten mit Erwachsenen	diagnostische Kriterien	z.B. mit Eltern, Lehrern, Erziehern	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
häufiges Tyrannisieren anderer	diagnostische Kriterien	z.B. absichtliches Zufügen von Schmerzen oder Verletzungen, einschließlich Einschüchterung, Quälen oder Belästigung	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
HAWIK	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015
HAWIVA-IV	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015
HbA1c	Körperliche Untersuchung	**Laboruntersuchung** des Blutes zum HbA1c-Wert (Hämoglobin, an das sich ein Molekül Zucker (Glukose) angelagert hat) Referenzbereich: 20 - 42 mmol/mol Die Erhebung des Laborwerts ist nicht erforderlich!	3.2.4.1, Seite 26	SSV-020
Herzfrequenz	Körperliche Untersuchung	Die Herzfrequenz in „Herzschlägen pro Minute“ oder der Puls müssen in der Patientenakte dokumentiert sein. Bitte auch die festgestellte Herzfrequenz / den festgestellten Puls entsprechend mit erheben!	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010 SSV-011
ILK	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 21	SSV-039
Informationen über Behandlungsmöglichkeiten	Informations-/Beratungsgespräche	Aufklärung der Eltern/Sorgeberechtigten über den Nutzen und die Risiken einer medikamentösen Behandlung. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.4, Seite 39	SSV-024
Informationen über Diagnose	Informations-/Beratungsgespräche	Aufklärung der Eltern/Sorgeberechtigten über die Diagnose des Kindes. Aushändigung von Informationen hierzu. Die erfolgte Aufklärung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.	3.3.4, Seite 39	SSV-023
IST-2000 R	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015
jede kriminelle Handlung, bei der ein Opfer direkt angegriffen wird	diagnostische Kriterien	einschließlich Handtaschenraub, Erpressung, Straßenraub	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
K-ABC 2	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Kaltherzig-gefühllose Persönlichkeitszüge	sonstige Symptome	- **Bestimmung SSV-Subtyp** - Besonders ausgeprägtes dissoziales Verhalten	3.2.1.4, Seite 11	SSV-017 SSV-019
KIDSCREEN-52	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 21	SSV-039
KINDL	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 21	SSV-039
KINDL-R	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 21	SSV-039
Kontakt mit Polizei/Justiz	Externe Kommunikation	Ist der Patient mit der Polizei / Justiz aufgrund eines gesetzwidrigen Verhaltens in Kontakt gekommen - z.B. aufgrund von Körperverletzungen, Diebstählen	3.5, Seite 46	SSV-047
Kontakt zur Schule	Externe Kommunikation	- Gespräche/Telefonate mit Lehrkräften, Sozialarbeiter der Schule etc.	3.5, Seite 46	SSV-006
Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin	Kontrolltermine	- Verlaufskontrolle der Symptomatik (Verbesserung / Verschlechterung) - Besprechung Medikation (beibehalten, Dosis erhöhen / verringern, anderer Wirkstoff, Nebenwirkungen) - Besprechung Behandlungsplan (bisherige Behandlung und ggf. zukünftige Änderungen / Anpassungen) - Besprechung schulischer Fortschritte Es ist mit anzugeben, ob der Patient den Termin alleine oder in Begleitung einer Bezugsperson wahrgenommen hat. Zusätzlich ist anzugeben, ob dieser Termin nach Beendigung eines Behandlungsschrittes (Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) stattgefunden hat und um welchen Behandlungsschritt es sich gehandelt hat.	3.4.1, Seite 43	SSV-020 SSV-021 SSV-047
körperliche Grausamkeit gegenüber anderen Menschen	diagnostische Kriterien		3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Körperlicher Untersuchung	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung - Anamnese weiterer Erkrankungen - Arztbrief / Überweisung - (Patienten-)Fragebogen (z.B. Aufnahmebogen)	3.2.4.1, Seite 26	SSV-011 SSV-020
Maßnahme der Jugendhilfe	Nicht-medikamentöse Behandlung	Die Kinder- und Jugendhilfe fördert Kinder und Jugendliche in ihrer Entwicklung und hilft jungen Erwachsenen in besonders schwierigen Situationen. Sie berät und unterstützt Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung ihrer Kinder. Angeben, ob diese durchgeführt oder lediglich empfohlen wurde!	3.3.3, Seite 37	SSV-034 SSV-035 SSV-047
Medikamentenadhärenz	Kontrolltermine	Beurteilung, ob die Medikamente wie Medikamente wie verordnet eingenommen werden	3.4.1, Seite 43	SSV-020
Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung	Anamnesen	- Erfassung von bisherigen Entwicklungsschritten - Fremdanamnese durch Eltern - Abgedeckt durch U-Untersuchungen (U-Heft)	3.2.2, Seite 15	SSV-003 SSV-013

Neurologische Untersuchung	Körperliche Untersuchung	- Körperlich-neurologische Untersuchung der / des
		  ○ Reflexe (z.B. Testung der Muskeldehnungsreflexe, pathologischen Reflexe)
		  ○ Hirnnerven (z.B. Untersuchung mit EEG)
		  ○ Gleichgewichtssinn / Koordination (z.B. Tretversuch, Zeigeversuch, Romberg-Versuch, Gang, Stand)
		  ○ Koordination (z.B. Finger-Nase-Versuch)
		  ○ groben Kraft (z.B. Bewegung der Arme oder Beine gegen einen Widerstand)
			3.2.4.1, Seite 26	SSV-020

Nüchternglukose	Körperliche Untersuchung	**Laboruntersuchung** des Blutes oder des Urins auf Glukose; Referenzbereich: 74 – 127 mg/dl (1 – 6 Jahre), 70-106 mg/dl (7-19 Jahre) Die Erhebung des Laborwerts ist nicht erforderlich!	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010 SSV-020

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
PedsQLTM4.0	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 21	SSV-039
PHOKI	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - Angststörungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-019
Prolaktin	Körperliche Untersuchung	**Laboruntersuchung** des Blutes auf Prolaktin (Hormon aus der Hirnanhangsdrüse (Hypophyse)) - Referenzbereich: 3,0 – 25 ng/ml (1-19 Jahre) Die Erhebung des Laborwerts ist nicht erforderlich!	3.2.4.1, Seite 26	SSV-010 SSV-020
PsyBADO	Erhebungsinstrumente	Testverfahren zur klinischen Symptomatik	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-016
Psychopathologischer Befund	Psychische Untersuchung	Erhebung eines psychopathologischen Befundes (PPB), der Informationen zu - Orientierung - Affekt - Antrieb - Denken - Suizidalität enthält. Der PPB fasst hierbei die Ergebnisse einer psychiatrischen Untersuchung zu den genannten Teilbereichen zusammen und bildet die Grundlage für diagnostische Entscheidungen sowie therapeutischen Maßnahmen.	3.2.4.2, Seite 29	SSV-020
Psychosoziale Stressoren	Anamnesen	Lebenssituationen, die beim Patienten Stress auslösen	3.2.2, Seite 15	SSV-004 SSV-008
Quetiapin	Medikamentöse Behandlung	- Seroquel - Sequase	3.3.2, Seite 36	SSV-010 SSV-020 SSV-026 SSV-030 SSV-035

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Rachsucht	diagnostische Kriterien		3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Raven APM	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015
Restriktiveres Behandlungssetting	Behandlungssetting	Bei nicht ausreichenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten, z.B. bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung mit interventionsbedürftiger psychischer Störung (z.B. Suizidalität, extrem geringe Selbstkontrolle), ist eine (teil-)stationäre Behandlung (ggf. auch stationäre Jugendhilfe) zu empfehlen.	3.3.1, Seite 35	SSV-022 SSV-035
Risikofaktoren für Suizidalität	Anamnesen	Abfragen von Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit eines Suizids erhöhen	3.2.2, Seite 15	SSV-009
Risperidon	Medikamentöse Behandlung	- Risperidal - Risocon - Risperidal Consta	3.3.2, Seite 36	SSV-010 SSV-020 SSV-026 SSV-027 SSV-028 SSV-030 SSV-035
Schuldzuweisungen	diagnostische Kriterien	häufig verantwortlich machen anderer, für die eigenen Fehler oder für eigenes Fehlverhalten	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Schulische Leistungen	sonstige Symptome	- Auflistung von Noten - über die Anamnese oder Vorlage der Zeugnisse Es muss auch mit erhoben werden, ob die Leistungen gut, mittel oder schlecht sind.	3.2.1.4, Seite 11	SSV-006 SSV-007
Schulunterlagen angefordert	Externe Kommunikation	- z.B. Vorliegen der Zeugnisse	3.5, Seite 46	SSV-006

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Schwangerschaftsanamnese	Anamnesen	Befragung der Mutter, z.B. - Gewollte/ ungewollte Schwangerschaft - Vergewaltigung? - Infektionen während der Schwangerschaft - Mehrlingsschwangerschaft - (Gestations-) Diabetes - Dauermedikation - Drogen-/Alkoholabusus - Psychosoziale Belastungen	3.2.2, Seite 15	SSV-003

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI

Schweregrad	Schweregrad	Schweregrad der Störung des Sozialverhaltens mit den Ausprägungen:
		- *leicht*
		  ○ **keine oder nur wenige Symptome**, neben denen, die für die Diagnose gefordert werden
		  ○ die Verhaltensprobleme verursachen anderen nur geringen Schaden (**geringe Beeinträchtigung**)
		- *mittelgradig*
		  ○ der Schaden (Beeinträchtigung) für andere liegt zwischen mittel und schwer
		- *schwer*
		  ○ **viele** neben den für die Diagnose geforderten **Symptomen** oder Verhaltensprobleme verursachen anderen nennenswerten Schaden (**nennenswerte Beeinträchtigung**), z.B. bei schwerer körperlicher Gewalt, Vandalismus oder Diebstahl
		Wenn kein dokumentierter Schweregrad vorliegt, muss die Einteilung selbst vorgenommen werden. Diese erfolgt individuell nach Anzahl der ICD-10 Symptome und beschriebener Beeinträchtigung des Umfelds (siehe Grad der Beeinträchtigung).
			3.2.1.3, Seite 10	SSV-035

schwerwiegender Aggressivität	sonstige Symptome	Besonders starke Aggressions-/Wutausbrüche	3.2.1.4, Seite 11	SSV-027
SDQ	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-019
SDQ-Deu	Erhebungsinstrumente	Testverfahren zur klinischen Symptomatik Untersuchung auf komorbide Störungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-016

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
SEE 03	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - emotionaler Störungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
SEED	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - emotionaler Störungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
SEK-27	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - emotionaler Störungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Selbst- oder Fremdgefährdung	sonstige Symptome	- Selbstverletzendes Verhalten, Hohes Aggressionspotenzial - z.B. gewalttätig gegenüber Eltern, Geschwistern, Mitschülern, Lehrern	3.2.1.4, Seite 11	SSV-022
Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	Anamnesen	Vorstellung des Patienten über die eigene Person. Hier geht es explizit um die Eigenanamnese des Patienten.	3.2.2, Seite 15	SSV-003 SSV-013
SEO	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen emotionaler Störungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen	Anamnesen	z.B. - Pubertät - Geschlechtsidentität (welchem Geschlecht fühlen sich die Patienten zugehörig?) - Freundschaftliche Beziehungen - engerer Freundeskreis/ Vertrauenspersonen - romantische Beziehung	3.2.2, Seite 15	SSV-003 SSV-013
Sexuelle Nötigung	diagnostische Kriterien	Zwingen einer anderen Person zu sexuellen Aktivitäten	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
SFES	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - tiefgreifende Entwicklungsstörung	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
SPAIK	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen - Angststörungen	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-019
SPS-J	Erhebungsinstrumente	Testverfahren zur klinischen Symptomatik	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-016
Stehlen von Wertgegenständen	diagnostische Kriterien	ohne Konfrontation mit dem Opfer (entweder zu Hause oder außerhalb, z.B. Ladendiebstahl, Einbruch, Unterschriftenfälschung)	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Suizidalität	sonstige Symptome	- Suizidgefährdung, Suizidgedanken, Handlungen	3.2.1.4, Seite 11	SSV-021
SVF-KG	Erhebungsinstrumente	Testverfahren zur klinischen Symptomatik	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-016

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Symptomhäufigkeit / -anzahl	sonstige Symptome	- Bestimmung über Fremdanamnese - Folgende Ausprägungen zur Symptomhäufigkeit / -anzahl sind möglich: ○ gering ○ mittel ○ hoch ○ nicht bekannt Es muss in jedem Fall auch (sofern in der Patientenakte vorliegend) die Symptomhäufigkeit/-anzahl erfasst werden. Wenn nichts angegeben ist, entsprechend vermerken.	3.2.1.4, Seite 11	SSV-001 SSV-012 SSV-035
Tierquälerei	diagnostische Kriterien		3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Überweisung zur weiteren Diagnostik an Spezialisten	Externe Kommunikation	- z.B. Kinder- und Jugendpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie	3.5, Seite 46	SSV-036
ULQIE	Erhebungsinstrumente	Standardisiertes Erhebungsinstrument zur Erfassung der (gesundheitsbezogenen Lebensqualität)	3.2.3, Seite 21	SSV-039
Untersuchung auf Begleiterkrankung „ADHS“	Psychische Untersuchung	- Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente BUEGA, BUEVA, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-012 SSV-013 SSV-014
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Angststörungen“	Psychische Untersuchung	- Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente CY-BOCS, PHOKI, SPAIK, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-012 SSV-013 SSV-014

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Untersuchung auf Begleiterkrankung „depressive Episode“	Psychische Untersuchung	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente BDI, DIKJ, DISYPSetc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Dissoziale Persönlichkeitsstörung“	Psychische Untersuchung	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente ADP-IV, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Emotionale Störungen“	Psychische Untersuchung	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente SEE 0-3, SEED, SEK-27, SEO, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Untersuchung auf Begleiterkrankung „manische Episode“	Psychische Untersuchung	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Untersuchung auf Begleiterkrankung „Schizophrenie“	Psychische Untersuchung	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente BESD, CDSS-G, CFSD, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Untersuchung auf Begleiterkrankung „tiefgreifende Entwicklungsstörung“	Psychische Untersuchung	Ausschlusskriterium Störung des Sozialverhaltens gem. ICD-10 - Durch Anamnese/Nachfrage - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente BU-EVA, BUEGA, SFES, VFE, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Untersuchung auf komorbide psychische Störungen	Psychische Untersuchung	- Durch Anamnese / Nachfrage - (Patienten-)Fragebogen (z.B. Aufnahmebogen) - Dokumentation im PPB - psychologische Untersuchung - zusätzlich möglich durch Erhebungsinstrumente: BDI, CBCL 4-18 Jahre, DIKJ, DISYPS, PHOKI, SDQ, SDQ-Deu, SPAIK, etc. (siehe 3.2.3, Seite 21)	3.2.4.2, Seite 29	SSV-011 SSV-012 SSV-013 SSV-014 SSV-neu1
Untersuchung auf körperliche Begleiterkrankungen	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung - Anamnese weiterer Erkrankungen - Arztbrief / Überweisung (Patienten-)Fragebogen (z.B. Aufnahmebogen)	3.2.4.1, Seite 26	SSV-neu2

Untersuchung der Lunge	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung der Lunge durch
		  ○ Abhorchen (Atem- und Nebengeräusche)
		  ○ Beurteilung von Atmung und Auswurf
		  ○ Röntgen der Lunge
			3.2.4.1, Seite 26	SSV-011

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI

Untersuchung des Abdomens	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung des Abdomens durch
		  ○ Abhorchen (Darmgeräusche)
		  ○ Abtasten (Leber, Milz, Nieren)
			3.2.4.1, Seite 26	SSV-011

Vandalismus	diagnostische Kriterien	absichtliche Destruktivität gegenüber dem Eigentum anderer (außer Brandstiftung)	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Verhaltensprobleme in der Schule	sonstige Symptome	- Auftreten der Symptomatik in der Schule	3.2.1.4, Seite 11	SSV-006 SSV-007
Verhaltenstherapie	Nicht-medikamentöse Behandlung	Einzel- oder Gruppentherapie - Zur Vermittlung von Problemlösestrategien und Techniken zur Impulskontrolle - Erstellung von Verhaltensplänen unter Einsatz von Verstärkern - Erarbeitung einer kognitiven Umstrukturierung Angeben, ob diese durchgeführt oder lediglich empfohlen wurde!	3.3.3, Seite 37	SSV-032 SSV-035 SSV-047
Verlaufskontrolle der Symptomatik	Kontrolltermine	Besprechung während des Kontrolltermins, ob sich die Symptomatik verändert (verbessert / verschlechtert) hat	3.4.1, Seite 43	SSV-020
VFE	Erhebungsinstrumente	Untersuchung auf komorbide Störungen tiefgreifende Entwicklungsstörung	3.2.3, Seite 21	SSV-013 SSV-014 SSV-018 SSV-019
Vorliegen von Schlafproblemen	sonstige Symptome	- Insomnie - Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus - Schlafprobleme	3.2.1.4, Seite 11	SSV-041
Weglaufen von Zuhause	diagnostische Kriterien	Weglaufen von den Eltern oder elterlichen Ersatzpersonen, mindestens zweimal oder einmal länger als eine Nacht (außer dies geschieht zur Vermeidung körperlicher oder sexueller Misshandlung)	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Widersetzen von Vorschriften	diagnostische Kriterien	häufige aktive Ablehnung und Zurückweisung von Wünschen und Vorschriften	3.2.1.2, Seite 6	SSV-018 SSV-019
Wirksamkeit der Medikamente	Kontrolltermine	Beurteilung, inwieweit die Medikamente wirken	3.4.1, Seite 43	SSV-020
WISC-V	Erhebungsinstrumente	Intelligenztest	3.2.3, Seite 21	SSV-015
YSR	Erhebungsinstrumente	Testverfahren zur klinischen Symptomatik	3.2.3, Seite 21	SSV-016

4.3 Medikamente | Handelsnamen

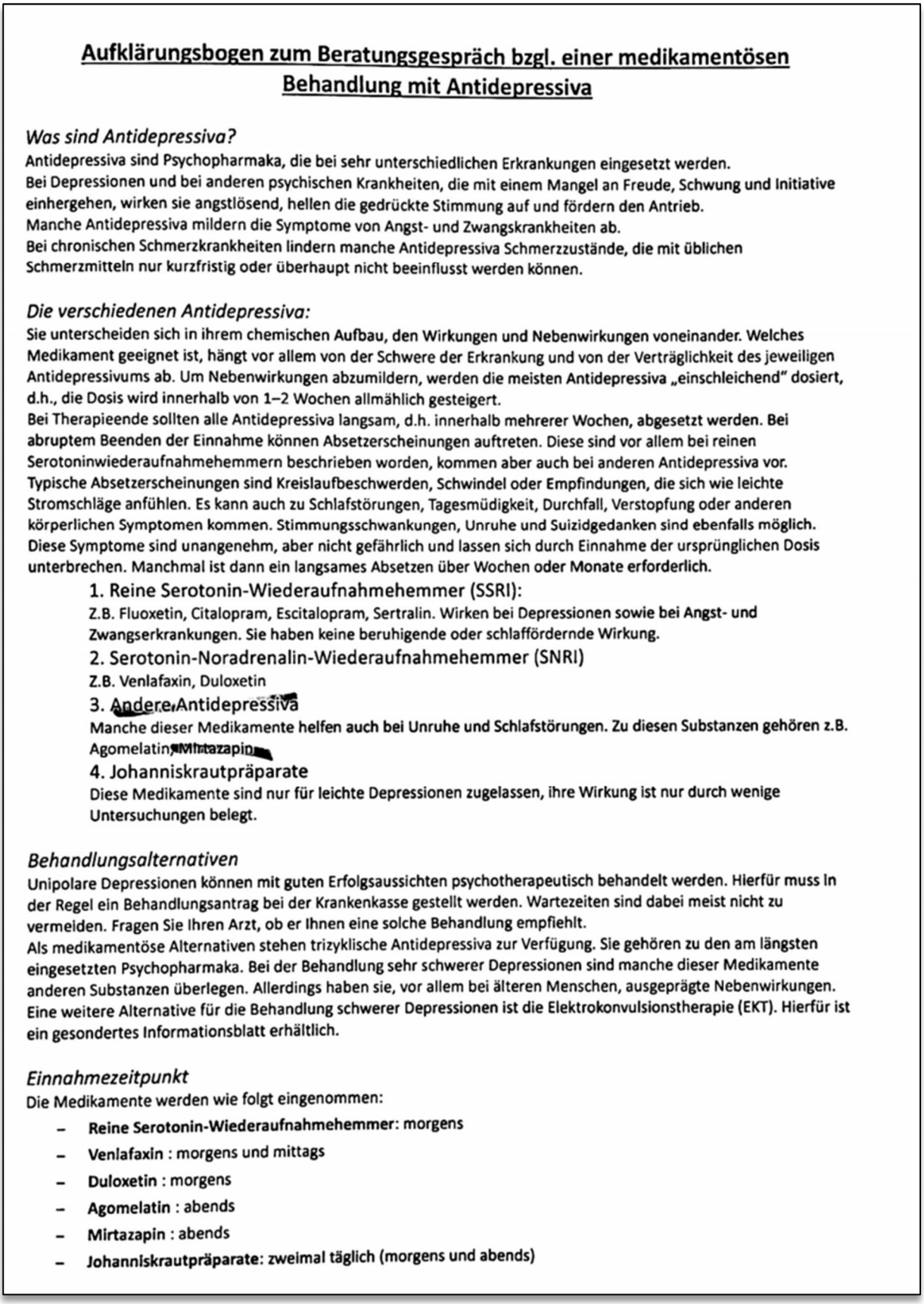
4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Aripriprazol	N05AX12	Antipsychotika	- Abilify
Aripriprazol	N05AX12	Antipsychotika	- Abilify Maintena
Carbamazepin	N03AF01	Atypische Neuro-leptika	- Tegretal
Carbamazepin	N03AF01	Atypische Neuro-leptika	- Tegrotol
Carbamazepin	N03AF01	Atypische Neuro-leptika	- Timonil
Haloperidol	N05AD01	Atypische Neuro-leptika	- Haldol
Quetiapin	N05AH04	Antipsychotika	- Sequase
Quetiapin	N05AH04	Antipsychotika	- Seroquel
Risperidon	N05AX08	Antipsychotika	- Risocon
Risperidon	N05AX08	Antipsychotika	- Risperidal
Risperidon	N05AX08	Antipsychotika	- Risperidal Consta

4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Abilify	Aripriprazol	N05AX12	Antipsychotika
Abilify Maintena	Aripriprazol	N05AX12	Antipsychotika
Haldol	Haloperidol	N05AD01	Atypische Neuroleptika
Risocon	Risperidon	N05AX08	Antipsychotika
Risperidal	Risperidon	N05AX08	Antipsychotika
Risperidal Consta	Risperidon	N05AX08	Antipsychotika
Sequase	Quetiapin	N05AH04	Antipsychotika
Seroquel	Quetiapin	N05AH04	Antipsychotika
Tegretal	Carbamazepin	N03AF01	Atypische Neuroleptika
Tegrotol	Carbamazepin	N03AF01	Atypische Neuroleptika
Timonil	Carbamazepin	N03AF01	Atypische Neuroleptika

4.4 Abbildungen



Aufklärungsbogen zum Beratungsgespräch bzgl. einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva

Was sind Antidepressiva?

Antidepressiva sind Psychopharmaka, die bei sehr unterschiedlichen Erkrankungen eingesetzt werden.
Bei Depressionen und bei anderen psychischen Krankheiten, die mit einem Mangel an Freude, Schwung und Initiative einhergehen, wirken sie angstlösend, hellen die gedrückte Stimmung auf und fördern den Antrieb.
Manche Antidepressiva mildern die Symptome von Angst- und Zwangskrankheiten ab.
Bei chronischen Schmerzkrankheiten lindern manche Antidepressiva Schmerzzustände, die mit üblichen Schmerzmitteln nur kurzfristig oder überhaupt nicht beeinflusst werden können.

Die verschiedenen Antidepressiva:

Sie unterscheiden sich in ihrem chemischen Aufbau, den Wirkungen und Nebenwirkungen voneinander. Welches Medikament geeignet ist, hängt vor allem von der Schwere der Erkrankung und von der Verträglichkeit des jeweiligen Antidepressivums ab. Um Nebenwirkungen abzumildern, werden die meisten Antidepressiva „einschleichend" dosiert, d.h., die Dosis wird innerhalb von 1–2 Wochen allmählich gesteigert.
Bei Therapieende sollten alle Antidepressiva langsam, d.h. innerhalb mehrerer Wochen, abgesetzt werden. Bei abruptem Beenden der Einnahme können Absetzerscheinungen auftreten. Diese sind vor allem bei reinen Serotoninwiederaufnahmehemmern beschrieben worden, kommen aber auch bei anderen Antidepressiva vor. Typische Absetzerscheinungen sind Kreislaufbeschwerden, Schwindel oder Empfindungen, die sich wie leichte Stromschläge anfühlen. Es kann auch zu Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit, Durchfall, Verstopfung oder anderen körperlichen Symptomen kommen. Stimmungsschwankungen, Unruhe und Suizidgedanken sind ebenfalls möglich. Diese Symptome sind unangenehm, aber nicht gefährlich und lassen sich durch Einnahme der ursprünglichen Dosis unterbrechen. Manchmal ist dann ein langsames Absetzen über Wochen oder Monate erforderlich.

1. Reine Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI):
   Z.B. Fluoxetin, Citalopram, Escitalopram, Sertralin. Wirken bei Depressionen sowie bei Angst- und Zwangserkrankungen. Sie haben keine beruhigende oder schlaffördernde Wirkung.
2. Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI)
   Z.B. Venlafaxin, Duloxetin
3. Andere Antidepressiva
   Manche dieser Medikamente helfen auch bei Unruhe und Schlafstörungen. Zu diesen Substanzen gehören z.B. Agomelatin, Mirtazapin
4. Johanniskrautpräparate
   Diese Medikamente sind nur für leichte Depressionen zugelassen, ihre Wirkung ist nur durch wenige Untersuchungen belegt.

Behandlungsalternativen

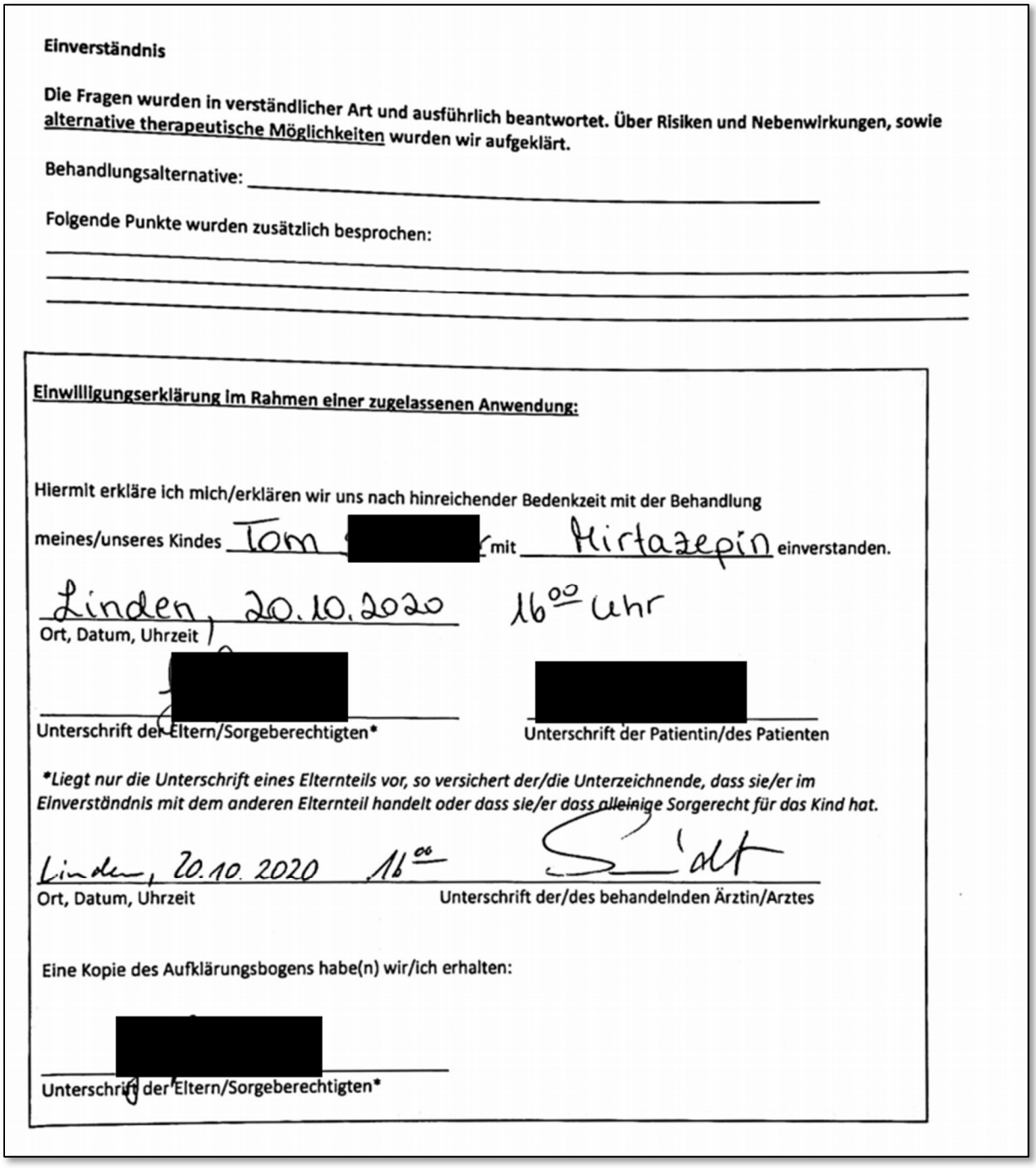
Unipolare Depressionen können mit guten Erfolgsaussichten psychotherapeutisch behandelt werden. Hierfür muss in der Regel ein Behandlungsantrag bei der Krankenkasse gestellt werden. Wartezeiten sind dabei meist nicht zu vermeiden. Fragen Sie Ihren Arzt, ob er Ihnen eine solche Behandlung empfiehlt.
Als medikamentöse Alternativen stehen trizyklische Antidepressiva zur Verfügung. Sie gehören zu den am längsten eingesetzten Psychopharmaka. Bei der Behandlung sehr schwerer Depressionen sind manche dieser Medikamente anderen Substanzen überlegen. Allerdings haben sie, vor allem bei älteren Menschen, ausgeprägte Nebenwirkungen. Eine weitere Alternative für die Behandlung schwerer Depressionen ist die Elektrokonvulsionstherapie (EKT). Hierfür ist ein gesondertes Informationsblatt erhältlich.

Einnahmezeitpunkt

Die Medikamente werden wie folgt eingenommen:

- **Reine Serotonin-Wiederaufnahmehemmer**: morgens
- **Venlafaxin** : morgens und mittags
- **Duloxetin** : morgens
- **Agomelatin** : abends
- **Mirtazapin** : abends
- **Johanniskrautpräparate**: zweimal täglich (morgens und abends)

Abbildung 1: Beispiel "Aufklärungsbogen zum Beratungsgespräch bzw. einer medikamentösen Behandlung mit Antidepressiva"



Einverständnis

Die Fragen wurden in verständlicher Art und ausführlich beantwortet. Über Risiken und Nebenwirkungen, sowie alternative therapeutische Möglichkeiten wurden wir aufgeklärt.

Behandlungsalternative: _____

Folgende Punkte wurden zusätzlich besprochen:

_____

_____

_____

Einwilligungserklärung im Rahmen einer zugelassenen Anwendung:

Hiermit erkläre ich mich/erklären wir uns nach hinreichender Bedenkzeit mit der Behandlung meines/unseres Kindes Tom [redacted] mit Mirtazepin einverstanden.

Linden, 20.10.2020 16⁰⁰ Uhr
Ort, Datum, Uhrzeit

[redacted]
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten*

[redacted]
Unterschrift der Patientin/des Patienten

**Liegt nur die Unterschrift eines Elternteils vor, so versichert der/die Unterzeichnende, dass sie/er im Einverständnis mit dem anderen Elternteil handelt oder dass sie/er dass alleinige Sorgerecht für das Kind hat.*

Linden, 20.10.2020 16⁰⁰ [redacted]
Ort, Datum, Uhrzeit Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes

Eine Kopie des Aufklärungsbogens habe(n) wir/ich erhalten:

[redacted]
Unterschrift der Eltern/Sorgeberechtigten*

Abbildung 2: Beispiel Einverständniserklärung Behandlung mit Antidepressiv

Stand:
10. Juni 2022

Handbuch Erfassung Patientenakte

TONSILLITIS

QualiPäd

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis i
2 Vorwort / Einleitung 1
3 Erhebungsmerkmale 2
3.1 Diagnosen 2
3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen 2
3.1.2 Weitere relevante Diagnosen 3
3.2 Diagnostik 4
3.2.1 Medizinische Untersuchung 4
3.2.1.1 Körperliche Untersuchung 4
3.3 Behandlung / Therapie 6
3.3.1 Medikamentöse Behandlung 6
3.3.2 Nicht-medikamentöse Therapie 7
3.4 Konsultationen 8
3.4.1 Kontrolltermine 8
4 Anhang i
4.1 Indikatorenübersicht i
4.2 Merkmalsübersicht ii
4.3 Medikamente | Handelsnamen v
4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff v
4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen vi

2 Vorwort / Einleitung

Als Tonsillitis bezeichnet man eine Entzündung der Tonsillen (Gaumenmandeln).

Die Tonsillitis lässt sich nach mehreren Aspekten unterteilen:

- zeitlicher Verlauf
  - akut
  - chronisch
  - rezidivierend[1]
- Lokalisation
  - einseitige (unilaterale) Tonsillitis
  - beidseitige (bilaterale) Tonsillitis
- Schweregrad
  - einfache Tonsillitis
  - eitrige Tonsillitis
  - nekrotisierende [2]Tonsillitis

Bei der Tonsillitis handelt es sich um eine Infektionskrankheit, deren akute Form in den allermeisten Fällen durch Viren (z.B. Adenoviren, Coxsackieviren), selten durch Bakterien ausgelöst wird. Die chronisch rezidivierende Form ist dagegen vorwiegend bakteriell bedingt. Typische bakterielle Erreger sind:

- Beta-hämolysierende Streptokokken (v.a. Streptococcus pyogenes)

Daneben spielen folgende Erreger eine Rolle:

- Staphylokokken
- Pneumokokken
- Haemophilus catarrhalis
- Moraxella catarrhalis
- Neisseria gonorrhoeae

Bei unkompliziertem Verlauf einer Tonsillitis dominieren in der Regel die Lokalsymptome. Dazu zählen u.a.:

- Halsschmerzen
- Geschwollene, gerötete Gaumenmandeln
- Schluckbeschwerden
- Schleimhautulzerationen
- Eiter-, Fibrinbelag („Stippchen“)
- Schwellung der zervikalen Lymphknoten

Bei schwerem Verlauf können weitere Symptome hinzutreten:

- Allgemeinsymptome (Fieber, Kopfschmerzen, Abgeschlagenheit)
- scharlachähnliches Exanthem

[1] Rezidivierend bedeutet „wiederkehrend“ und bezeichnet das Wiederauftreten einer Erkrankung nach ihrer völligen Abheilung.
[2] Nekrotisch bedeutet „abgestorben“ oder „im Stadium der Nekrose befindlich“.

3 Erhebungsmerkmale

3.1 Diagnosen

3.1.1 Relevante ICD-10-Diagnosen

ICD-Schlüssel	Beschreibung
J03.0	Streptokokken-Tonsillitis
J03.8	Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet

3.1.2 Weitere relevante Diagnosen

Hierbei genügt die Information, dass eine entsprechende Diagnose beim Patienten vorliegt. Inwieweit diese behandelt wird, muss nicht dokumentiert werden. Die Information kann entweder durch einen Arztbrief, eine Überweisung, Fremdanamnese, Eigenanamnese, eigene Untersuchung oder durch Untersuchung eines Facharztes festgestellt worden sein.

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Asthma bronchiale	Hochrisikopatienten / Chronische Erkrankung			TO-014
Herzfehler	Hochrisikopatienten / Chronische Erkrankung			TO-014
Herzinsuffizienz	Hochrisikopatienten / Chronische Erkrankung			TO-014
Organ- oder Gewebetransplantation	Hochrisikopatienten / Chronische Erkrankung	– Z94.-		TO-014
Penicillinallergie		– Z88. 0		TO-014
Schwangerschaft	Hochrisikopatienten / Chronische Erkrankung	– O00-O99		TO-014
Weitere Chronische Krankheiten	Hochrisikopatienten / Chronische Erkrankung			TO-014

3.2 Diagnostik

3.2.1 Medizinische Untersuchung

3.2.1.1 Körperliche Untersuchung

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
(routinemäßige) Blutuntersuchung	– z.B. ○ kleines Blutbild ○ großes Blutbild	– Blutbild – kleines Blutbild – großes Blutbild	– Dokumentation des Ergebnisses in Patientenakte – Laborbericht – Laborbefund	TO-008
(routinemäßige) Kardiologische Diagnostik	- Körperliche Untersuchung des Herzens durch ○ Abhorchen ○ EKG ○ Herzultraschalluntersuchung		– EKG-Befund – Untersuchungsergebnis in Patientenakte – Befund der Herzultraschalluntersuchung	TO-008
(routinemäßige) Urinuntersuchung	– Untersuchung über einen Teststreifen – Ergebnis zeigt u.a. ○ pH-Wert ○ Leukozyten ○ Nitrit ○ Protein ○ Glukose	– Harn-Untersuchung – Urinschnelltest	– Dokumentation des Ergebnisses in Patientenakte – Laborbericht – Laborbefund	TO-008
GABHS- Schnelltest	– GABHS-Schnelltest zum Nachweis β-hämolysierender Streptokokken der Gruppe A, Rachenabstrich – Wenn ein Ergebnis **am gleichen Tag** vorliegt, ist es immer ein Schnelltest! Das Ergebnis des Schnelltests (positiv / negativ) ist mit zu erheben!	– Streptokokken-A-Schnelltest – RADT – Antigen-Schnelltest – (Rachen-)Abstrich	„Strep = pos“ (Ergebnis lag am gleichen Tag vor)	TO-007 TO-014

Merkmale	Definition	Synonyme/Beispiele	Praxisbeispiel	QI
Mikrobiologische Diagnostik	Um einen Erreger als Ursache einer Erkrankung zu enttarnen, ist eine mikrobiologische Untersuchung notwendig. – Analyse des Rachenabstrichs im Labor Ergebnis liegt nach 1-2 Tagen vor!	– Bakterienkultur – Mikrobiologische Untersuchung	– Dokumentation des Ergebnisses in Patientenakte – Laborbericht – Laborbefund	TO-007

3.3 Behandlung / Therapie

3.3.1 Medikamentöse Behandlung

Bei den Medikamenten ist unbedingt auch die Tagesdosis (z.B. 20mg – 0 – 5mg – 0) und die Packungsgröße (z.B. N1, N2, N3, 100 Stck.) mit zu erheben!

Wirkstoff	Wirkstoffgruppe und ATC	Handelsnamen	QI
Amoxicillin	**Antibiotika** ATC J01CA04	Amoxibeta Amoxypen Infectomox AmoxiHEXAL	TO-012
Benzathin-Penicillin G	**Antibiotika** ATC J01CE08	Pendysin* TARDOCILLIN	TO-012
Ciprofloxacin	**Chinolon-Antibiotika** ATC J01MA02	Ciprobeta Ciproflox CiproHEXAL Cipro*	TO-013
Erythromycin	**Makrolid-Antibiotika** ATC J01FA01	Erythrocin* INFECTOMYCIN*	TO-014
Levofloxacin	**Chinolon-Antibiotika** ATC J01MA12	Levoflox Quinsair Tavanic Levoflo*	TO-013
Moxifloxacin	**Chinolon-Antibiotika** ATC J01MA14	Avalox Avelox	TO-013
Norfloxacin	**Chinolon-Antibiotika** ATC J01MA06	BARAZAN NorfloHexal Norflosal Norflo*	TO-013
Procain-Penicillin G	**Antibiotika** ATC J01CE09	es gibt keine entsprechenden Handelsnamen / Produkte	TO-012
Roxithromycin	**Makrolid-Antibiotika** ATC J01FA06	Roxi* Rulid	TO-014

3.3.2 Nicht-medikamentöse Therapie

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Indikation zur Tonsillektomie	– vollständige chirurgische Entfernung der Gaumenmandeln Muss noch nicht durchgeführt worden sein	– Gaumenmandel-Entfernung	– Überweisung zur ambulanten / stationären chirurgischen Entfernung der Gaumenmandeln – Hinweis in Patientenakte, dass eine Tonsillektomie empfohlen wurde – Arztbrief / Krankenhausbericht über die chirurgische Entfernung der Gaumenmandeln	TO-016

3.4 Konsultationen

3.4.1 Kontrolltermine

Bei diesem Merkmal geht es um die Beurteilung, ob ein Patient in regelmäßigen Abständen den Arzt aufgesucht hat. Es ist hierbei zwischen „Erstvorstellung“ und „Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin“ zu unterscheiden.

Ein Kontroll-bzw. Wiedervorstellungstermin dient bei einer akuten Erkrankung in erster Linie einer Verlaufskontrolle (Verbesserung / Verschlechterung der Symptomatik) und ist im Allgemeinen „geplant“. Bei akuten Erkrankungen kann dies aber auch eine Wiedervorstellung auf Initiative des Patienten bzw. seiner Eltern sein, wenn sich die Symptomatik nicht gebessert bzw. verschlechtert hat.

Nur das Ausstellen eines Medikamentenrezepts o.ä. ist hier nicht als Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin zu berücksichtigen!

Es ist darauf zu achten, dass es je Krankheitsepisode einen Erstvorstellungstermin geben kann. D.h. nach Genesung einer Krankheitsepisode und erneuter Erkrankung (neue Krankheitsepisode) wäre der erste Termin diesbezüglich kein Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin, sondern ein Erstvorstellungstermin.

Merkmal	Definition	Synonyme / Ausprägung	Praxisbeispiele	QI
Erstvorstellungstermin	- Besprechung der Symptomatik - Erstdiagnostik - Besprechung der weiteren Vorgehensweise			TO-012
Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin	- Verlaufskontrolle der Symptomatik (Verbesserung / Verschlechterung) - Wiedervorstellung bei keiner Verbesserung bzw. Verschlechterung der Symptomatik			TO-008

4 Anhang

4.1 Indikatorenübersicht

ID	Statement	Querverweis Erhebungsmerkmale	… zu erheben bei	Einheit
TO-007	Anteil Patienten mit einem positiven Antigen-Schnelltest (GABHS-Schnelltest zum Nachweis β-hämolysierender Streptokokken der Gruppe A), bei denen keine mikrobiologische Diagnostik erfolgte.	3.2.1.1, Seite 4	PÄD HA	Episode
TO-008	Anteil Patienten mit akuter Streptokokken-Tonsillitis, bei denen nach beendeter Therapie routinemäßig Blut- oder Urinuntersuchungen oder kardiologische Diagnostik (wie EKG) durchgeführt wurden.	3.2.1.1, Seite 4 3.4.1, Seite 8	PÄD HA	Episode
TO-012	Anteil Patienten, bei denen eine Streptokokken-Tonsillitis diagnostiziert wurde und denen beim ersten Arztbesuch ein spezifisches Antibiotikum (Benzathin-Penicillin G oder Procain-Penicillin G oder Amoxicillin) verordnet wurde.	3.3.1, Seite 6 3.4.1, Seite 8	PÄD HA	Episode
TO-013	Anteil Patienten > 1 Jahr mit akuter Tonsillitis, denen Antibiotika zur systemischen Anwendung verordnet wurden und die Chinolone erhielten.	3.3.1, Seite 6	PÄD HA	Episode
TO-014	Anteil Patienten im Alter von 3-14 Jahren, die als Hochrisikopatienten eingestuft wurden oder die positiv auf β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A (GABHS) getestet wurden und allergisch auf Penicillin reagieren, denen Makrolide verordnet wurde.	3.2.1.1, Seite 4 3.3.1, Seite 6	PÄD HA	Episode
TO-016	Anteil Patienten mit häufig rezidivierender akuter Tonsillitis, denen die Indikation zur Tonsillektomie/Adenotonsillektomie gestellt wurde.	3.3.2, Seite 7	PÄD HA	Patient

4.2 Merkmalsübersicht

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
(routinemäßige) Blutuntersuchung	Körperliche Untersuchung	– z.B. ○ kleines Blutbild großes Blutbild	3.2.1.1, Seite 4	TO-008
(routinemäßige) Kardiologische Diagnostik	Körperliche Untersuchung	- Körperliche Untersuchung des Herzens durch ○ Abhorchen ○ EKG ○ Herzultraschalluntersuchung	3.2.1.1, Seite 4	TO-008
(routinemäßige) Urinuntersuchung	Körperliche Untersuchung	– Untersuchung über einen Teststreifen – Ergebnis zeigt u.a. ○ pH-Wert ○ Leukozyten ○ Nitrit ○ Protein ○ Glukose	3.2.1.1, Seite 4	TO-008
Amoxicillin	Medikamentöse Behandlung	– Amoxibeta – Amoxypen – Infectomox – AmoxiHEXAL	3.3.1, Seite 6	TO-012
Benzathin-Penicillin G	Medikamentöse Behandlung	– Pendysin* – TARDOCILLIN	3.3.1, Seite 6	TO-012
Ciprofloxacin	Medikamentöse Behandlung	– Ciprobeta – Ciproflox – CiproHEXAL – Cipro*	3.3.1, Seite 6	TO-013
Erstvorstellungstermin	Kontrolltermine	– Besprechung der Symptomatik – Erstdiagnostik – Besprechung der weiteren Vorgehensweise	3.4.1, Seite 8	TO-012

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Erythromycin	Medikamentöse Behandlung	– Erythrocin* – INFECTOMYCIN*	3.3.1, Seite 6	TO-014
GABHS- Schnelltest	Körperliche Untersuchung	– GABHS-Schnelltest zum Nachweis β-hämolysierender Streptokokken der Gruppe A, Rachenabstrich – Wenn ein Ergebnis **am gleichen Tag** vorliegt, ist es immer ein Schnelltest! Das Ergebnis des Schnelltests (positiv / negativ) ist mit zu erheben!	3.2.1.1, Seite 4	TO-007 TO-014
Indikation zur Tonsillektomie	Nicht-medikamentöse Behandlung	– vollständige chirurgische Entfernung der Gaumenmandeln Muss noch nicht durchgeführt worden sein	3.3.2, Seite 7	TO-016
Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin	Kontrolltermine	- Verlaufskontrolle der Symptomatik (Verbesserung / Verschlechterung) – Wiedervorstellung bei keiner Verbesserung bzw. Verschlechterung der Symptomatik	3.4.1, Seite 8	TO-008
Levofloxacin	Medikamentöse Behandlung	– Levoflox – Quinsair – Tavanic – Levoflo*	3.3.1, Seite 6	TO-013
Mikrobiologische Diagnostik	Körperliche Untersuchung	Um einen Erreger als Ursache einer Erkrankung zu enttarnen, ist eine mikrobiologische Untersuchung notwendig. – Analyse des Rachenabstrichs im Labor Ergebnis liegt nach 1-2 Tagen vor!	3.2.1.1, Seite 4	TO-007
Moxifloxacin	Medikamentöse Behandlung	– Avalox – Avelox	3.3.1, Seite 6	TO-013
Norfloxacin	Medikamentöse Behandlung	– BARAZAN – NorfloHexal – Norflosal – Norflo*	3.3.1, Seite 6	TO-013

Merkmal	Kategorie	Definition	Querverweis Erhebungsmerkmale	QI
Procain-Penicillin G	Medikamentöse Behandlung	– es gibt keine entsprechenden Handelsnamen / Produkte	3.3.1, Seite 6	TO-012
Roxithromycin	Medikamentöse Behandlung	– Roxi* – Rulid	3.3.1, Seite 6	TO-014

4.3 Medikamente | Handelsnamen

4.3.1 Medikamentenliste nach Wirkstoff

Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse	Handelsnamen (Beispiele)
Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika	Amoxibeta
Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika	AmoxiHEXAL
Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika	Amoxypen
Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika	Infectomox
Benzathin-Penicillin G	J01CE08	Antibiotika	Pendysin*
Benzathin-Penicillin G	J01CE08	Antibiotika	TARDOCILLIN
Ciprofloxacin	J01MA02	Chinolon-Antibiotika	Cipro*
Ciprofloxacin	J01MA02	Chinolon-Antibiotika	Ciprobeta
Ciprofloxacin	J01MA02	Chinolon-Antibiotika	Ciproflox
Ciprofloxacin	J01MA02	Chinolon-Antibiotika	CiproHEXAL
Erythromycin	J01FA01	Makrolid-Antibiotika	Ertythrocin*
Erythromycin	J01FA01	Makrolid-Antibiotika	INFECTOMYCIN*
Levofloxacin	J01MA12	Chinolon-Antibiotika	Levoflo*
Levofloxacin	J01MA12	Chinolon-Antibiotika	Levoflox
Levofloxacin	J01MA12	Chinolon-Antibiotika	Quinsair
Levofloxacin	J01MA12	Chinolon-Antibiotika	Tavanic
Moxifloxacin	J01MA14	Chinolon-Antibiotika	Avalox
Moxifloxacin	J01MA14	Chinolon-Antibiotika	Avelox
Norfloxacin	J01MA06	Chinolon-Antibiotika	BARAZAN
Norfloxacin	J01MA06	Chinolon-Antibiotika	Norflo*
Norfloxacin	J01MA06	Chinolon-Antibiotika	NorfloHexal
Norfloxacin	J01MA06	Chinolon-Antibiotika	Norflosal
Procain-Penicillin G	J01CE09	Antibiotika	es gibt keine entsprechenden Handelsnamen / Produkte
Roxithromycin	J01FA06	Makrolid-Antibiotika	Roxi*
Roxithromycin	J01FA06	Makrolid-Antibiotika	Rulid

4.3.2 Medikamentenliste nach Handelsnamen

Handelsname	Wirkstoff	ATC	Wirkstoffklasse
Amoxibeta	Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika
AmoxiHEXAL	Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika
Amoxypen	Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika
Avalox	Moxifloxacin	J01MA14	Chinolon-Antibiotika
Avelox	Moxifloxacin	J01MA14	Chinolon-Antibiotika
BARAZAN	Norfloxacin	J01MA06	Chinolon-Antibiotika
Cipro*	Ciprofloxacin	J01MA02	Chinolon-Antibiotika
Ciprobeta	Ciprofloxacin	J01MA02	Chinolon-Antibiotika
Ciproflox	Ciprofloxacin	J01MA02	Chinolon-Antibiotika
CiproHEXAL	Ciprofloxacin	J01MA02	Chinolon-Antibiotika
Ertythrocin*	Erythromycin	J01FA01	Makrolid-Antibiotika
Infectomox	Amoxicillin	J01CA04	Antibiotika
INFECTOMYCIN*	Erythromycin	J01FA01	Makrolid-Antibiotika
Levoflo*	Levofloxacin	J01MA12	Chinolon-Antibiotika
Levoflox	Levofloxacin	J01MA12	Chinolon-Antibiotika
Norflo*	Norfloxacin	J01MA06	Chinolon-Antibiotika
NorfloHexal	Norfloxacin	J01MA06	Chinolon-Antibiotika
Norflosal	Norfloxacin	J01MA06	Chinolon-Antibiotika
Pendysin*	Benzathin-Penicillin G	J01CE08	Antibiotika
Quinsair	Levofloxacin	J01MA12	Chinolon-Antibiotika
Roxi*	Roxithromycin	J01FA06	Makrolid-Antibiotika
Rulid	Roxithromycin	J01FA06	Makrolid-Antibiotika
TARDOCILLIN	Benzathin-Penicillin G	J01CE08	Antibiotika
Tavanic	Levofloxacin	J01MA12	Chinolon-Antibiotika

Stand:
26. März
2024

Handbuch Erfassung Patientenakte

ALLGEMEIN

QualiPäd

1 Inhaltsverzeichnis

1 Inhaltsverzeichnis i
2 Einleitung iii
3 Aktenprüfung 4
3.1 Patientenakte 4
3.1.1 Elektronische Patientenakte 4
3.1.2 Papierakte 4
3.1.3 Mischform Papier- und elektronische Patientenakte 4
3.2 Checkliste Selektionskriterien 4
3.3 Krankheitsbilder 5
3.3.1 Asthma bronchiale 5
3.3.2 Neurodermitis 6
3.3.3 Tonsillitis 6
3.3.4 Otitis media 6
3.3.5 ADHS 7
3.3.6 Depression 7
3.3.7 Störung des Sozialverhaltens (SSV) 8
3.4 Alter des Patienten 8
4 Anonymisierung 9
5 Datenerhebung 10
5.1 Einführung 10
5.1.1 Grunddaten 10
5.2 Praxisgrunddaten 10
5.3 Patientengrunddaten 11
5.4 Behandlungsdaten 11
5.5 Merkmalszuordnung 11
5.5.1 Mehrere Merkmalszuordnungen je Patientenakteneintrag 13
5.6 Mehrere Krankheitsbilder in einer Akte 14
5.7 Datenquellen 15
5.7.1 Dokumentationen der Praxis 15
5.7.2 Dokumente Dritter 15
5.7.3 Arztbriefe 15
5.7.4 Diagnostische Berichte 16
5.7.5 Einwilligungserklärungen 16
5.8 Dokumentation der relevanten Informationen 16
5.8.1 Allgemein 16

5.8.1.1 Symptome 17
5.8.1.2 Anamnese 17
5.8.1.3 Tests 17
5.8.1.4 Körperliche Untersuchungen 17
5.8.1.5 Untersuchung auf Komorbiditäten 17
5.8.2 Therapie 17
5.8.2.1 Medikamente 17
5.8.2.2 Nicht-medikamentöse Therapie 18
5.8.2.3 Homöopathie 18
5.8.3 Konsultationen 18
5.8.3.1 Ersttermine 18
5.8.3.2 Kontroll- bzw. Folgetermine 19
5.8.4 Überweisungen 19
6 Vier-Augen-Prinzip / Plausibilitätskontrolle 20
6.1 Ablauf Zweiterfassung 20
7 Weiteres Vorgehen 21
7.1 Bei Unklarheiten 21
8 Anhang i
8.1 Checklisten i
8.1.1 Checkliste 1 – Telefongespräch mit den Praxen i

2 Einleitung

Im Rahmen der QualiPäd-Studie soll die Qualität der ambulanten Versorgung von Kindern und Jugendlichen am Beispiel häufiger psychischer (ADHS, Depression, Störung des Sozialverhaltens) sowie körperlicher (Asthma, Neurodermitis, Tonsillitis, Otitis media) Erkrankungen untersucht werden. In zwanzig Arztpraxen verschiedener Fachrichtungen (Kinder- und Jugendpsychiater, Hausärzte, Kinderärzte) werden die Akten von 1.400 Kindern und Jugendlichen (0-18 Jahre), die wegen einer der o.g. Erkrankungen behandelt wurden, ausgewertet. Es wird dabei überprüft, inwieweit das dokumentierte Vorgehen der Ärzte mit aktuellen Empfehlungen zu Diagnosestellung und Behandlung (Qualitätsindikatoren) entspricht. Die Ergebnisse der Untersuchung sollen aufzeigen, bei welchen Erkrankungen, Arzt- und Patientengruppen die Versorgungsqualität verbessert werden sollte, und was mögliche Ansatzpunkte hierfür sind.

Vor der Analyse und Auswertung der Patientenakten müssen diese zunächst erfasst und in eine Datenbank übertragen werden. Um die Erfassung zu erleichtern und einheitliches Vorgehen sicher zu stellen, wurden insgesamt acht Handbücher entwickelt: das vorliegende allgemeine Handbuch zur Erfassung und sieben krankheitsspezifische Handbücher, in welchen die für die Studie zu erhebenden relevanten Merkmale beschrieben werden.

Das vorliegende Handbuch gibt Anleitungen für das Vorgehen nach der Entgegennahme der Akten aus den Arztpraxen: die Aktenprüfung und Erfassung der relevanten Daten in einer Datenbank (siehe Abbildung 3, Seite 13). Zuvor werden je Praxis auf Basis von anonymisierten Listen mit Patienten, die 2018 und 2019 eines der sieben Krankheitsbilder aufwiesen und behandelt wurden, Zufallsstichproben gezogen. Die entsprechenden Patientenakten werden anschließend von den Praxen für die Erhebung vorbereitet (bspw. Erstellung von Kopien oder PDFs) und zu einem vereinbarten Termin den Studienassistenten überreicht.

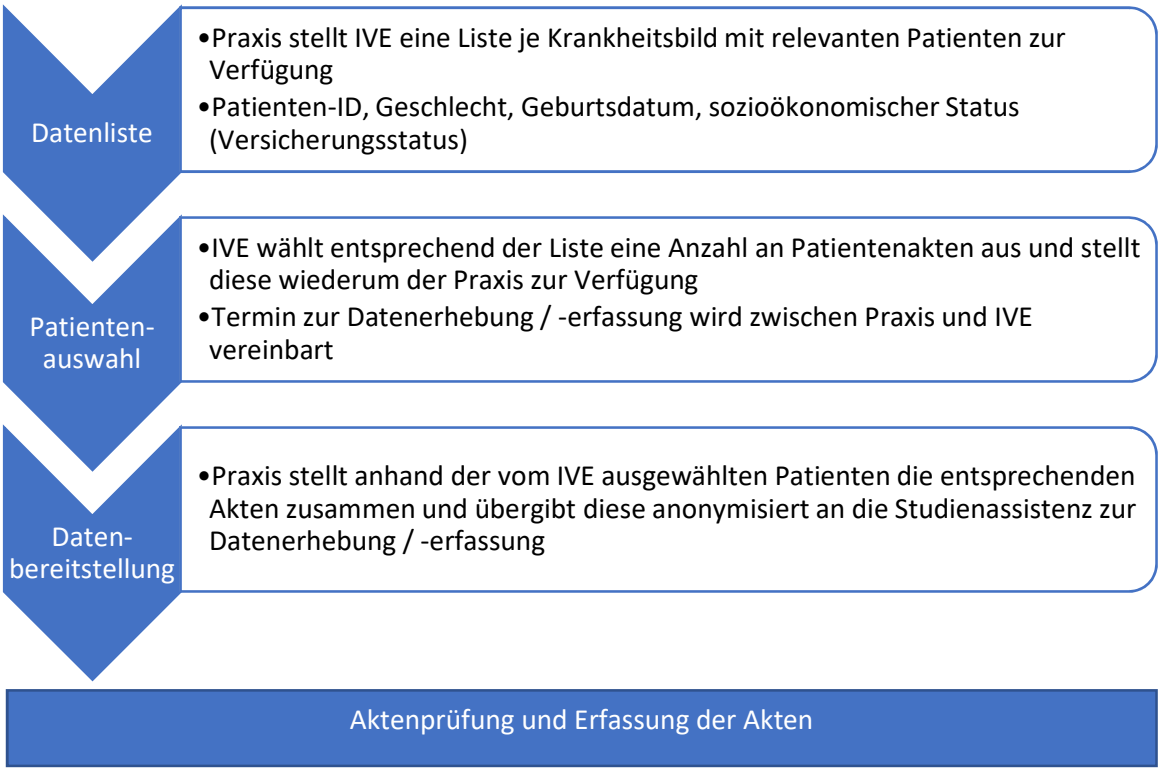


Abbildung 1: Schritte der Datenerhebung

3 Aktenprüfung

3.1 Patientenakte

Je nach Aktenführung haben die Arztpraxen die Möglichkeit, die Patientenakten in digitaler oder kopierter Form zur Verfügung stellen.

3.1.1 Elektronische Patientenakte

Bei rein elektronischen Patientenakten können diese entweder in ausgedruckter Form oder als elektronischen Ausdruck (z.B. im PDF-Format) zur Verfügung gestellt werden. Alternativ ist eine direkte Datenerfassung vom Praxisbildschirm in die Projektdatenbank erforderlich. Bei der Bereitstellung aus der Praxissoftware heraus, sollte auf das Vorliegen externer Dokumente (z.B. Arztbriefe, diagnostische Befunde, Erhebungsinstrumente, etc.) geachtet werden. Es ist möglich, dass diese in einem separaten Teil der Praxissoftware oder in einem anderen Programm archiviert werden.

3.1.2 Papierakte

Die Akten werden entweder von der Praxis kopiert oder vor Ort von den Studienassistenten mit einem eigenen Scanner eingescannt. Bei bereits kopierten Akten ist zu überprüfen, ob diese auch externe Dokumente enthalten. Wenn die Akten selbst eingescannt werden ist auf das Ordnungssystem zu achten. Es kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Ablage der einzelnen Dokumente in chronologischer Reihenfolge erfolgt ist. Oftmals sind Papierakten nach unterschiedlichen „Rubriken“ (Karteireiter) sortiert, wodurch z.B. Arztbriefe in einem anderen Karteireiter abgelegt sind als die Dokumentationen der Patientenbesuche. Entsprechend sind alle Karteireiter (z.B. Praxisbesuche, Fragebögen, externe Dokumente) nach relevanten Dokumenten / Informationen aus den Jahren 2018 und 2019 zu durchsuchen.

3.1.3 Mischform Papier- und elektronische Patientenakte

Bei Mischformen von Papier- und elektronischer Patientenakte sind jegliche Kombinationen denkbar. So können beispielsweise die Medikamenten-, Diagnose- und Arbeitsunfähigkeitsbelege in einem elektronischen System abgespeichert sein, während die Dokumentationen aus den Praxisbesuchen handschriftlich notiert und abgeheftet werden. Die einzelnen Ablagemöglichkeiten sind im Vorfeld mit der Praxis zu besprechen. Hierbei müssen die gleichen Punkte wie bei elektronischen sowie Papierakten beachtet werden.

3.2 Checkliste Selektionskriterien

Direkt nach der Entgegennahme der Akten müssen diese auf Eignung zum Einschluss in die QualiPäd-Studie geprüft werden. Hierfür wird die in Tabelle 1 dargestellte Checkliste abgearbeitet und überprüft, ob die von der Praxis entgegengenommenen Akten mit denen, der Patientenliste übereinstimmen.

Check	Prüfung
☑	Stimmen ausgewählte Patienten-ID mit zur Verfügung gestellter Patienten-ID überein?
☑	Entspricht das Geburtsdatum dem Geburtsdatum für den ausgewählten Patienten?
☑	Entspricht das Geschlecht dem Geschlecht für den ausgewählten Patienten?
☑	Entspricht der Versicherungsstatus dem Versicherungsstatus für den ausgewählten Patienten?

Check	Prüfung
☑	Entspricht das in der Patientenakte enthaltene Krankheitsbild dem angeforderten Krankheitsbild?
☑	Beinhaltet die bereitgestellte Patientenakte mindestens den Zeitraum 01.01.2018 – 31.12.2019?
☑	Gab es in dem angeforderten Krankheitsbild einen Arztkontakt in 2018 / 2019?
☑	Wurde in der bereitgestellten Patientenakte eine Anonymisierung der personenbezogenen Informationen vorgenommen?

Tabelle 1: Checkliste Aktenprüfung

Falls ein oder mehrere Punkte der Liste nicht zutreffen, müssen diese mit der Praxis besprochen und ggf. neue Akten angefordert werden. Eine Akte darf nur angenommen und ausgewertet werden, wenn alle Punkte (bis auf den Punkt der Anonymisierung) der Checkliste zutreffen.

3.3 Krankheitsbilder

Im Folgenden werden die ICD-10-Schlüssel der Krankheitsbilder aufgeführt, die in die Studie eingeschlossen werden. Es kann vorkommen, dass Praxen für die beschriebenen Krankheitsbilder andere bzw. allgemeinere ICD-10-Schlüssel verwenden (Bspw. „J06.9: Akute Infektion der oberen Atemwege, nicht näher bezeichnet“ anstelle von „J03.- akute Tonsillitis“). Wenn bei der Aktenprüfung andere ICD-10-Schlüssel gesichtet werden, muss mit der jeweiligen Arztpraxis Rücksprache darüber gehalten werden, ob es sich tatsächlich um das angeforderte Krankheitsbild handelt. Wenn dies der Fall ist, darf die Akte angenommen werden.

Weiterhin kann es sein, dass zwar die ICD-10 Schlüssel, aber nicht die Krankheitsbezeichnungen übereinstimmen. Bei diesen Fällen ist zu überprüfen, ob es sich um Synonyme für das gleiche Krankheitsbild handelt (z.B. Mandelentzündung für Tonsillitis, Mittelohrentzündung für Otitis media). Im Zweifelsfall muss dies auch mit der Praxis besprochen werden und die Akte ggf. abgelehnt werden.

Bei Kindern- und Jugendpsychiatern kann es vorkommen, dass kein ICD-Schlüssel, sondern lediglich die Krankheitsbezeichnung angegeben ist. Dies betrifft auch etwaige Zusatzkennzeichen. Daher ist in diesem Fall eine kritische Prüfung erforderlich, ob die angegebene Krankheitsbezeichnung auch zu dem jeweiligen Krankheitsbild passt.

> **Es sind nur gesicherte Diagnosen (Kennzeichen „G“) zu berücksichtigen. Ebenfalls zu berücksichtigen ist, wenn kein Kennzeichen angegeben ist.**

3.3.1 Asthma bronchiale

ICD-Schlüssel	Beschreibung
J45.-	**Asthma bronchiale**
J45.0	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale
J45.1	Nichtallergisches Asthma bronchiale
J45.8	Mischformen des Asthma bronchiale
J45.9	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet

Tabelle 2: relevante ICD-Diagnosen Asthma bronchiale

3.3.2 Neurodermitis

ICD-Schlüssel	Beschreibung
L20.-	**Atopisches (endogenes) Ekzem**
L20.0	Prurigo Besnier
L20.8	sonstiges atopisches (endogenes) Ekzem
L20.9	Atopisches (endogenes) Ekzem, nicht näher bezeichnet

Tabelle 3: relevante ICD-Diagnosen Neurodermitis

3.3.3 Tonsillitis

ICD-Schlüssel	Beschreibung
J03.-	**Akute Tonsillitis**
J03.0	Streptokokken-Tonsillitis
J03.8	Akute Tonsillitis durch sonstige näher bezeichnete Erreger
J03.9	Akute Tonsillitis, nicht näher bezeichnet

Tabelle 4: relevante ICD-Diagnosen Tonsillitis

3.3.4 Otitis media

ICD-Schlüssel	Beschreibung
H65.-	**Nichteitrige Otitis media**
H65.0	Akute seröse Otitis media
H65.1	Sonstige akute nichteitrige Otitis media
H65.2	Chronische seröse Otitis media
H65.3	Chronische muköse Otitis media
H65.4	Sonstige chronische nichteitrige Otitis media
H65.9	Nichteitrige Otitis media, nicht näher bezeichnet
H66.-	**Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media**
H66.0	Akute eitrige Otitis media
H66.1	Chronische mesotympanale eitrige Otitis media
H66.2	Chronische epitympanale Otitis media
H66.3	Sonstige chronische eitrige Otitis media
H66.4	Eitrige Otitis media, nicht näher bezeichnet

ICD-Schlüssel	Beschreibung
H66.9	Otitis media, nicht näher bezeichnet

Tabelle 5: relevante ICD-Diagnosen Otitis media

3.3.5 ADHS

ICD-Schlüssel	Beschreibung
F90.0	**Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung**
F90.1	**Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens** Achtung: Beim Vorliegen dieser Diagnose unbedingt auch die Merkmale aus dem Erfassungshandbuch zum Krankheitsbild „Störung des Sozialverhaltens (SSV)“ entsprechend berücksichtigen!

Tabelle 6: relevante ICD-Diagnosen ADHS

3.3.6 Depression

ICD-Schlüssel	Beschreibung
F32.-	**Depressive Episode**
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
F33.-	**Rezidivierende depressive Störung**
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet

Tabelle 7: relevante ICD-Diagnosen Depression

3.3.7 Störung des Sozialverhaltens (SSV)

ICD-Schlüssel	Beschreibung
F90.1	**Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens**
	Achtung: Beim Vorliegen dieser Diagnose unbedingt auch die Merkmale aus dem Erfassungshandbuch zum Krankheitsbild „ADHS“ entsprechend berücksichtigen!
F91.-	**Störungen des Sozialverhaltens**
F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
F91.8	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens
F91.9	Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet
F92.-	**Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen**
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F92.9	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet

Tabelle 8: relevante ICD-Diagnosen Störung des Sozialverhaltens (SSV)

3.4 Alter des Patienten

Wie bereits erläutert, wird bei der Aktenannahme überprüft, ob das Geburtsdatum des Patienten (Geburtsjahr 2000 oder jünger) in der Akte mit dem Geburtsdatum auf der Patientenliste übereinstimmt. Da das Alter der Zielgruppe 0 – 18 Jahre beträgt, darf bei Patienten mit Geburtsjahr 2000 nicht der Gesamtbetrachtungszeitraum 2018/2019, sondern nur der Zeitraum bis zum 19. Geburtstag erhoben werden. Alle Informationen, die anschließend aufgezeichnet wurden sind nicht relevant. Dies betrifft sowohl das Hauptkrankheitsbild als auch zusätzliche Krankheitsbilder.

4 Anonymisierung

Nachdem die Akten angenommen wurden, muss die von der Praxis vorgenommene Anonymisierung auf Vollständigkeit überprüft werden. Grundsätzlich sollten die vorgelegten Patientenakten bereits von der Praxis entsprechend anonymisiert sein, d.h. dass personenbezogene bzw. personenidentifizierende Merkmale unkenntlich gemacht wurden. Aufgrund der Menge an Daten / Informationen kann es vorkommen, dass von der Praxis nicht alle entsprechenden Informationen anonymisiert wurden und daher eine „Nachschwärzung“ durch die Studienassistenz erforderlich ist. Es ist daher darauf zu achten (und ggf. nachzubessern), dass folgende Informationen in den vorgelegten Patientenakten und externen Dokumenten unkenntlich gemacht wurden:

- Nachnamen (u.U. auch Unterschriften)
- Adressen
- Telefon-/Fax-Nummern
- E-Mail-Adressen
- Krankenversicherungsnummern
- Namen und vollständige Kontaktdaten von beteiligten Ärzten / Gesundheitspersonal / Ämtern (z.B. Hausärzte, Pädiater, Psychotherapeuten, etc.)
- Praktikums-/Ausbildungs-/Arbeitsstellen (u.U. auch Stellen zur Ableistung von Sozialstunden)
- Schul-/Einrichtungsnamen (auch Wohngruppen; z.B. Astrid-Lindgren-Grundschule, Langgöns – in diesem Fall wäre „Astrid-Lindgren“ und „Langgöns“ zu schwärzen

Oft werden auf Arzt-/Krankenhausberichten die vollständigen Patientennamen nochmals auf jeder Seite in der Kopfzeile wiederholt – auch diese Informationen sind entsprechend zu schwärzen.

5 Datenerhebung

5.1 Einführung

Nachdem die Akten überprüft und anonymisiert wurden, kann die Übertragung der Patientenakten in eine für das Projekt entwickelte Datenbank beginnen. Hierbei sollte **nicht** die gesamte Akte übertragen werden, sondern neben den Grunddaten nur die für das jeweilige Krankheitsbild relevanten Informationen. Diese sind in Form von Merkmalen in den krankheitsspezifischen Handbüchern dargestellt. In diesem Kapitel wird das grundsätzliche Vorgehen bei der Erhebung erläutert.

Hierfür ist ein mehrstufiger Prozess vorgesehen:

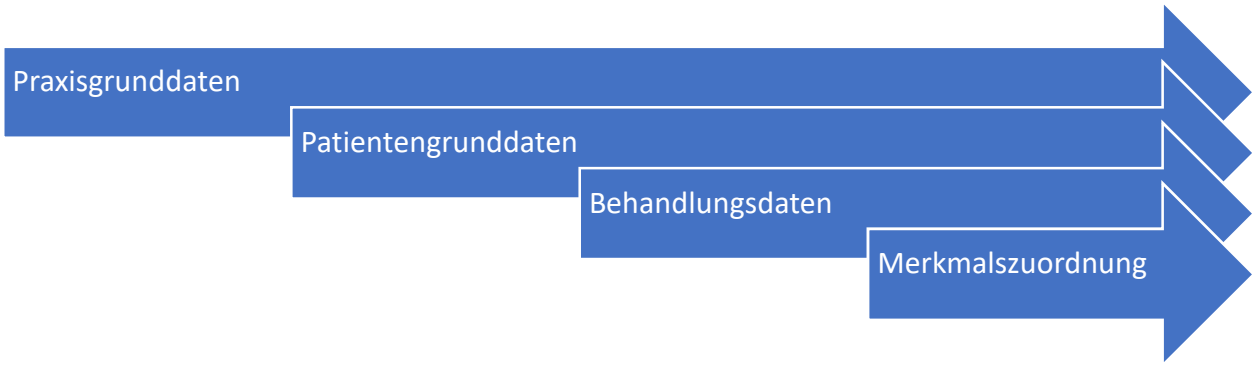


Abbildung 2: Ablauf Datenerhebung

5.1.1 Grunddaten

Zu Beginn der Datenerhebung werden Praxis- und Patientengrunddaten erfasst. Diese Informationen sind für die Auswertungen hochrelevant, daher ist auf Vollständigkeit zu achten. Wenn nicht alle entsprechenden Informationen aus der Akte hervorgehen, muss mit der Praxis Rücksprache gehalten werden.

5.2 Praxisgrunddaten

Neben der fachgruppenspezifischen Auswertung werden ebenfalls Auswertungen pro Praxis durchgeführt. Die Ergebnisse werden im Anschluss der Praxis zur Verfügung gestellt. Hierfür ist es wichtig, die jeweiligen Akten einer Praxis zuordnen zu können. Die Patientengrunddaten werden daher in der Datenbank der jeweiligen Praxis zugeordnet.

Folgende Informationen werden für die Praxisgrunddaten benötigt, die im Rahmen eines Interviews (Siehe Anhang, Checkliste 2) bei den Praxen zu erfragen sind:

- Praxis-ID
- Praxis-Name
- Facharztgruppe
- Anschrift / Kontaktdaten
- Praxisführung
- Führung Patientenakten
- Bereitstellung der Patientenakten
- Grundsätzliche Teilnahme an DMP-Programmen (nur bei HA und PÄD)

- Besteht eine Kooperation mit Psychotherapeuten z.B. in Form einer Praxisgemeinschaft oder angestellten Psychotherapeuten (nur bei KJP)
- Angebot von Patienten-/Elternschulungen durch die Praxis
    - Neurodermitis
    - Asthma bronchiale
    - ADHS
    - SSV
    - Depression

5.3 Patientengrunddaten

Jedem Patienten muss zunächst eine Praxis zugeordnet werden. Anschließend werden folgende Grunddaten festgehalten:

- Patienten-ID
- Geburtsdatum
- Geschlecht
- Teilnahme an DMP-Programmen / am DMP-Programm Asthma bronchiale
- sozioökonomischer Status (Versicherungsstatus: GKV, PKV)
- Geburtsland (optional)
- Krankenkassennamen (optional)

5.4 Behandlungsdaten

Zunächst ist zu beachten, dass für einen Patienten auch mehrere relevante Krankheitsbilder vorliegen können (siehe 5.6, Seite 14). Die Extraktion der für das Krankheitsbild relevanten Behandlungsinformationen aus der Patientenakte muss hierbei auf Ebene des Krankheitsbildes erfolgen. D.h. je Krankheitsbild sind für einen Patienten die relevanten Behandlungsdaten zu erheben, was u.U. bedeutet, dass bestimmte Behandlungsdaten auch doppelt (redundant) in der Datenbank gespeichert werden.

Was für die Erhebung der relevanten Behandlungsdaten gilt, gilt dann dementsprechend auch für die spätere Merkmalszuordnung (siehe 5.5, Seite 11).

5.5 Merkmalszuordnung

Zweck der Datenerhebung ist es, Einträge in den Patientenakten Merkmalen bzw. Kategorien zuzuordnen, damit diese für die spätere Berechnung der Indikatoren genutzt werden können.

Beispiel 1 | ADHS:

„Carina kann sich besser konzentrieren, Lesen, Schreiben gut, habe Freundin in 2. Klasse (27 Kinder)“

- **Carina kann sich besser konzentrieren, Lesen, Schreiben gut, habe Freundin in 2. Klasse (27 Kinder)**
    - Kontrolltermine „Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin“
- Carina kann **sich besser konzentrieren, Lesen, Schreiben gut**, habe Freundin in 2. Klasse (27 Kinder)
    - Kontrolltermine „Besprechung schulischer Fortschritte“
- Carina kann **sich besser konzentrieren**, Lesen, Schreiben gut, habe Freundin in 2. Klasse (27 Kinder)

    - Kontrolltermine „Verlaufskontrolle Symptomatik“
- Carina kann sich besser konzentrieren, Lesen, Schreiben gut, **habe Freundin in 2. Klasse (27 Kinder)**
    - Anamnese „Freizeitverhalten“

Beispiel 2 | ADHS:

„Schule klappe ganz gut; zufrieden mit Medis; KEINE NW; kein Streit, auch zu Hause; KEINE Lust was zu essen, mag Pommes, Schoko-Bons, weniger Fleisch. Einschlafen klappt, 19:30 ins Bett, will nicht so gern in Bett. RM aus Schule: fokussierter, konzentrierter, selbständiger, ruhiger und ausführlicher. Wutausbrüche Zuhause, ganz stark beim Essen abgelenkt.“

- **Schule klappe ganz gut; zufrieden mit Medis; KEINE NW; kein Streit, auch zu Hause; KEINE Lust was zu essen, mag Pommes, Schoko-Bons, weniger Fleisch. Einschlafen klappt, 19:30 ins Bett, will nicht so gern in Bett. RM aus Schule: fokussierter, konzentrierter, selbständiger, ruhiger und ausführlicher. Wutausbrüche Zuhause, ganz stark beim Essen abgelenkt.**
    - Kontrolltermine „Kontroll- bzw. Wiedervorstellungstermin“
- **Schule klappe ganz gut**; zufrieden mit Medis; KEINE NW; kein Streit, auch zu Hause; KEINE Lust was zu essen, mag Pommes, Schoko-Bons, weniger Fleisch. Einschlafen klappt, 19:30 ins Bett, will nicht so gern in Bett. RM aus Schule: fokussierter, konzentrierter, selbständiger, ruhiger und ausführlicher. Wutausbrüche Zuhause, ganz stark beim Essen abgelenkt.
    - Kontrolltermine „Besprechung schulischer Fortschritte“
- Schule klappe ganz gut; **zufrieden mit Medis; KEINE NW**; kein Streit, auch zu Hause; KEINE Lust was zu essen, mag Pommes, Schoko-Bons, weniger Fleisch. Einschlafen klappt, 19:30 ins Bett, will nicht so gern in Bett. RM aus Schule: fokussierter, konzentrierter, selbständiger, ruhiger und ausführlicher. Wutausbrüche Zuhause, ganz stark beim Essen abgelenkt.
    - Kontrolltermine „Besprechung der Medikation“
- Schule klappe ganz gut; zufrieden mit Medis; KEINE NW; **kein Streit, auch zu Hause; KEINE Lust was zu essen, mag Pommes, Schoko-Bons, weniger Fleisch. Einschlafen klappt, 19:30 ins Bett, will nicht so gern in Bett. RM aus Schule: fokussierter, konzentrierter, selbständiger, ruhiger und ausführlicher. Wutausbrüche Zuhause, ganz stark beim Essen abgelenkt.**
    - Kontrolltermine „Verlaufskontrolle Symptomatik“

Eindeutige Einträge (wie z.B. Medikamentenverordnungen, Diagnosen, Konsultationen, etc.) werden dann durch Voreinstellungen der Datenbank in einem halbautomatischen Verfahren den entsprechenden Merkmalen zugeordnet.

Sämtliche unklaren Einträge sind dann im Projektteam entsprechend dem „Stufenplan“ (siehe Abbildung 3) mit Merkmalen zu versehen. Auch eine Erweiterung der Synonyme kann nur in Absprache mit dem Projektteam erfolgen.

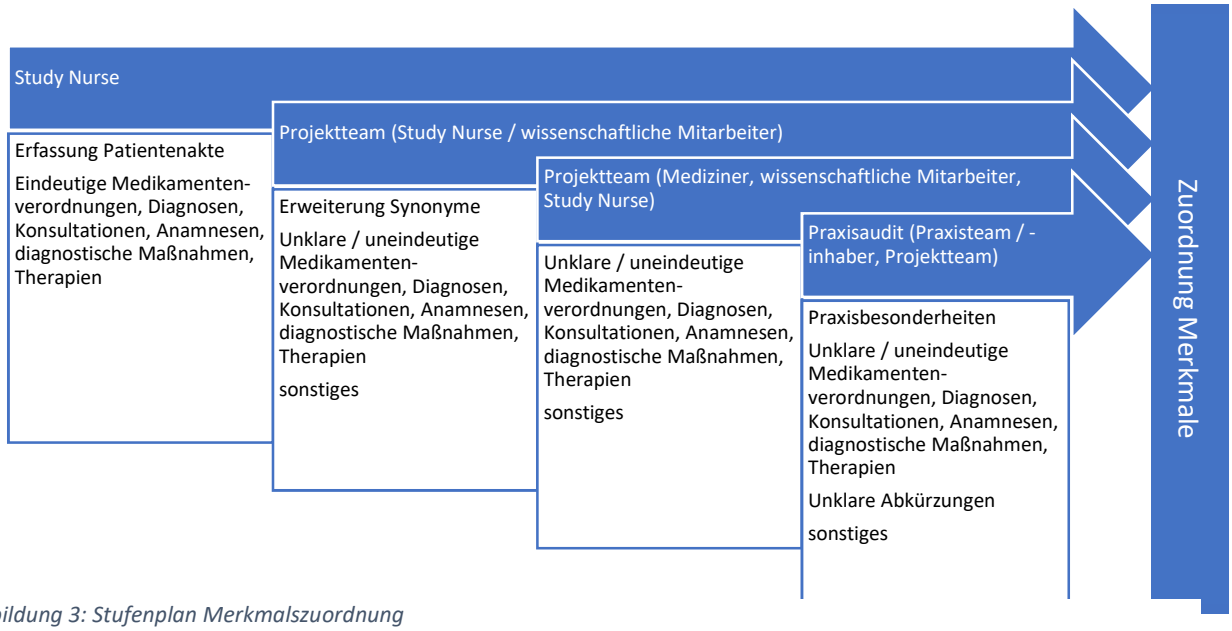


Abbildung 3: Stufenplan Merkmalszuordnung

Grundsätzlich wird nur das erhoben, was sich auch in der Patientenakte (bzw. den zugehörigen externen Dokumenten) wiederfindet und dokumentiert ist! Nicht vorhandene Einträge dürfen nicht interpretiert werden. Wenn beispielsweise keine Angaben zum Gesundheitszustand gemacht werden, darf nicht das Merkmal „guter Allgemeinzustand“ zugeordnet werden. Eine Beurteilung bzw. Untersuchung hierzu hat demnach nicht stattgefunden (auch dann nicht, wenn die Praxis im Vorgespräch erläutert hat, dass lediglich ein vom „guten Allgemeinzustand“ abweichender Zustand dokumentiert wird).

Bei mehreren Merkmalszuordnungen je Patientenakteneintrag (siehe 5.5.1, Seite 13) und bei nicht eindeutig nachvollziehbaren Merkmalszuordnungen sollte eine entsprechende Begründung für die Entscheidung in der Datenbank mit angegeben werden. Dies dient in erster Linie dazu, um spätere Recherchen einfacher bzw. etwaige Abweichungen im Rahmen des Vier-Augen-Prinzips (siehe 6, Seite 20) nachvollziehbarer zu gestalten, aber auch einer möglichen Anpassung der Erfassungshandbücher.

Letztendlich liegt es im Ermessen des Erfassers, hier einen Mittelweg zwischen Erfassungsaufwand, nachvollziehbarer Merkmalszuordnung und möglichen Lerneffekten zu finden.

5.5.1 Mehrere Merkmalszuordnungen je Patientenakteneintrag

Es besteht in der Datenbank grundsätzlich die Möglichkeit, einem Patientenakteneintrag auf mehrere (zutreffende) Merkmale zuzuordnen. Sofern nur ein Teil des Patientenakteneintrags auf ein Merkmal zutreffend ist, ist dieser Teil im entsprechenden Notizfeld des zugehörigen Merkmals einzufügen, damit bei einer späteren Überprüfung **(siehe 6 „Vier-Augen-Prinzip“, Seite 20)** die durchgeführte Merkmalszuordnung nachvollzogen werden kann.

Es ist stets zu prüfen, ob die betreffenden mehrfachen Merkmalszuordnungen tatsächlich zutreffend sind. Ebenfalls ist darauf zu achten, dass je Patientenakteneintrag das betreffende Merkmal auch nur einmal zugeordnet wird. Eine entsprechende Plausibilitätsprüfung in der Datenbank unterstützt hierbei den Anwender.

Beispiele:

Patientenakteneintrag	Merkmalszuordnung
Erstgespräch in Begleitung mit Schwester und Onkel. Familienanamnese, biografische Anamnese (Flucht aus Syrien)	1) Familienanamnese 2) biografische Anamnese
seit 2 Jahren in Deutschland, aktuell 2. Klasse. Leistungen gut, Sozialverhalten sehr schwierig. Er prügelt sich mit anderen Kindern, sei provokant, halte sich nicht an Regeln und lasse sich schlecht regulieren. Die Lehrer sind überfordert mit ihm und schicken alle paar Tage Briefe. Schule hat auf eine Vorstellung in der Praxis gedrängt, wenn demnächst keine Besserung eintreffe, dann bekomme er einen Schulverweis. Zu Hause sei es auch schon immer schwierig gewesen. Er sei motorisch sehr unruhig und raste regelmäßig aus. Nachts könne er schlecht alleine schlafen und berichte von Albträumen.	1) Fremdanamnese Familie 2) aufsässig 3) aggressiv 4) dissozial 5) Entwicklung in Schule
- V. stehe gerne im Mittelpunkt - schon in Grundschule auffällig - sehr aufbrausend und stur - könne nicht ruhig sitzen, in der Schule und zu Hause - habe mehrfach in der Woche von der Schule abgeholt werden müssen; höre nicht auf Lehrer	1) aufsässiges Verhalten 2) häufige und schwere Wutausbrüche (aufbrausend) 3) Ablehnung und Zurückweisung von Wünschen und Vorschriften Erwachsener (stur; höre nicht auf Lehrer) 4) Stehlen von Wertgegenständen (Handy entwendet)

5.6 Mehrere Krankheitsbilder in einer Akte

Sollten in einer Patientenakte neben dem Krankheitsbild, für das die Akte ausgewählt wurde, weitere der sieben relevanten Krankheitsbilder auftreten, sind die entsprechenden Daten der Behandlung ebenfalls zu erfassen (beispielsweise das Auftreten und die Behandlung einer Otitis media bei einem Asthmapatienten). Diese Einträge werden in der Datenbank separat festgehalten und gekennzeichnet, so das ersichtlich wird, dass es sich hierbei um einen „zusätzlichen“ Fall handelt (1 Fall Asthma + 1 zusätzlicher Fall Otitis media). Es handelt sich dabei nur um zusätzliche Fälle, wenn die Akte nicht für das jeweilige Krankheitsbild ausgewählt wurde. Eine Akte, die mehrere Krankheitsbilder enthält, kann über die Patientenlisten der Praxen auch für mehrere Krankheitsbilder ausgewählt worden sein. Daher kann es mehrere Krankheitsbilder pro Akte geben, bei welchen alle das „Hauptkrankheitsbild“ und keines davon das „zusätzliche Krankheitsbild“ darstellen.

Es werden somit aus allen 1.400 Akten alle Behandlungen erfasst, die die sieben relevanten Krankheitsbilder betreffen.

Bei mehreren Krankheitsbildern ist folgendes separat zu erfassen:

- Patient nochmal erfassen (doppelt)
- „Hauptkrankheitsbild“ als solches markieren
- „zusätzliche Krankheitsbilder“ entsprechend als solche markieren
- Teilnahme DMP Asthma

5.7 Datenquellen

Die gesamte Patientenakte ist auf das Auftreten von krankheitsrelevanten Merkmalen zu überprüfen. Diese kann neben Aufzeichnungen aus der eigenen Praxis auch Dokumente von externen Leistungserbringern enthalten, welche ebenfalls zu sichten sind.

5.7.1 Dokumentationen der Praxis

Die Dokumentationen der Ärzte der jeweiligen Praxis stellen den Schwerpunkt der Analyse und Auswertungen dar. Diese enthalten in der Regel Aufzeichnungen zu Anamnesen, Diagnosen, Befunden, Untersuchungsergebnissen, Therapiemaßnahmen sowie sonstigen Notizen zum Behandlungsverlauf. Während bei elektronischen Akten die Informationen über entsprechende Kategorien dokumentiert werden, ist das bei Papierakten häufig nicht der Fall.

5.7.2 Dokumente Dritter

Da medizinische Leistungen, die im Zeitraum 2018/2019 von externen Leitungserbringern durchgeführt wurden, ebenfalls zur Erfüllung von QI beitragen können, müssen externe Dokumente auch auf relevante Merkmale gesichtet und diese ggf. erfasst werden. Bei der Übertragung der Informationen in die Datenbank ist darauf zu achten, dass diese entsprechend ihrer **Quelle** gekennzeichnet werden. Für die anschließende Auswertung muss klar erkennbar sein, welche Leistungen in der jeweiligen Praxis durchgeführt wurden und welche außerhalb dieser erfolgten. Dokumente von folgenden Leistungserbringern können beispielsweise interessant sein:

- Hausärzte
- Pädiater
- Kinder- und Jugendpsychiater
- Fachärzte
- Kliniken (Krankenhäuser, Spezialkliniken, Reha-Kliniken)
- Ergotherapeuten

Bei manchen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Praxen gehören auch Psychotherapeuten zum Praxisteam. Üblicherweise sollten deren Therapienotizen in eigenen Patientenakten notiert werden. Es besteht aber auch die Möglichkeit, dass sich deren Therapienotizen in der normalen Patientenakte wiederfinden.

Grundsätzlich werden Therapienotizen von Psychotherapien nicht für die Merkmalserhebung benötigt und sind daher auch nicht zu erfassen.

5.7.3 Arztbriefe

Für die Studie sind ebenfalls Arztbriefe (Transferdokumente für die Kommunikation zwischen Ärzten) zwischen der behandelnden Praxis und externen Leistungserbringern (Vgl. 3.3.2) relevant. Je nach Leistungserbringer (bspw. ambulant oder stationär) weisen Arztbriefe unterschiedliche Informationen und Umfänge auf. Im Allgemeinen sind folgende Informationen enthalten:

- Persönlichen Angaben zum Patienten (Vor- und Familienname, Geburtsdatum sowie die Wohnanschrift)
- Diagnostische Vorgehensweise
- Diagnose und Befunde (mit ICD-10 Schlüssel)

- Veranlasste Therapie
- Rückblick über Krankheitsverlauf
- Empfehlung zur Fortführung der Therapie

5.7.4 Diagnostische Berichte

Diagnostische Untersuchungen können entweder von der Praxis selbst (ggf. in Zusammenarbeit mit externen Laboren) oder von externen Leistungserbringern durchgeführt und ausgewertet werden. Daher ist sowohl in den Aufzeichnungen des jeweiligen Arztes als auch in Dokumenten weiterer Leistungserbringer auf durchgeführte Diagnostik zu achten.

Zu den diagnostischen Berichten zählen u.a.

- Laborbefunde (Blut / Urin)
- EKG
- Lungenfunktionsprüfung / Spirometrie
- Allergiediagnostik (z.B. IgE- oder Prick-Hauttest)
- FeNO-Messung (Stickstoffmonoxid-Konzentration in der Ausatemluft)
- Audiometrie / Hörtest
- Intelligenztests

5.7.5 Einwilligungserklärungen

Bei psychiatrischen Erkrankungen müssen die Eltern/ Sorgeberechtigten vor dem Beginn einer medikamentösen Behandlung eine Einwilligungserklärung unterschreiben. Dabei handelt sich um ein bereits vorgefertigtes Formular, das Informationen über die Behandlung und mögliche Nebenwirkungen enthält. Solche Einwilligungserklärungen müssen immer miterfasst werden.

5.8 Dokumentation der relevanten Informationen

5.8.1 Allgemein

Grundsätzlich sind zunächst sämtliche Informationen aus der Patientenakte relevant, die mit dem zu erfassenden Krankheitsbild zusammenhängen, unabhängig davon, ob es sich hierbei um Aufzeichnungen des Arztes / der Praxis oder um Dokumente Dritter handelt. In den krankheitsspezifischen Handbüchern sind Übersichten der relevanten Merkmale dargestellt. Informationen aus der Patientenakte, die nicht in einem der Erfassungshandbücher aufgeführt sind, sind entsprechend nicht zu erheben. Dieses trifft insbesondere auf Informationen / Behandlungen / Diagnostik für Krankheitsbilder zu, für die keine Datenerhebung erfolgt (z.B. Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts oder Frakturen).

Vorsicht ist u.a. bei möglichen Medikamentennebenwirkungen geboten. Diese können sich auf Körperregionen auswirken, die normalerweise nicht für das betreffende Krankheitsbild relevant sind. Z.B. sind Magen-Darm-Probleme mögliche Nebenwirkung von Salbutamol, die üblicherweise keine Symptome des Krankheitsbildes „Asthma bronchiale“ sind.

Darüber hinaus können Medikamentennebenwirkungen die gleichen bzw. ähnliche Symptome verursachen, wie sie auch bei dem betreffenden Krankheitsbild auftreten können (z.B. bei Depression). In diesem Fall ist zu überprüfen ob die entsprechenden Symptome erst vor oder nach der Rezeptierung aufgetreten sind. Im Zweifelsfall ist im Projekt- bzw. Expertenteam zu entscheiden, auf welches Merkmal (Krankheitssymptom vs. mögliche Medikamentennebenwirkung) sich das betreffende Symptom bezieht.

Falls während der Aktenanalyse Unklarheiten hinsichtlich der Relevanz vorliegender Informationen bestehen, sollten diese im Zweifelsfall immer erfasst werden. **Daher gilt: besser zu viel erfassen, als zu wenig.** Auftretende Unklarheiten sind zu notieren und in regelmäßig stattfindenden Projektsitzungen zu besprechen.

5.8.1.1 Symptome

Sämtliche Beschreibungen von Symptomen müssen im (im Rahmen der Diagnostik) vollständig in die Datenbank aufgenommen werden. Vor allem für die Erfüllung der ICD-10 Kriterien sind detailreiche Informationen wichtig.

5.8.1.2 Anamnese

Die Anamnese besteht hauptsächlich aus der Beschreibung der Symptomatik. Es werden alle entsprechenden Informationen, die mit dem relevanten Krankheitsbild in Verbindung stehen, aufgenommen.

Die Anamnese der psychiatrischen Krankheitsbilder ist deutlich umfangreicher. Hierbei ist es wichtig, zu erkennen, welche **Form der Anamnese** (z.B. Familienanamnese, Meilensteine der Entwicklung, Vgl. Merkmale in den Handbüchern) durchgeführt wurde. Da sich die Merkmalszuordnung (Ausnahmen werden in den Handbüchern aufgeführt) zumeist lediglich nach der Durchführung und nicht nach den genauen Inhalten der Anamnese richtet, ist die Übertragung von Auszügen aus entsprechenden Anamnesen in die Datenbank ausreichend. So ist beispielsweise der Ausschnitt „Sauber mit 3 Jahren, erste Schritte mit 9 Monaten (..)“ für das Merkmal Meilensteine der Entwicklung genügend.

Sobald die Form der Anamnese klar erkenntlich ist, müssen nicht alle diesbezüglichen Informationen aufgenommen werden. Welche Mindestanforderungen an die einzelne Form der Anamnese gestellt werden, ist in der entsprechenden Merkmalserläuterung angegeben.

5.8.1.3 Tests

Ein Bestandteil der Diagnostik der psychiatrischen Krankheitsbilder ist die Durchführung von standardisierten Tests/ Fragebögen. Diese können entweder zu Beginn oder im Laufe der Behandlung zur Verlaufskontrolle eingesetzt werden. Fragebögen zur Lebensqualität können ebenfalls bei den somatischen Erkrankungen Asthma und Neurodermitis eingesetzt werden.

Bei diagnostischen Tests/ Fragebögen ist es ausreichend, den Namen des Erhebungsinstrumentes und das Datum zu notieren. Die Ergebnisse sind nicht relevant.

5.8.1.4 Körperliche Untersuchungen

Im Normalfall ist es ausreichend zu notieren, dass eine bestimmte körperliche Untersuchung durchgeführt wurde und welches **zusammenfassende Ergebnis** daraus hervorgeht („ohne Befund“, „ohne pathologischen Befund“, etc.). In den Fällen, bei denen auch Werte einer Messung (z.B. Körpergewicht, FEV-Wert, etc.) benötigt werden, ist dieses entsprechend bei dem zu erhebenden Merkmal in den Handbüchern vermerkt.

5.8.1.5 Untersuchung auf Komorbiditäten

Für die Untersuchung auf Komorbiditäten ist der **Psychopathologische Befund (PPB)** sehr relevant. Sobald dieser in einer Akte aufzufinden ist (und nicht nur einzelne kurze Stichpunkte enthält), ist ein entsprechender Vermerk und das mögliche Auftreten komorbider Störungen in der Datenbank ausreichend. Es muss nicht der gesamte Inhalt des PPBs übertragen werden.

5.8.2 Therapie

5.8.2.1 Medikamente

Sämtliche Informationen zu Medikamentenverordnungen sind zu erheben / zu erfassen. Hierzu zählen:

- das Datum der Verordnung / Rezeptierung
- Handelsname inkl. Wirkstoffdosierung
- Packungsgröße
- Dosierungsangaben zur Einnahme
- Wirkstoffdosis

In erster Linie sind die Medikamente relevant, die als Merkmal in dem entsprechenden Handbuch vermerkt sind. Sollten in der Patientenakte enthaltene Medikamente unbekannt sein, sind diese zur Sicherheit ebenfalls zu erfassen. Insbesondere muss darauf geachtet werden, ob sich während des Erhebungszeitraums die Dosis / Wirkstoffdosierung, die Packungsgröße oder der Wirkstoff selbst ändert. Sollten Gründe für eine solche Änderung angegeben sein, so sind diese im Bemerkungsfeld entsprechend mit zu erfassen.

Ergänzend sind bei Medikamenten – je nach Krankheitsbild - noch weitere Merkmale relevant. So werden z.B. bei psychiatrischen Krankheitsbildern Einwilligungserklärungen benötigt, um minderjährigen Patienten:Innen entsprechende Psychopharmaka verordnen zu können (vgl. 5.7.5, Seite 16). Bei dem Krankheitsbild Asthma bronchiale wiederum werden im Rahmen einer Anamnese vom Patienten die Häufigkeit der eingenommenen Bedarfsmedikation für einen bestimmten Zeitraum abgefragt.

> **Es ist dabei zu berücksichtigen, dass die jeweiligen Merkmale in den krankheitsspezfischen Handbüchern nicht zwingend unter der Kategorie „Medikamentöse Behandlung“ zu suchen sind, sondern beispielsweise unter „Anamnese“ (im Fall der Häufigkeit der eingenommenen Bedarfsmedikation bei Asthma) oder unter „Informations-/Beratungsgespräche“ (im Fall der Einverständniserklärung zur Verordnung und Einnahme von Psychopharmaka bei psychiatrischen Krankheitsbildern).**

5.8.2.2 Nicht-medikamentöse Therapie

Zu den nicht-medikamentösen Therapien zählen hauptsächlich Patientenschulungen, Informations- und Beratungsgespräche sowie unterschiedliche Psychotherapieformen. Hierbei ist nur relevant, welches **Verfahren** bzw. welche **Form der Unterstützung** angewandt wird, wie z.B. Elterntraining oder Psychotherapie.

> **Es gilt sowohl Empfehlungen, konkrete Angebote, Informationen sowie Überweisungen für entsprechende Maßnahmen sowie auch deren Durchführung zu dokumentieren und mit einem Hinweis der Ausprägung zu versehen (z.B. Psychotherapie – Empfehlung; Psychotherapie – Überweisung)**

5.8.2.3 Homöopathie

Sollten im Rahmen der Therapie homöopathische Behandlungsformen (z.B. Globuli, Schüßlersalze, Bach-Blüten, u.ä.) zum Einsatz kommen, sind diese zunächst mit dem **Erhebungsmerkmal** „Homöopathische Arzneimittel“ zu klassifizieren.

Als **Behandlungslegende** sollte dennoch „medikamentöse Behandlung“ (bzw. „nicht-medikamentöse Behandlung“) angegeben werden.

5.8.3 Konsultationen

5.8.3.1 Ersttermine

Zu den Erstterminen zählen alle Termine zur Diagnosestellung des relevanten Krankheitsbildes. Je nach Krankheitsbild und diagnostischen Maßnahmen, kann es sich dabei um mehr als einen Termin handeln (z.B. Erstvorstellung mit anamnestischen Befragungen und zweiter Termin für psychologische Tests bei ADHS).

5.8.3.2 Kontroll- bzw. Folgetermine

Als Kontrolltermine gelten alle Praxisbesuche, die nach der Diagnosestellung stattfinden. Dies gilt unabhängig davon, ob eine Therapie eingeleitet wurde oder nicht. Bei Kontrolluntersuchungen ist vor allem auf die Beschreibung der derzeitigen **Symptomatik** (z.B. Befund der Haut bei Neurodermitis, Erläuterungen des Patienten/ der Eltern über ADHS-Symptome) sowie **Verbesserungen/ Verschlechterungen** und die **Kontrolle von Nebenwirkungen** zu achten. Hierbei sind alle entsprechenden Informationen vollständig in die Datenbank zu übernehmen.

> **Die ausschließliche Rezeptierung von Medikamenten zählt nicht als Kontroll- bzw. Folgetermin. Hierzu zählt auch das ausschließliche Abholen der Medikamentenverordnung (Medikamentenrezept) in der Arztpraxis.**

5.8.3.2.1 Mögliche Nebenwirkungen medikamentöser Behandlung

Es ist zu beachten, dass etwaige Medikamentennebenwirkungen auch den Symptomen des entsprechenden Krankheitsbildes entsprechen können.

Anhaltspunkt, dass es sich nicht um eine Nebenwirkung handeln dürfte, ist beispielsweise die Tatsache, dass zum Auftreten der Symptome noch gar keine medikamentöse Verordnung erfolgt ist.

Dass es sich um eine medikamentöse Nebenwirkung handeln könnte, ist bspw. die Diagnose Y57.-! (in diesem Fall kann, muss aber nicht, noch das entsprechende Symptom als ICD-10 zusätzlich vorhanden sein).

5.8.4 Überweisungen

Überweisungen sind immer zu dokumentieren. Dabei muss festgehalten werden, wohin überwiesen wird (z.B. Lungenfacharzt, Kinder- und Jugendpsychiater) und welche Maßnahme damit verbunden ist (z.B. fachliche Untersuchung, Psychotherapie).

6 Vier-Augen-Prinzip / Plausibilitätskontrolle

Zur Qualitätssicherung, -kontrolle und Fehlervermeidung werden 10 Prozent der erfassten Akten per Zufallsauswahl gezogen und von einer zweiten Person erneut erfasst. Sollte sich bei der späteren Fehleranalyse (vgl. **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**, Seite **Fehler! Textmarke nicht definiert.**) herausstellen, dass ein grundsätzliches Problem (z.B. Verständnisproblem, Operationalisierungs- bzw. konzeptionelle Fehler) vorliegt, kann auch eine 100%ige Zweiterfassung in Erwägung gezogen werden.

6.1 Ablauf Zweiterfassung

Nachdem eine Patientenakte vollständig in der Datenbank erfasst und die Patientenakteneinträge jeweils einem bzw. mehreren Merkmalen vollständig zugeordnet wurden (siehe 5.5, Seite 11), ist für die entsprechende Patientenakte der Status auf „Ersterfassung abgeschlossen“ zu setzen.

Sobald für eine Praxis sämtliche ausgewählten Patientenakten mit dem Status „Ersterfassung abgeschlossen“ versehen wurden, werden hieraus 10 Prozent der Akten zufällig ausgewählt und mit dem Status „Zweiterfassung offen“ versehen.

Von einer zweiten Person sind nun die mit dem Status „Zweiterfassung offen“ versehenen Patientenakten erneut so zu erfassen, als ob es sich um eine Ersterfassung handeln würde. Nach vollständiger Erfassung (s.o.) ist die Patientenakte mit dem Status „Zweiterfassung abgeschlossen“ zu versehen.

Ab diesem Zeitpunkt kann durch eine Funktion in der Datenbank ausgewertet und dargestellt werden, an welchen Stellen es zu Abweichungen zwischen Erst- und Zweiterfassung gekommen ist. Auf dieser Basis sind die Abweichungen dann im Vier-Augenprinzip von Erst- und Zweiterfasser zu sichten und zu bewerten (siehe **Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**, Seite **Fehler! Textmarke nicht definiert.**). Bei etwaigen Unstimmigkeiten bzw. Unklarheiten ist dieses gemeinsam im Projektteam zu klären.

Zum Beginn hin dürfte es sicherlich zielführend sein, diese Sichtung und Bewertung gemeinsam im Projektteam durchzuführen.

7 Weiteres Vorgehen

7.1 Bei Unklarheiten

Unklarheiten können zum einen hinsichtlich der **Relevanz** von Informationen der Patientenakte auftreten. Wie bereits erläutert, gilt es im Zweifelsfall mehr zu erheben als zu wenig. Daher sollten Informationen, die relevant erscheinen, aber zunächst keinem aufgelisteten Merkmal zugeordnet werden können, dennoch erfasst werden. Zum anderen können **fachliche Fragen** sowie Schwierigkeiten aufgrund einer **schlechten Lesbarkeit** von handschriftlichen Aufzeichnungen in Papierakten auftreten. Entsprechende Fälle müssen markiert und im Projektteam besprochen werden. Es werden regelmäßige Sitzungen stattfinden, in denen diese Unklarheiten besprochen werden (siehe Abbildung 3, Seite 13). Falls weiterhin Fragen offenbleiben, werden diese in einer Supervision mit Medizinern besprochen. Besteht nach der Supervision noch immer Dissens, muss mit der jeweiligen Praxis Rücksprache gehalten werden. Dieses Vorgehen sollte als letzte Option in Betracht gezogen werden und nur in Ausnahmefällen stattfinden. Für jede Ebene der Besprechung gilt es, die Fragen zunächst zu sammeln und bei den entsprechenden Treffen systematisch abzuarbeiten.

8 Anhang

8.1 Checklisten

8.1.1 Checkliste 1 – Telefongespräch mit den Praxen

- **Einleitung**

Guten Tag, Klaus Montermann mein Name, ich bin von der Philipps-Universität in Marburg und möchte gerne Frau Dr. XY sprechen, bin ich da richtig? Es geht um die QualiPäd-Studie.

- Klärung Zeit

Ich möchte gerne mit Ihnen über die folgenden drei Punkte sprechen:

- Erstellung von Patientenlisten
- Datenerhebung
- Vereinbarung von Terminen

Haben Sie hierfür einen Moment Zeit für mich?

nein:

Wann darf ich Sie hierzu erneut kontaktieren?

---

ja: weiter mit 1.2

- Klärung Aktualität Kontaktperson

Sie haben uns am XXXX zurückgemeldet, dass Sie an der QualiPäd-Studie teilnehmen möchten und hierbei wurde uns auch Ihr Name als Ansprechpartner/in genannt.

Ist das noch aktuell?

ja: weiter mit 2

nein:

An wen darf ich mich zukünftig zu diesem Thema wenden?

Evtl. alternative Kontaktadressen:

Ist Frau / Herr XXXX momentan zu sprechen?

nein:

Wann ist Frau / Herr XXXX am besten zu erreichen bzw. wann darf ich es nochmal probieren?

---

ja: Verbinden lassen, erneut Begrüßen dann weiter mit 2

- **Vertragssituation**

- Vertragssituation

Zur Teilnahme an der Studie ist der Abschluss einer Kooperationsvereinbarung zwischen Ihnen und dem Universitätsklinikum Ulm notwendig.

1. Nach meinen Informationen haben Sie von den Kollegen aus Ulm bereits diese Kooperationsvereinbarung zugeschickt bekommen.

   Haben Sie diese bereits unterschrieben und zurückgesandt?

2. Leider habe ich noch keine Information von den Kollegen aus Ulm erhalten, ob Ihnen diese Kooperationsvereinbarung bereits zugeschickt wurde.

Haben Sie diese bereits erhalten?

Wenn ja:

Haben Sie diese bereits unterschrieben und zurückgesandt?

Wenn Antwort, dass Kooperationsvereinbarung noch nicht vorliegt:

Das tut mir leid. Ich werde mit den Kollegen aus Ulm nochmals dazu sprechen und Sie anschließend zurückrufen.

Wann kann ich Sie am besten erreichen?

Wenn Antwort, noch nicht unterschrieben:

Werden Sie die Kooperationsvereinbarung noch unterschreiben, bis wann, Gründe hinterfragen, Animieren zum Zurücksenden, ggf. Gespräch bis zur Unterschrift zurückstellen bzw. weiter mit 2.2?

Wenn Antwort, bereits unterschrieben und zurückgesendet: Weiter mit 2.2

- Klärung zum Informationsschreiben

Sie erhalten nach unserem Gespräch ein Informationsschreiben, in dem nochmals alle wesentlichen Informationen dieses Gesprächs enthalten sind.

Auf welchem Weg darf ich Ihnen das Informationsschreiben zur Verfügung stellen (E-Mail, Post, Fax)?

- Fragen?

Haben Sie bis hier Fragen?

Bei Fragen zum Projekt, oder Projektvorstellung, vgl. Anhang

• Patientenliste

In einem ersten Schritt benötigen wir zunächst von Ihnen eine anonymisierte Liste je Krankheitsbild mit den Patient:innen, die den Selektionskriterien entsprechen. Diese Selektionskriterien werden wir

Ihnen detailliert im Informationsschreiben mitteilen. Sollten Sie sich hieraus noch Fragen ergeben, können Sie mich gerne kontaktieren.

Diese Liste sollte mindestens eine Patienten-Nr. enthalten, anhand derer Sie den Patienten hinterher noch identifizieren können. Darüber hinaus benötigen wir in dieser Liste noch das Geburtsdatum, das Geschlecht und ob der Patient gesetzlich oder privat krankenversichert ist.

○ Patientenauswahl

Anhand dieser Listen würden wir dann in einem Zufallsverfahren die Patient:innen auswählen, deren Daten wir gerne erheben würden. Diese so ausgewählten Patient:innen teilen wir Ihnen spätestens zwei Wochen vor der geplanten Datenerhebung mit.

Auf welchem Weg möchten Sie die Patientenliste und die ausgewählten Patient:Innen mit uns austauschen?

Post ☐
E-Mail ☐
Fax ☐

Haben Sie bis hier Fragen?

• Datenerhebung

Sie haben uns bereits mitgeteilt, dass Sie die Patientenakten *elektronisch / in Papierform* führen.

In Abhängigkeit der Rückmeldung zur Aktenführung:

- Elektronische Aktenführung

Fall 1: Elektronische Aktenführung:

Wurden bei Ihnen auch schon in 2018/2019 die Patientenakten *elektronisch* geführt?

Wenn nein, dann weiter zu 3.3.2.

Um Sie möglichst wenig bei Ihrem regulären Praxisbetrieb zu behindern, wäre es sehr hilfreich, wenn Sie uns die ausgewählten Patientenakten vorab ausdrucken könnten. In diesem Fall würden wir lediglich zur Abholung der Akten sowie zu einem Vorgespräch zu zweit bei Ihnen vorbeikommen.

Wäre das für Sie möglich? Ja/Nein

Wenn ja:

Prima! Dann würde ich Sie nur noch darum bitten, die personenbezogenen Daten (vollständiger Name, Name der Eltern, Wohnanschrift, etc.) zu anonymisieren (z.B. durch schwärzen). Selbstverständlich können wir Sie hierbei auch gerne unterstützen.

Wenn nein:

Das akzeptieren wir selbstverständlich. In diesem Fall sollten wir gleich mehrere Termine vereinbaren, an denen wir bei Ihnen in der Praxis die von uns benötigten Daten direkt aus Ihrem Praxissystem

in unsere Datenbank übertragen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass wir hierzu ca. 10 ganztägige Termine benötigen.

Reaktion????

Bemerkung:

- Papierakten

Fall 2: Akten liegen in Papierform vor

Aus meiner Sicht bestehen zwei Möglichkeiten, wie Sie uns die Patientenakten zur Verfügung stellen können:

1. wir Scannen bei Ihnen in der Praxis mit unserem Scanner die entsprechenden Patientenakten ein und würden auch die Anonymisierung vornehmen, oder
2. Sie kopieren uns die entsprechenden Akten; bei der Anonymisierung können wir gerne unterstützen. Wir würden in diesem Fall lediglich zur Abholung der Kopien bei Ihnen vorbeikommen.

Welche dieser beiden Möglichkeiten würden Sie bevorzugen?

Bemerkung:

Wenn Reaktion, dass keine kopierten / eingescannten Akten die Praxis verlassen dürfen:

Das akzeptieren wir selbstverständlich. In diesem Fall sollten wir gleich mehrere Termine vereinbaren, an denen wir bei Ihnen in der Praxis die von uns benötigten Daten direkt aus Ihrem Praxissystem in unsere Datenbank übertragen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass wir hierzu ca. 10 ganztägige Termine benötigen.

Bemerkung:

- Mischform Papierakten / elektronische Akten

Fall 3: Akten liegen teilweise in Papierform vor

Um Sie möglichst wenig bei Ihrem regulären Praxisbetrieb zu behindern, wäre es sehr hilfreich, wenn Sie uns die ausgewählten Patientenakten vorab kopieren bzw. ausdrucken könnten. In diesem Fall würden wir zu zweit lediglich zur Abholung der Akten sowie zu einem Vorgespräch bei Ihnen vorbeikommen.

Wäre das für Sie möglich? Ja/Nein

Wenn ja:

Prima! Dann würde ich Sie nur noch darum bitten, die personenbezogenen Daten (vollständiger Name, Name der Eltern, Wohnanschrift, etc.) zu anonymisieren (z.B. durch schwärzen).

Wenn nein:

In diesem Fall können wir gerne auch die papierhaften Patientenakten bei Ihnen einscannen (wir bräuchten ca. einen Tag dazu). Wir bräuchten hierzu lediglich einen ausreichend großen Arbeitsplatz mit Stromanschluss. Könnten Sie vorab die personenbezogenen Daten z.B. durch Überkleben unkenntlich machen?

Wenn Reaktion, dass keine ausgedruckten / kopierten / eingescannten Akten die Praxis verlassen dürfen:

Das akzeptieren wir selbstverständlich. In diesem Fall sollten wir gleich mehrere Termine vereinbaren, an denen wir bei Ihnen in der Praxis die von uns benötigten Daten direkt aus Ihrem Praxissystem in unsere Datenbank übertragen. Die Erfahrung hat gezeigt, dass wir hierzu ca. 10 ganztägige Termine benötigen.

Bemerkung:

- Informationsgespräch

Schön, dass wir das geklärt haben. In jedem Fall würden wir mit Ihnen ein Gespräch führen, in dem es in erster Linie darum geht, mehr über den Aufbau Ihrer Patientenakten und Besonderheiten in Ihrer Aktenführung, wie z.B. benutzte Abkürzungen oder Begriffe zu erfahren. Hierfür sollten wir uns ca. eine Stunde Zeit nehmen.

• Terminvereinbarung

Zum Schluss würde ich gerne noch mit Ihnen ein paar Termine festlegen.

- Termin Bereitstellung Patientenliste

Zunächst die Frage, bis wann Sie uns die vorhin angesprochene Liste mit den Patienten zur Verfügung stellen können?

XXXXX

- Termin Vorgespräch, Beginn Datenerhebung

Sehr schön, auf dieser Basis können wir dann schauen, wann wir bei Ihnen für das Gespräch und die Datenerhebung / Abholung der kopierten / ausgedruckten Patientenakten vorbeikommen können:

XXXXX(inkl. Uhrzeit)

Wir würden Ihnen spätestens zwei Wochen vor diesem Termin die von uns getroffene Auswahl Ihrer Patientenliste zukommen lassen. Ist das für Sie in Ordnung?

XXXXX

Wie schon am Anfang erwähnt, würde ich nun das Wesentliche zusammenfassen und Ihnen anschließend per Mail / per Fax / per Post zur Verfügung stellen. Hier würden wir Ihnen auch eine zusammenfassende Information zum Datenschutz beifügen.

Haben Sie ansonsten noch Fragen?

Wenn Ihnen noch etwas einfällt, können Sie mich gerne kontaktieren.

Dann bedanke ich mich ganz herzlich für das angenehme Gespräch und Ihre Geduld.

8.1.2 Checkliste 2: Praxisgespräch vor Ort

1. Begrüßung, Vorstellung von Personen, Stand Aktenbearbeitung

Guten Tag, wir sind von der Philipps-Universität in Marburg und haben heute um x:xx Uhr einen Termin bei Frau Dr. XY, es geht um die QualiPäd-Studie, an der Frau Dr. XY sich bereit erklärt hat, teilzunehmen …

Guten Tag Frau Dr. XY, Klaus Montermann mein Name, das ist meine KollegIn Frau/Herr Mehl / Müller / Nau. Wir beide kommen vom Institut für Versorgungsforschung und klinische Epidemiologie an der Philipps-Universität in Marburg und möchten heute wie bereits besprochen mit Ihnen zusammen Ihre Patienten-Daten erheben. Vielen Dank übrigens, dass Sie sich heute die Zeit nehmen, mit uns Ihre Patientenakten zu besprechen! …

Wir haben ja bereits schriftlich miteinander unsere Patientenlisten ausgetauscht, sind Sie in der Vorbereitung für den heutigen Tag weitergekommen?

Fall: ja, Akten wurden (zum größten Teil) vorbereitet:

Das ist Prima. Dann würden wir gerne, bevor wir zu den ausgewählten Akten kommen, zunächst unser geplantes Informationsgespräch führen, wo es um allgemeine fachliche und organisatorische Fragen bezüglich der Aktendokumentation geht.

Fall NEIN, keine Zeit gehabt, die Akten vorzubereiten:

Das ist schade. Dann wollen wir hoffen, dass wir heute gemeinsam fertig werden.

Bemerkung:

2. Informationsgespräch

a. Organisatorische und technische Fragen

i. Digit Welches Praxisprogramm wird in Ihrer Praxis genutzt? z. B. Turbomed, Medistar, Medical Office, …

ii. Digit Ist Ihre Praxis bereits seit 2018 digitalisiert oder gibt es noch Papierakten aus dieser Zeit?

iii. Wie sind Sie vorgegangen bei dem Heraussuchen / Filtern der Akten nach den von uns gewünschten Selektionskriterien? (z. B. Suche nach ICD, Name der Krankheit, Datum?)

b. Inhaltsbezogene Fragen innerhalb der Praxis

i. Sind alle patientenrelevanten Informationen in einem einzigen Medium oder in einem anderen System enthalten, z. B. externe Arztbriefe, Krankenhausberichte, Verordnungen oder Leistungen (EBM- oder GOÄ- Schlüssel)?

ii. Wie sind Ihre Patientenakten aufgebaut?
Woran erkennt man in den Akten Laborwerte, Leistungen (EBM, GOÄ), Überweisungen, Rezepte, Medikamentenverordnungen, Diagnosen (chronische/akute Erkrankungen), Anamnesen, Befunde, Therapien, Termine, Kontrolluntersuchungen?

iii. Wie werden Verdachtsdiagnosen in der Akte dargestellt und wie erfolgt die Beschreibung dieser bei späterer Bestätigung der Diagnose?
Beispiel: ICD-10 „J45.V“ – Verdacht auf Asthma br. / „J45.G“ Asthma br. Gesichert

iv. Gibt es eine interne Liste (Aufstellung der in der Praxis verwendeten Abkürzungen für Rezeptierungen, Befunde, Diagnosen, Therapien, Konsultationen) oder Textbausteine darüber, welches Kürzel in der Akte was bedeutet?

c. Praxis-Externa

i. Wird in der Akte festgehalten, ob geplante medizinische Maßnahmen dritter durchgeführt worden sind? - (Wurde z. B. nach einer Überweisung zur Tonsillektomie diese auch tatsächlich durchgeführt und in der Akte dokumentiert?) – Stehen diese Informationen lediglich an anderer Stelle im Arztbrief oder wird das Ergebnis des Arztbriefes auch in Ihrer Akte festgehalten?

d. HA / PÄD: Programme, Schulungen

i. Nimmt Ihre Praxis an einem Disease Management Programm teil (z. B. DMP für Asthma bronchiale)?

ii. wenn ja: Wie wären DMP-Teilnahmen der Patienten in Ihren Akten aufzufinden?

iii. und: wäre rückwirkend zu sehen, ob DMP-Teilnahmen 2018/19 stattgefunden haben?

iv. Bietet Ihre Praxis Neurodermitis- oder Asthma-Schulungen an?

v. wenn ja: Wie häufig wird dies angeboten (nach Bedarf / regelmäßig im Turnus)?

vi. KJP: Kooperieren Sie innerhalb Ihrer Praxis mit Psychotherapeuten / Psychologen?

vii. Wenn ja: Wie wird deren Behandlung (Psychotherapie,…) in den Akten dokumentiert?

e. Weitere Fragen zur Behandlung von psychiatrischen Krankheitsbildern:

i. Wie gehen Sie bei der Verordnung von Medikamenten vor? Lassen Sie sich von den Eltern (oder den Jugendlichen) eine schriftliche Einwilligung geben oder findet diese mündlich statt?

ii. Finden die Arztbesuche (in der Regel) mit oder ohne Elternteile statt?

f. Rückfragen

Im Falle von noch fehlenden Unterlagen bzw. bei eventuellen Rückfragen würden wir uns gerne wieder bei Ihnen über E-Mail melden. ☐

i.

Philipps-Universität Marburg

QualiPäd-Indikatorenset

Indikatorenhandbuch – Allgemeine Informationen - Kurzversion

Claudia Mehl, Teresa Müller
30.9.2024

Inhalt

1 Erläuterungen 9
2 Einführende Hinweise 9
2.1 Berechnungseinheiten 9
2.2 Besonderheiten psychiatrische Krankheitsbilder 10
2.3 Kategorien 11
2.4 Dimensionen nach Donabedian 12
2.5 Dimensionen nach OECD 12
3 Indikatoren Asthma bronchiale 14
Asthma bronchiale-001 14
Asthma bronchiale-002 15
Asthma bronchiale-003 16
Asthma bronchiale-004 17
Asthma bronchiale-005 18
Asthma bronchiale-006 19
Asthma bronchiale-007 20
Asthma bronchiale-008 21
Asthma bronchiale-010 22
Asthma bronchiale-012 23
Asthma bronchiale-013 24
Asthma bronchiale-014 25
Asthma bronchiale-015 26
Asthma bronchiale-016 27
Asthma bronchiale-017 28
Asthma bronchiale-018 29
Asthma bronchiale-019 30
Asthma bronchiale-021 31
Asthma bronchiale-022 32
Asthma bronchiale-023 33
Asthma bronchiale-026 34
Asthma bronchiale-027 35
Asthma bronchiale-029 36
Asthma bronchiale-033 37
Asthma bronchiale-040 38
Asthma bronchiale-044 39
Asthma bronchiale-048 40

Asthma bronchiale-049 41
Asthma bronchiale-050 42
Asthma bronchiale-051 43
Asthma bronchiale-052 44
Asthma bronchiale-053 45
Asthma bronchiale-054 46
Asthma bronchiale-055 47
Asthma bronchiale-056 48
Asthma bronchiale-059 49
Asthma bronchiale-060 50
Asthma bronchiale-061 51
Asthma bronchiale-062 52
Asthma bronchiale-063 53
Asthma bronchiale-064 54
Asthma bronchiale-066 55
Asthma bronchiale-069 56
v Asthma bronchiale-070 57
Asthma bronchiale-072 58
Asthma bronchiale-075 59
Asthma bronchiale-080 60
Asthma bronchiale-082 61
4 Indikatoren Neurodermitis 62
Neurodermitis-001 62
Neurodermitis-003 63
Neurodermitis-004 64
Neurodermitis-005 65
Neurodermitis-006 66
Neurodermitis-008 67
Neurodermitis-009 68
Neurodermitis-010 69
Neurodermitis-011 70
Neurodermitis-012 71
Neurodermitis-013 72
Neurodermitis-014 73
Neurodermitis-015 74
Neurodermitis-016 75

Neurodermitis-017 76
Neurodermitis-018 77
Neurodermitis-019 78
Neurodermitis-020 79
Neurodermitis-022 80
Neurodermitis-023 81
Neurodermitis-024 82
Neurodermitis-026 83
Neurodermitis-027 84
5 Indikatoren Otitis media 85
Otitis media-001 85
Otitis media-002 86
Otitis media-003 87
Otitis media-005 88
Otitis media-006 89
Otitis media-007 90
Otitis media-008 91
Otitis media-009 92
Otitis media-010 93
Otitis media-012 94
Otitis media-013 95
Otitis media-014 96
Otitis media-015 97
Otitis media-016 98
Otitis media-020 99
Otitis media-021 100
Otitis media-022 101
Otitis media-023 102
Otitis media-024 103
Otitis media-025 104
Otitis media-027 105
Otitis media-028 106
Otitis media-029 107
Otitis media-030 108
Otitis media-031 109
Otitis media-032 110

Otitis media-035 111
Otitis media-036 112
6 Indikatoren Tonsillitis 113
Tonsillitits-007 113
Tonsillitits-008 114
Tonsillitits-012 115
Tonsillitits-013 116
Tonsillitits-014 117
Tonsillitits-016 118
7 Indikatoren Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) 119
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-001 119
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-002 120
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-003 121
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-004 122
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-005 123
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-006 124
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-007 125
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-008 126
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-009 127
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-010 128
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-011 129
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-012 130
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-013 131
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-014 132
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-015 133
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-016 134
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-017 135
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-018 136
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-019 137
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-020 138
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-021 139
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-022 140
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-023 141
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-024 142
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-025 143
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-026 144

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-027 145
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-028 146
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-029 147
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-030 148
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-031 149
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-032 150
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-033 151
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-034 152
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-035 153
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-036 154
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-037 155
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-038 156
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-039 157
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-040 158
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-041 159
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-042 160
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-043 161
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-044 162
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-046 163
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-047 164
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-049 165
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-050 166
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-051 167
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-neu1 168
Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-neu2 169
8 Indikatoren Depression 170
Depression-001 170
Depression-005 171
Depression-007 172
Depression-008 173
Depression-009 174
Depression-010a 175
Depression-010b 176
Depression-011 177
Depression-012 178
Depression-013 179

Depression-014 180
Depression-015 181
Depression-016 182
Depression-017 183
Depression-018 184
Depression-019 185
Depression-020 186
Depression-021 187
Depression-022 188
Depression-024 189
Depression-025 190
Depression-026 191
Depression-029 192
Depression-030 193
Depression-031 194
Depression-032 195
Depression-033 196
Depression-034 197
Depression-035 198
Depression-036 199
Depression-037 200
Depression-038 201
Depression-neu1 202
Depression-neu2 203
Depression-neu3 204
Depression-neu4 205
Depression-neu5 206
Depression-neu6 207
Depression-neu7 208
Depression-neu9 209
9 Indikatoren Störungen des Sozialverhaltens 210
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-001 210
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-002 211
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-003 212
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-004 214
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-005 215

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-006 216
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-007 217
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-008 218
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-009 219
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-010 220
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-012 222
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-014 223
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-015 224
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-016 225
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-018 226
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-019 227
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-020 228
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-021 230
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-022 231
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-023 232
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-024 233
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-025 234
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-026 235
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-027 236
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-028 237
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-029 238
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-030 239
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-032 240
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-033 241
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-034 242
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-035 243
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-036 244
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-037 245
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-039 246
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-042 247
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-045 248
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-046 249
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-neu1 250
Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-neu2 251
Literaturverzeichnis 252

1 Erläuterungen

Im Folgenden wird das QualiPäd-Indikatorenset ausführlich beschrieben. Die Qualitätsindikatoren (QI) des Sets werden in Krankheitsspezifischen Kapiteln tabellarisch dargestellt. Das Indikatorenset (QI-Set) umfasst QI, die den zweistufigen Bewertungsprozess der modifizierten RAND-UCLA-Appropriateness-Methode (RAM) nach Fitch et al. 2001 durchlaufen haben, operationalisierbar waren und berechnet werden konnten.

Neben den wichtigsten Charakteristika nach den Vorgaben der Joint Commission on Health Accreditation, werden Angaben zur Interpretation (Bedarfsgerechte Versorgung und Fehlversorgung), Berechnungsanweisungen (z.B. einbezogene Facharztgruppe) und charakteristische Zuordnung (Behandlungskategorien, Dimensionen nach OECD und Donabedian) dargestellt.

In der ausführlichen Darstellung der Indikatoren und weitere Informationen entnehmen Sie den Inikator-Tabellen.

2 Einführende Hinweise

2.1 Berechnungseinheiten

Berechnungseinheiten	
Patient	Indikatoren mit der Berechnungseinheit „Patient“ werden pro Patient nur **einmal** berechnet. Dabei spielt keine Rolle, wie häufig die für den QI relevanten Informationen bzw. Merkmale im Beobachtungszeitraum auftreten, so lange diese mindestens einmal vorliegen. Z.B.: "Anteil Patienten mit ADHS, die psychologische, pharmakologische oder pädagogische Interventionen erhielten". Dieser QI ist bei einem Patienten erfüllt, wenn im Zeitraum mindestens eine der genannten Interventionen durchgeführt wurde. Der Nenner entspricht der Anzahl an Patienten.
Konsultation	Indikatoren mit der Berechnungseinheit „Konsultation“ werden immer berechnet, sobald der Nenner erfüllt ist. Dies kann pro Patient mehrfach der Fall sein. Dabei muss der Zähler am gleichen Datum wie der Nenner erfüllt sein, um einen QI erfüllen zu können. z.B. „Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Bewusstseinszustand erfasst wurde.“ Im Nenner sind hier alle Patienten enthalten, die ≥ 2 Jahre sind und sich mit einem Asthmaanfall in der Praxis vorstellen. Wenn sich ein Patient im entsprechenden Alter im Zeitraum drei Mal mit einem Asthmaanfall vorstellt, wird der QI bei ihm drei Mal unabhängig voneinander berechnet. Somit entspricht der Nenner nicht der Anzahl Asthmapatienten, sondern der Anzahl an Kosultationen.
Episode	Indikatoren mit der Berechnungseinheit „Episode“ werden immer berechnet, sobald der Nenner erfüllt ist. Der Unterschied zu QI mit der Berechnungseinheit Konsultation liegt darin, dass zur QI-Erfüllung nicht nur das Datum betrachtet wird, an dem der Nenner erfüllt ist, sondern eine Zeitspannte bzw. Episode. Diese Zeitspanne geht entweder aus dem QI-Statement hervor, oder wurde vom Projektteam festgelegt und wird entsprechend in der QI-Beschreibung aufgeführt. Z.B. „Anteil Asthmapatienten, die binnen 8 Wochen nach dem Beginn einer Therapie mit einem inhalativen Corticosteroid (ICS) oder nach einer Steigerung der Dosierung einen kontrollierten Asthmagrad erreichten.“ Bei diesem QI werden die 8 Wochen nach dem Beginn einer ICS-Therapie bzw.

	Steigerung der Dosierung betrachtet. Wenn bei einem Patienten im relevanten Zeitraum häufiger die Dosierung gesteigert wird, wird der QI mehrfach berechnet. Somit entspricht der Nenner nicht der Anzahl Asthmapatienten, sondern der Anzahl an Episoden.
Episode bei Tonsillitis und Otitis media	Im Gegensatz zu den restlichen Krankheitsbildern sind Tonsillitis und Otitis media keine chronischen, sondern akute Erkrankungen (nach den Diagnosen, die für die Studie festgelegt wurden). Im Betrachtungszeitraum 2018 bis 2019 können Patienten mehrmals davon betroffen sein. Es handelt sich dabei um abgeschlossene Krankheitsepisoden über einen bestimmten Zeitraum, die unabhängig voneinander betrachtet werden. Pro Krankheitsepisode werden alle QI einmal berechnet; Ausnahmen bilden hier QI, die sich auf das mehrmalige Auftreten der Erkrankung beziehen - diese weisen die Einheit „Patient“ auf. Hierfür wurden die Tonsillitis und Otitis media Akten in unterschiedliche Episoden eingeteilt. Die Einteilung ergab sich nach den Zeitpunkten der Diagnosestellung. In den meisten Fällen ließ es sich gut voneinander unterschieden, da entweder nur eine Krankheitsepisode vorlag oder mehrere Wochen bzw. Monate zwischen den Diagnosen und Behandlungen lagen und es ersichtlich war, dass es sich um neue Krankheitsepisoden handelt. Je nach Akteneinträgen und Arztkontakten beginnt die Episode ab der entsprechenden Diagnose oder bis zu 7 Tage zuvor. Hintergrund der Vorlaufzeit ist, dass sich die Erkrankung über mehrere Besuche hinweg entwickeln kann und eine Behandlung bereits bei einem Verdacht, oder bei gleichzeitig auftretenden Erkrankungen wie z.B. Erkältungen/Fieber, stattfinden kann. Wenn bereits in den Tagen vor der Diagnose ein Antibiotikum verordnet wurde, wird dieses daher mitgezählt und der Episode hzugeordnet. Die Länge der Episoden richtet sich individuell nach den Einträgen in der Akte. Wenn aus der Akte nicht hervorgeht, ob es sich bei mehreren Diagnosen und Arztbesuchen um die gleiche oder verschiedene Episoden handelt, wird ein Zeitraum von 10 Tagen nach Diagnosestellung gewählt, da dies der maximalen Behandlungsdauer eines Antibiotikums entspricht. -> **ab 7 Tage vor Diagnose bis 10 Tage nach Diagnose bzw. solange, bis keine Symptomatik mehr dokumentiert wird.**

2.2 Besonderheiten psychiatrische Krankheitsbilder

Behandlungsprozess (psych.)

Info	Während der Aktenanalyse wurde der Behandlungsfall in der vorliegenden Akte einem Behandlungsprozess zugeordent. Diese Einteilung war notwending, aufgrund der Vielfal der identifizierten Behandlungsprozesse und der QI, die unterschiedliche Bedingungen voraussetzen (z.B. können Anamnese QI nur bei den Patient erhoben werden, bei denen auch eine Diagnostik vorliegt) . In dieser Spalte werden die Behandlungsprozesse angezeigt, die für den jeweiligen QI relevant sind und einbezogen werden (Strata). Bei der Nennerbetrachtung muss immer auch auf den Behandlungsprozess geachtet werden.
Diagnostik	Patienten, die in der Praxis diagnostiziert wurden. Es fand keine Behandlung oder Beratung statt. Dies ist der Fall, wenn Patienten nach der Diagnostik nicht mehr kommen, die Diagnostik am Ende des Betrachtungszeitraums durchgeführt wurde oder die Patienten ausschließlich für eine Diagnostik in eine KJP Praxis überwiesen wurden.
Diagnostik + Empfehlungen	Patienten werden in der Praxis diagnostiziert und eine Beratung zu Behandlungsmöglichkeiten findet statt. Dies liegt vor, wenn Patienten danach nicht mehr kommen, sich ledglich beraten lassen wollen, die Praxis keine Behandlung indiziert oder lediglich auf externe Leistungserbringer verweist (aus unterschliedlichen Gründen).
Diagnostik + Behandlung	Die Patienten werden in der Praxis diagnostiziert und anschließend dort behandelt.
Behandlung (laufend)	Mind. zu Beginn des Betrachtungszeitraums befindet sich der Patient in einer laufenden Behandlung (z.B. medikamentös oder pädagogisch). Die Therapieform wird ggf. während des Zeitraumes noch geändert.
Behandlung (einleitend)	Der Patient wurde extern diagnostiziert und stellt sich anschließend in einer KJP Praxis vor. Dort wird die Behandlung eingeleitet. Oder der Patient wurde bereits in der Vergangenheit in der Praxis diagnostiziert und im Behandlungszeitraum wird zum ersten Mal oder erneut eine Behandlung eingeleitet.
Weiterbehandlung	Der Patient wurde extern diagnostiziert und eine Behandlung eingeleitet. Die Behandlung wird in der KJP Praxis fortgeführt.
Behandlung Komorbidität	Es findet nur eine Behandlung der Komorbidität statt.
alle Patienten	Alle Patienten, die als Fälle bei der jeweils angegebenen Facharztgruppe in die Berechnung mit einbezogen worden sind. Darunter sind neben Patienten mit den bereits aufgeführten Behandlungsprozessen auch **Patienten mit Sonderfällen,** z.B. nur einzelne Termine, Patienten die für PÄD und HA ausgewählt wurden, aber bei KJP behandelt werden (mit oder ohne Überweisung) ect.

2.3 Kategorien

Kategorie	
Diagnostik	Anamnese, Befunde, diagnostische Untersuchungen
Therapie	leitlinienkonforme Behandlungsmaßnahmen nach erfolgter Diagnostik

PROM/PREM	vom Patienten oder Bezugspersonen berichtete subjektiv wahrgenommene Informationen zum Gesundheitszustand (Lebensqualität, Symptome oder Behandlungseffekte)
Gesundheitsberichterstattung	Prävalenzen und Kennzahlen zur Inanspruchnahme medizinischer oder sonstiger Leistungen
Praxismanagement	organisatorische Aspekte und Abläufe in der Praxis

2.4 Dimensionen nach Donabedian

Dimensionen nach Donabedian	
Prozessqualität	• Alle Maßnahmen, die durchgeführt werden • Diagnostik, Therapie, Beratungen, Aufklärungen
Ergebnisqualität	• QI, die Ergebnisse von Behandlungen erfassen • Verbesserungen, Verschlechterungen
Strukturqualität	• Ausstattung der Praxis (Geräte, Infomaterialien), • Kompetenzen/Qualifikationen der Ärzte und des Personals (Schulungen) • Koordination mit weiteren Leistungserbringern • Terminvergabe

2.5 Dimensionen nach OECD

Dimension nach OECD	
Effektivität	**Fragestellungen:** • Werden die erwünschten Ergebnisse erreicht? • Sind die Gesundheitsleistungen evidenzbasiert? • Werden die Gesundheitsleistungen nur bei denen eingesetzt, die davon profitieren können und nicht bei denen, die nicht davon profitieren können? **Inhalte:** • Therapie/ Behandlungen, Kontrolluntersuchungen • Alles, was bei einer Anamnese abgefragt werden kann (z.B. Suizidalabklärung, Aufweisen einer sexuellen Funktionsstörung, Untersuchung auf Missbrauch, Häufigkeit der Symptome, Arbeitsunfähigkeit, schulfreie Tage) • Überweisungen zu Fachärzten oder in stationäre Einrichtungen/ Notaufnahme • Allgemeine Behandlungspläne (bps. Action plan) ohne individuellen Bezug zum Patienten • Wenn Behandlungen durchgeführt werden, die nicht evidenzbasiert sind und nicht in den LL stehen, aber kein Schaden anzunehmen ist

Patientensicherheit	**Fragestellungen:** • Werden Nebenwirkungen/ unerwünschte Ergebnisse / Verletzungen, die von der Behandlung ausgehen, verhindert? **Inhalte:** • Kontrolltermine, bei welchen explizit auf Nebenwirkungen/ unerwünschte Ergebnisse untersucht wird • Kontrolltermine kurz vor oder nach einer medikamentösen Behandlung • Dokumentierte Nebenwirkungen/ unerwünschte Ergebnisse / Schäden • Durchgeführte Behandlungen, die nicht evidenzbasiert sind und nicht in den LL stehen, bei welchen Nebenwirkungen/ Schäden anzunehmen sind Informationen, die an den Patienten bzw. die Eltern weitergegeben wurden, um Schäden zu minimieren
Patientenorientierung	**Fragestellungen:** • Steht der Patient im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung? • Werden seine Erfahrungen in der Gesundheitsversorgung berücksichtigt/miteinbezogen? **Inhalte:** • Aufklärungs- und Beratungsgespräche/ Anleitungen • Individuelle Therapiepläne/ Verhaltenspläne (z.B. mit Zielen, die mit dem Patienten vereinbart wurden) • Befragungen zur Lebensqualität • Zufriedenheit der Patienten • Indikatoren, bei welchen die Erfahrungen des Patienten im Mittelpunkt stehen • PROM/ObsROM/PREMs (auch bei Anamnese)

3 Indikatoren Asthma bronchiale

Asthma bronchiale-001

ID	AB-001
Statement	**Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Bewusstseinszustand erfasst wurde.**
Nenner	Anzahl Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Bewusstseinszustand erfasst wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Erfassung des Bewusstseinszustandes ist relevant, um die Schwere des Asthmaanfalls einschätzen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.
Original-Indikator	Children aged ≥ 2 years who presented with an acute exacerbation of asthma had their conscious level documented.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Asthma bronchiale-002

ID	AB-002

Statement	**Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Pulsfrequenz erfasst wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Pulsfrequenz erfasst wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Erfassung der Pulsfrequenz ist relevant, um die Schwere des Asthmaanfalls einschätzen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.
Original-Indikator	Children aged ≥ 2 years who presented with an acute exacerbation of asthma had their pulse rate recorded.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Asthma bronchiale-003

ID	AB-003

Statement	**Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Atemarbeit beurteilt wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Atemarbeit beurteilt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Beurteilung der Atemarbeit ist relevant, um die Schwere des Asthmaanfalls einschätzen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.
Original-Indikator	Children aged ≥ 2 years who presented with an acute exacerbation of asthma had their work of breathing assessed.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Asthma bronchiale-004

ID	AB-004

Statement	**Asthmapatienten, bei denen Körpergewicht und -größe mindestens einmal jährlich gemessen wurden.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen Körpergewicht und -größe mindestens einmal jährlich gemessen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Für eine bedarfsgerechte Versorgung sollten regelmäßig die Körpergröße und das Körpergewicht dokumentiert werden. Auf diese Weise können Aussagen zum Gesundheitszustand und zu mögliche Wachstumsverzögerungen, welche durch inhalative Glucocorticoide ausgelöst werden können, getroffen werden.
Original-Indikator	Growth retardation: Is the patient's weight and height registered annually? % of patients who have had weight and height measured at least once yearly among patients with known asthma.
Quelle	(Backer et al. 2016)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-005

ID	AB-005

Statement	**"Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahren, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Sauerstoffsättigung (SpO_2-Wert) erfasst wurde."**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Sauerstoffsättigung (SpO_2-Wert) erfasst wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Erfassung der Sauerstoffsättigung ist relevant, um die Schwere des Asthmaanfalls einschätzen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.
Original-Indikator	Children aged ≥ 2 years who presented with an acute exacerbation of asthma had their SpO_2 recorded.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Asthma bronchiale-006

ID	AB-006

Statement	**Anteil Asthmapatienten an allen neu diagnostizierten Asthmapatienten, bei denen zur Allergiediagnostik das spezifische IgE bestimmt oder ein Prick-Hauttest durchgeführt wurde.**

Nenner	Anzahl neu diagnosizierte Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen zur Allergiediagnostik das spezifische IgE bestimmt oder ein Prick-Hauttest durchgeführt wurde.
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Um festzustellen, ob das diagnostizierte Asthma eine Reaktion auf bestimmte Allergene ist, ist es sinnvoll Allergietests wie die Bestimmung des spezifischen IgEs oder einen Prick-Hauttest durchzuführen.
Original-Indikator	Allergy: Is allergic response assessed in newly diagnosed patients? % of patients who have been tested for allergy as either total allergic-specific IgE test or SPT among the newly diagnosed patients with asthma and patients who purchase the first antiasthmatic prescription medication in a 2-year period.
Quelle	(Backer et al. 2016)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-007

ID	AB-007
Statement	**Anteil Asthmapatienten, bei denen im Zeitraum von 3 Monaten vor bis 3 Monaten nach der Diagnosestellung eine Spirometrie und eine weitere objektivierende Untersuchung zur Diagnosesicherung (Messung der Stickstoffmonoxid-Konzentration in der Ausatemluft [FeNO-Werte] oder Reversibilitäts- oder Variabilitätsbestimmung) durchgeführt und dokumentiert wurde.**
Nenner	Anzahl neu diagnosizierte Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen im Zeitraum von 3 Monaten vor bis 3 Monaten nach der Diagnosestellung eine Spirometrie und eine weitere objektivierende Untersuchung zur Diagnosesicherung (Messung der Stickstoffmonoxid-Konzentration in der Ausatemluft [FeNO-Werte] oder Reversibilitäts- oder Variabilitätsbestimmung) durchgeführt und dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Anwendung objektiver Tests ist wichtig, um die Diagnosesicherung zu fördern, die Genauigkeit der Diagnose zu verbessern und die Zahl der Patienten, die eine unangemessene Behandlung erhalten, zu verringern. Die Ergebnisse der Tests sollten bei anschließende Behandlung der Asthma Erkrankung beachtet werden.
Original-Indikator	The percentage of patients with asthma on the register from (start date) with a record of spirometry and one other objective test (FeNO or reversibility or variability) between 3 months before or 3 months after diagnosis.
Quelle	NICE
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-008

ID	AB-008

Statement	**Anteil Asthmapatienten, bei denen das im Reversibilitätstest ermittelte FEV1/FVC- Verhältnis > 75% beträgt.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit durchgeführtem Reversibilitätstest
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen das im Reversibilitätstest ermittelte FEV1/FVC- Verhältnis > 75% beträgt
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Das Verhältnis aus der Einsekundenkapazität (FEV1) und der forcierten Vitalkapazität (FVC) beträgt normalerweise ≥ 75 %. Dieser zeigt eine derzeitige gute Kontrolle des Asthmas an.
Original-Indikator	Postbronchodilator FEV1/FVC ratio > 75%
Quelle	(Holton et al. 2010)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Asthma bronchiale-010

ID	AB-010

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit Schlafstörungen aufgrund des Asthmas.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation mit Schlafstörungen aufgrund des Asthmas
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlersorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Das Vorliegen von Schlafstörungen bedingt durch Asthma zeigt, dass die Erkrankung nicht gut eingestellt ist und die Lebensqualität beeinträchtigt wird. Zur Überprüfung der Asthmakontrolle und einer möglichen Anpassung der Therapie ist es wichtig, diese zu erfassen.
Original-Indikator	Anteil der Asthmatiker mit Schlafstörungen aufgrund des Asthmas
Quelle	(Geraedts et al. 2001)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Ergebnssqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-012

ID	AB-012

Statement	**Anteil Asthmapatienten, die mehr als dreimal wöchentlich kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (SABA) verwenden und keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten, die mehr als dreimal wöchentlich kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (SABA) verwenden
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Da nicht strukturiert dokumentiert wird, wie häufig die Woche SABA eingenommen werden, wird die Anzahl der SABA Verordnungen hierfür herangezogen. Eine Packung Salbutamol enthält in der Regel 200 Sprühstöße. Wenn demnach 3x die Woche 6 Sprühstöße inhaliert werden, müsste eine Packung Salbu 33 Wochen halten. Bei vier Verordnungen müsste auf den Bezugszeitraum umgerechnet mehr als 3 mal die Woche SABA eingenommen worden sein.
Original-Indikator	Asthma: history of asthma, use of short-acting beta-agonist more than three times per week, no use of inhalated corticosteroids.
Quelle	(Caughey et al. 2015)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-013

ID	AB-013

Statement	**Anteil Asthmapatienten, die langwirkende Beta-2-Sympathomimetika (LABA) verwenden und keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten, die langwirkende Beta-2-Sympathomimetika (LABA) verwenden
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	LABA sollten ledigdlich in Kombination mit ICS und nicht als Monotherapie verordnet werden. Im Gegensatz zu ICS wirken LABA nicht entzündungshemmend. Der QI ist daher relevant um eine mögliche Fehlversorgung zu erfassen.
Original-Indikator	Asthma: history of asthma, use of long-acting beta-agonist, no use of inhalated corticosteroids
Quelle	(Caughey et al. 2015)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-014

ID	AB-014

Statement	**Anteil der Asthmapatienten, bei denen die Frage nach Einnahme des Notfallsprays dokumentiert wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit Verordnung eines Notfallsprays
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen die Frage nach der Einnahme des Notfallsprays dokumentiert wurde.
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Anzahl der Verwendung des Notfallsprays innerhalb der letzten Woche ist relevant, um die Asthmakontrolle zu beurteilen.
Original-Indikator	Average number of times rescue inhaler used in the past 1 week
Quelle	(Nguyen et al. 2011)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-015

ID	AB-015

Statement	**Anteil Asthmapatienten, bei denen der Raucherstatus (aktiv und/oder passiv) in den vorangegangenen 12 Monaten erfasst wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen der Raucherstatus (aktiv und/oder passiv) in den vorangegangenen 12 Monaten erfasst wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Frage nach dem Raucherstatus ist wichtig, um mögliche Belastungen durch Tabakrauch oder Passivrauch zu identifizieren. Den Patienten und den Menschen, mit denen sie zusammenleben, kann Unterstützung angeboten werden, um die Risiken des Rauchens und des Passivrauchens für Asthmatiker zu verstehen und zu erfahren, wie sie Zugang zu Raucherentwöhnungsdiensten erhalten.
Original-Indikator	The percentage of patients with asthma on the register aged 19 or under, in whom there is a record of smoking status (active or passive) in the preceding 12 months.
Quelle	NICE
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-016

ID	AB-016

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Asthmakontrollgrad mindestens alle 6 Monate kontrolliert wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Asthmakontrollgrad mindestens alle 6 Monate kontrolliert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Der Asthmakontrollgrad solle in regelmäßigen Abständen überprüft werden, um festzustellen, ob die Therapieziele erreicht werden und eine Anpassung der Therapie (Intensivierung/Reduktion) notwendig ist.
Original-Indikator	Children with asthma prescribed preventer medication had their asthma control assessed at least every 6 months.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-017

ID	AB-017

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, bei denen mindestens alle 6 Monate eine medizinische Verlaufskontrolle durchgeführt wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen mindestens alle 6 Monate eine medizinische Verlaufskontrolle durchgeführt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Der Asthmakontrollgrad solle in regelmäßigen Abständen überprüft werden, um festzustellen, ob die Therapieziele erreicht werden und eine Anpassung der Therapie (Intensivierung/Reduktion) notwendig ist.
Original-Indikator	Children with asthma prescribed preventer therapy had a medical review at least every 6 months.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-018

ID	AB-018

Statement	**Anteil Asthmapatienten, deren Asthmakontrollgrad bei jedem Arztbesuch überprüft wird (Symptomhäufigkeit, nächtliches Erwachen, Häufigkeit der Verwendung von schnellwirkenden Beta-2-Sympathomimetika, Aktivitätsunterbrechungen und Inanspruchnahme der Notfallversorgung).**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Asthmakontrollgrad bei jedem Arztbesuch überprüft wird (Symptomhäufigkeit, nächtliches Erwachen, Häufigkeit der Verwendung von schnellwirkenden Beta-2-Sympathomimetika, Aktivitätsunterbrechungen und Inanspruchnahme der Notfallversorgung)
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Asthmakontrolle stellt die Grundlage der Therapie dar. Die Beurteilung dieser ist daher für das Forsetzen der eingeleiteten Therapie oder einer Anpassung entscheidend und sollte bei jedem Besuch dokumentiert werden. Berechnung pro Quartal erläutern.
Original-Indikator	Assessment of asthma control at each visit (symptom frequency, nocturnal awakenings, frequency of quick-acting β2-agonist use, interruptions in activity, and urgent care use).
Quelle	(Cicutto et al. 2014)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-019

ID	AB-019

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit kontrolliertem Asthma.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation mit kontrolliertem Asthma
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Asthmakontrolle stellt die Grundlage der Therapie dar und ist daher bei jedem Besuch zu überprüfen. Kontrolliertes Asthma ist das Ergebnis einer gut eingestellten Terapie.
Original-Indikator	Gute Asthmakontrolle (1 bis 5 Jährige)
Quelle	(DMP BAyern)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-021

ID	AB-021

Statement	**Anteil Asthmapatienten, die binnen 8 Wochen nach dem Beginn einer Therapie mit einem inhalativen Corticosteroid (ICS) oder nach einer Steigerung der Dosierung einen kontrollierten Asthmagrad erreichten.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten, die eine Therapie mit einem inhalativen Corticosteroid (ICS) begonnen haben oder eine Steigerung der Dosierung erhalten haben
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die binnen 8 Wochen einen kontrollierten Asthmagrad erreichten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Der QI ist relevant, um die Wirksamkeit der derzeit verordneten medikamentösen Behandlung mit ICS zu überprüfen. Bei einer guten Asthmakontrolle ist die Behandlung gut eingestellt.
Original-Indikator	Control visits: Effect of inhaled corticosteroids in asthma control (patients achieved disease control within the first 8 weeks of the start of, or increase in, inhaled corticosteroids (ICS).
Quelle	(Hansen et al. 2016)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Asthma bronchiale-022

ID	AB-022

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Behandlung mindestens alle 6 Monate auf Nebenwirkungen kontrolliert wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Behandlung mindestens alle 6 Monate auf Nebenwirkungen kontrolliert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Um die Patientensicherheit zu gewährleisten und mögliche Schäden zu minimieren, ist es neben der Kontrolle des Asthmakontrollgrades ebenso wichtig, regelmäßig auf Nebenwirkungen zu kontrollieren und die Therapie ggf. anzupassen.
Original-Indikator	Children with asthma prescribed preventer medication were assessed for side effects at least every 6 months.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-023

ID	AB-023

Statement	**Anteil Asthmapatienten, deren medikamentöse Behandlung regelmäßig hinsichtlich unerwünschter Medikamentennebenwirkungen überprüft wird.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit medikamentöser Behandlung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren medikamenöse Behandlung regelmäßig hinsichtlich unerwünschter Medikamentennebenwirkungen überprüft wird.
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Um unerwünschte Arzneimittelwirkungen festzustllen und die Behandlung zur Sicherheit des Patienten gegebenfalls anpassen zu können, sollten diese überprüft werden.
Original-Indikator	Medication Side Effect Monitoring (Children)
Quelle	(To et al. 2010)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-026

ID	AB-026
Statement	**Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit beständig unkontrolliertem Asthma, denen ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.**
Nenner	Anzahl Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit beständig unkontrolliertem Asthma
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Children aged 5-12 years with persistent poorly controlled asthma were prescribed inhaled steroids.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-027

ID	AB-027
Statement	**Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.**

Nenner	Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre, die einer Langzeittherapie bedürfen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Children aged < 5 years with asthma who required regular preventer medication were prescribed a low dose ICS.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-029

ID	AB-029
Statement	**Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, deren Asthma mit einem niedrig dosierten inhalativen Corticosteroid (ICS) nicht gut eingestellt ist und die eine Langzeittherapie benötigen, denen versuchsweise ein mitteldosiertes inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, deren Asthma mit einem niedrig dosierten inhalativen Corticosteroid (ICS) nicht gut eingestellt ist und die eine Langzeittherapie benötigen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen versuchsweise ein mitteldosiertes inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Nach dem Stufenschema folgt der Behandlung mit einem niedrig dosierten ICS bei einer mangelnden Asthmakontrolle die Verordnung von einem mitteldosierten ICS.
Original-Indikator	Children aged 5-12 years with asthma which was not controlled with a low dose ICS and who required a preventer medication were prescribed a trial of a moderate dose ICS.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-033

ID	AB-033

Statement	**Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem leichten oder mittlelgradigen Asthmaanfall vorstellten, und denen ein inhalatives Beta-2-Sympathomimetikum mit Spacer verordnet wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem leichten oder mittlelgradigen Asthmaanfall vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein inhalatives Beta-2-Sympathomimetikum mit Spacer verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Als Bedarfstherapie sollten allen Asthmapatienten inhalatives Beta-2-Sympathomimetikum verordnet werden. Patienten, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellen, sollte zudem ein Spacer verordnet werden, damit sie bei weiteren Asthmaanfällen auf ein verfügbares Notfallspray zurückgreifen können.
Original-Indikator	Children aged ≥ 2 years who presented with a mild/moderate exacerbation of asthma were prescribed an inhaled beta2 agonist via a spacer.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-040

ID	AB-040

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit dokumentierten belastungsinduzierten Bronchospasmen, denen ein kurzwirksamer Bronchodilatator zur Anwendung vor körperlicher Belastung verordnet wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit dokumentierten belastungsinduzierten Bronchospasmen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein kurzwirksamer Bronchodilatator zur Anwendung vor körperlicher Belastung verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Patienten mit belastungsinduzierten Bronchospasmen und ansonsten gut kontrolliertem Asthma sollten vor körperlicher Belastung SABA inhalieren. Daher ist es relevant, über den QI die entsprechende Verordnung zu überprüfen.
Original-Indikator	For patients with recorded exercise induced bronchospasm, short-acting bronchodilators prescribed for use before exercise (last 5 years).
Quelle	(Campbell et al. 2005)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-044

ID	AB-044

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit einer Dauermedikation, die eine Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (LABA) erhalten.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit einer Dauermedikation
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die eine Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (LABA) erhalten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	LABA sollten lediglich in Kombination mit ICS und nicht als Monotherapie verordnet werden. Eine Monotherapie mit LABA ist mit einer erhöhten Morbidität und Letalität verbunden, sodass für Patienten mit Asthma bronchiale keine Zulassung besteht. Der QI ist daher relevant um eine mögliche Fehlversorgung zu erfassen.
Original-Indikator	Monotherapie mit langwirksamen Beta-2-Sympathomimetika (LABA)
Quelle	(DMP BAyern)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Therapie
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-048

ID	AB-048

Statement	**Anteil Asthmapatienten > 2 Jahre, die sich mit einem leichten oder mittlelgradigen Asthmaanfall vorstellten, und denen Theophyllin verordnet wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten > 2 Jahre, die sich mit einem leichten oder mittelgradigen Asthmaanfall vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen Theophyllin verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Aufgrund seiner geringen therapeutischen Breite und des Nebenwirkungspotentials sollte Theophyllin nicht zur Behandlung von Asthma sowie Asthmaanfällen verordnet werden. Stattdessen wird bei jedem Schweregrad eines Asthmaanfalls die Verordnung von SABA empfohlen.
Original-Indikator	Children aged > 2 years who presented with an acute mild/moderate exacerbation of asthma were prescribed aminophylline.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Asthma bronchiale-049

ID	AB-049

Statement	**Anteil Asthmapatienten > 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und die Antibiotika erhielten, ohne Vorliegen einer weiteren Erkrankung mit Bedarf für eine Antibiotikatherapie.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten > 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die Antibiotika ohne Vorliegen einer weiteren Erkrankung mit Bedarf für eine Antibiotikatherapie erhielten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Ohne ausreichend Belege für eine bakterielle Infektion sollten Asthmapatienten keine Antibiotika zur Behandlung eines Asthmaanfalls erhalten. Die Evidenz gibt keinen Hinweis auf Wirksamkeit bei fehlender bakterieller Infektion.
Original-Indikator	Children aged > 2 years who presented with an acute exacerbation of asthma and who received antibiotics did not have another condition requiring antibiotic therapy.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Asthma bronchiale-050

ID	AB-050

Statement	**Anteil Asthmapatienten, deren Pharmakotherapie eines oder mehrere der folgenden nicht für Asthma indizierten Medikamente enthält: Expektoranzien, Antitussiva, Barbiturate.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Pharmakotherapie eines oder mehrere der folgenden nicht für Asthma indizierten Medikamente enthält: Expektoranzien, Antitussiva, Barbiturate
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Mit einer adäquaten Behandlung mit Asthma-Medikamenten ist die Erkrankung meist gut einstellbar. Für Asthma nicht inidizierte Medikamente können dabei hinderlich sein.
Original-Indikator	Anteil der Asthmakranken, deren Pharmakotherapie (zumeist) nicht indizierte Medikamente enthält unter allen Asthmakranken mit Pharmakotherapie (Expektoranzien, Antitussiva, Barbiturate, NSAR)
Quelle	(Geraedts et al. 2002)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-051

ID	

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit Verdacht auf schweres Asthma, die an einen Lungenfacharzt oder ein Lungenfachzentrum überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit Verdacht auf schweres Asthma
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen Lungenfacharzt oder ein Lungenfachzentrum überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	"Eine fachärztliche Untersuchung ist wichtig, um die Diagnose von schwerem Asthma zu bestätigen, die Therapietreue zu überprüfen, andere Ursachen für anhaltende Symptome auszuschließen und die am besten geeignete Behandlung zu gewährleisten. Eine fachärztliche Versorgung kann dazu beitragen, die Asthmakontrolle zu verbessern und Asthmaanfälle zu verhindern." WOHER?
Original-Indikator	People with suspected severe asthma are referred to a specialist multidisciplinary severe asthma service.
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2017)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-052

ID	AB-052

Statement	**Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit beständig unkontrolliertem Asthma, die die Maximaldosis eines inhalativen Corticosteroids (ICS) benötigen, und die zu einem Spezialisten (pädiatrischen Lungenfacharzt) überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit beständig unkontrolliertem Asthma, die die Maximaldosis eines inhalativen Corticosteroids (ICS) benötigen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die zu einem Spezialisten (pädiatrischen Lungenfacharzt) überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Asthmapatienten mit beständig unkontrolliertem Asthma, die die Maximaldosis eines inhalativen Corticosteroids (ICS) benötigen, sollten zu einer umfassenden Untersuchung und weiteren Behandlung zu einem Spezialisten überwiesen werden. Auf diese Weise können mögliche Gründe für den vorliegenden Asthmakontrollgrad identifiziert und die Therapie angepasst werden.
Original-Indikator	Children aged 5-12 years with persistent poorly controlled asthma requiring the maximum dose of inhaled steroids were referred to a specialist.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-053

ID	AB-053

Statement	**Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, die dauerhaft oder häufig ein systemisches Corticosteroid benötigen, die an einen pädiatrischen Lungenfacharzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, die dauerhaft oder häufig ein systemisches Corticosteroid benötigen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen pädiatrischen Lungenfacharzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Um eine adäquate Behandlung sicherzustellen, sollten Asthmapatienten, die systemische Corticosteroide benötigen, an einen pädiatrischen Lungenfacharzt überwiesen werden.
Original-Indikator	Children aged 5-12 years with asthma who required continuous or frequent use of oral steroids were referred to a respiratory pediatrician.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-054

ID	AB-054

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit oralen Corticosteroiden als Langzeittherapie, die zu einem Lungenfacharzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit oralen Corticosteroiden als Langzeittherapie
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die zu einem Lungenfacharzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die langfristige Einnahme von oralen Corticosteroiden ist mit möglichen Nebenwirkungen verbunden. Um diese zu kontrollieren und die für den Patienten am besten geeignete Behandlung zu gewährleisten ist eine fachärztliche Untersuchung wichtig.
Original-Indikator	Referral to a respiratory physician where oral steriods are used in maintenance treatment (last 5 years)
Quelle	(Campbell et al. 2005)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-055

ID	AB-055

Statement	**Anteil Asthmapatienten, die nach Behandlung eines Asthmaanfalls durch einen Notfalldienst binnen 2 Arbeitstagen von ihrem Hausarzt nachuntersucht wurden.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten, die einen Asthmaanfall hatten und von einem Notfalldienst behandelt wurden
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die binnen 2 Arbeitstagen von ihrem Hausarzt nachuntersucht wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Menschen, die vor kurzem wegen eines Asthmaanfalls notversorgt wurden, sind möglicherweise dem Risiko eines weiteren Anfalls ausgesetzt. Eine rechtzeitige Nachsorge in der Allgemeinpraxis nach der Entlassung aus der Notfallversorgung ermöglicht es zu überprüfen, ob das Asthma auf die Behandlung anspricht, die möglichen Gründe für den Anfall zu erkunden und eine Beratung zur Verringerung des Risikos weiterer Anfälle zu geben.
Original-Indikator	People who receive treatment in an emergency care setting for an asthma attack are followed up by their general practice within 2 working days of discharge.
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2017)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Asthma bronchiale-056

ID	AB-056

Statement	**Anteil Patienten < 6 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall in der hausärztlichen / pädiatrischen Primärversorgung vorgestellt und nach 4-6 Hüben eines Beta-2-Sympathomimetikums keine Verbesserung gezeigt haben, die dann notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten < 6 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall in der hausärztlichen / pädiatrischen Primärversorgung vorgestellt und nach 4-6 Hüben eines Beta-2-Sympathomimetikums keine Verbesserung gezeigt haben
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die dann notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Patienten, die sich mit einem Asthmaanfall in der hausärztlichen / pädiatrischen Primärversorgung vorgestellen und nach 4-6 Hüben eines Beta-2-Sympathomimetikums keine Besserung zeigen befinden sich in einer lebensbedrohlichen Lage. Zur Sicherheit des Patienten muss dieser umgehend notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen werden.
Original-Indikator	Children aged < 6 years who presented to a primary care setting with an acute exacerbation of asthma and had not improved after 4-6 puffs of a beta2 agonist were transferred urgently to hospital.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Asthma bronchiale-059

ID	AB-059

Statement	**Anteil Asthmapatienten, die darüber informiert wurden, welche Faktoren Asthma verstärken und wie diese vermieden werden können.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die darüber informiert wurden, welche Faktoren Asthma verstärken und wie diese vermieden werden können
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Asthmaschulung und Allergie-/Umweltkontrolle stellen die Grundlage des Stufenmodells zur Asthmabehandlung dar und sind für die Asthmakontrolle höchst relevant. Darunter fallen auch die Informationen, welche Faktoren Asthma verstärken und wie diese vermieden werden können.
Original-Indikator	Told about things that worsen asthma and how to avoid them.
Quelle	(Diette et al. 2001)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-060

ID	AB-060

Statement	**Anteil Asthmapatienten, denen eine Asthma-Schulung empfohlen wurde und die an einer Schulung teilgenommen haben.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten, denen eine Asthma-Schulung empfohlen wurde
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen eine Asthma-Schulung empfohlen wurde und die an einer Schulung teilgenommen haben.
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	In Asthmaschulungen können Kinder sowie Eltern einen altersentsprechenden Umgang mit der Erkrankung erlernen. Asthmaschulungen wirken sich positiv auf gesundheitsrelevante Outcomes aus und sind kosteneffektiv. Daher sollten sie bei allen Patienten empfohlen sowie durchgeführt werden.
Original-Indikator	Asthma-Schulung (Quote)
Quelle	(DMP BAyern)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-061

ID	AB-061

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit verordnetem inhalativen Asthmamedikament, die in der Anwendung des Inhalationsgeräts geschult wurden.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit verordnetem inhalativen Asthmamedikament
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die in der Anwendung des Inhalationsgeräts geschult wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	Bei einer Asthmabehandlung kommen regelmäßig inhalativ applizierte Medikamente zum Einsatz. Der Behandlungserfolg hängt dabei entscheidend von der richtigen Inhalationstechnik ab. Dabei gibt es Unterschiede zwischen verschiedenen Inhalatoren und Dosieraerosolen. Patienten sollten deshalb die für ihr Medikament richtige Inhalationstechnik im Rahmen einer Patientenschulung oder der ärztlichen Sprechstunde erlernen.
Begründung	
Original-Indikator	Children with asthma prescribed inhaler medication received training on how to use the inhaler device.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-062

ID	

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit inhalativer Medikation, deren Inhalationstechnik überprüft wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit inhalativer Medikation
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Inhalationstechnik überprüft wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei einer Asthmabehandlung kommen regelmäßig inhalativ applizierte Medikamente zum Einsatz. Der Behandlungserfolg hängt dabei entscheidend von der richtigen Inhalationstechnik ab. Dabei gibt es Unterschiede zwischen verschiedenen Inhalatoren und Dosieraerosolen. Patienten sollten deshalb die für ihr Medikament richtige Inhalationstechnik im Rahmen einer Patientenschulung oder der ärztlichen Sprechstunde erlernen.
Original-Indikator	Überprüfung der Inhalationstechnik
Quelle	(DMP BAyern)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-063

ID	AB-063

Statement	**Anteil Asthmapatienten, die regelmäßig ihre Inhalationstechnik vorführen.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit inhalativer Medikation
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die regelmäßig ihre Inhalationstechnik vorführen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei einer Asthmabehandlung kommen regelmäßig inhalativ applizierte Medikamente zum Einsatz. Der Behandlungserfolg hängt dabei entscheidend von der richtigen Inhalationstechnik ab. Dabei gibt es Unterschiede zwischen verschiedenen Inhalatoren und Dosieraerosolen. Patienten sollten deshalb die für ihr Medikament richtige Inhalationstechnik im Rahmen einer Patientenschulung oder der ärztlichen Sprechstunde erlernen. Um die korrekte Inhalationstechnik sicherzustellen, sollte diese regelmäßig überprüft werden.
Original-Indikator	Regular demonstration of inhaler technique by asthma patients: Number of patients who regularly demonstrate their inhaler technique.
Quelle	(Ewald et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-064

ID	AB-064

Statement	**Anteil Asthmapatienten, denen mitgeteilt wurde, wie die Medikation vor (Allergen-)Exposition angepasst werden sollte.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen mitgeteilt wurde, wie die Medikation vor (Allergen-)Exposition angepasst werden sollte
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Für ein gutes Selbstmanagement und eine gute Asthmakontrolle sollte dem Patienten mitgeteilt werden, wie die verordnete Medikation vor einem möglichen Kontakt mit Allergenen angepasst werden sollte.
Original-Indikator	Told how to adjust medication before exposures.
Quelle	(Diette et al. 2001)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-066

ID	AB-066

Statement	**Anteil Asthmapatienten mit einem schriftlichen Verhaltensplan.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation mit einem schriftlichen Verhaltensplan
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Viele Patienten mit Asthma bronchiale bedürfen einer medikamentösen Dauertherapie. Im Verlauf der Erkrankung kann es, ausgelöst durch beispielswese Infekte, körperliche Belastung oder Allergenen, zu akuten Exazerbationen kommen, welche Bedarfsmedikation erforderlich machen. Durch einen Selbstmanagementplan, der alle mit Asthma in Zusammenhang stehenden Medikamente, ihre Dosierung sowie Anwendung auflistet weiß der Patient, wie die Medikamente korrekt anzuwenden sind und er wird in seinem Selbstmanagement gestärkt.
Original-Indikator	Selbstmanagementplan
Quelle	(GBA)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-069

ID	AB-069

Statement	**Anteil Asthmapatienten, bei denen in den letzten 12 Monaten mindestens eine Kontrolluntersuchung dokumentiert wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen in den letzten 12 Monaten mindestens eine Kontrolluntersuchung dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Für eine adäquate Gesundheitsversorgung sind Rouineuntersuchung auch bei symptomfreien Intervallen relevant. Daher sollten regelmäßige Kontrolluntersuchungen stattfinden.
Original-Indikator	Documentation of at least one routine (non-urgent) asthma-related visit in the preceding 12 months (Assessment and monitoring).
Quelle	(Ragazzi et al. 2011)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

v Asthma bronchiale-070

ID	AB-070

Statement	**Anteil Asthmapatienten, deren Dosis und Häufigkeit der inhalativen Medikamente dokumentiert ist.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten mit inhalativer Medikation
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Dosis und Häufigkeit der inhalativen Medikamente dokumentiert ist
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	The dose and frequency of inhaled therapy are documented.
Quelle	(Utsugi-Ozaki et al. 2009)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-072

ID	AB-072

Statement	**Anteil Asthmapatienten, bei denen in den letzten 12 Monaten der Erhalt einer Influenza-Impfung dokumentiert wurde.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen in den letzten 12 Monaten der Erhalt einer Influenza-Impfung dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Erfassung der Pulsfrequenz ist relevant, um die Schwere des Asthmaanfalls einschätzen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.
Original-Indikator	Documentation of receipt of influenza vaccine in the past 12 mo.
Quelle	(Fox et al. 2007)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-075

ID	AB-075

Statement	**Anteil Asthmapatienten, die ein Asthmatagebuch führen.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die ein Asthmatagebuch führen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Ein schriftlich geführtes Asthmatagebuch mit dokumentierten Peak-flow-Werten, Symptomen und eingenommenen Medikamenten ist für das Selbstmanagement der Patienten von großer Bedeutung. Daneben kann der Arzt anhanddessen beurteilen, ob die Therapie angepasst werden muss.
Original-Indikator	Anteil der Asthmakranken, die ein Asthmatagebuch führen.
Quelle	(Geraedts et al. 2002)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-080

ID	AB-080

Statement	**Anteil Asthmapatienten, die Veränderungen ihrer Asthma-Erkrankung wahrnehmen.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die Veränderungen ihrer Asthma-Erkrankung wahrnehmen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Wahrgenommene Veränderungen.
Quelle	(Farin et al. 2012)
Kategorie	PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Asthma bronchiale-082

ID	AB-082

Statement	**Anteil Asthmapatienten, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen.**

Nenner	Anzahl Asthmapatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Disease-Management-Programme haben das Ziel die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung chronisch Kranker zu verbessern.
Original-Indikator	Anteil DMP-Patienten.
Quelle	(Egidi und Schelp 2009)
Kategorie	Diagnostik Gesundheitsberichtserstattung
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

4 Indikatoren Neurodermitis

Neurodermitis-001

ID	ND-001

Statement	**Anteil Patienten mit Verdachtsdiagnose Neurodermitis, bei denen ein Prick-Test durchgeführt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Verdachtsdiagnose Neurodermitis
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen ein Prick-Test durchgeführt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Nach Poveda-Montoyo et al. sind Prick-Tests eine Möglichkeit, um Allergene zu ermitteln, die Neurodermitis verstäken. Zur Diagnosestellung sind diese jedoch wenig aussagekräftig und schwer interpretierbar. Daher ist der QI relevant, um eine mögliche Fehlversorgung während der Diagnosestellung zu ermitteln.
Original-Indikator	Do not perform a prick test to improve the initial diagnosis of AD.
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-003

ID	ND-003

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, bei denen vor Therapiebeginn mit Azathioprin die Thiopurinmethyltransferase (TPMT) bestimmt wurde.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten, die mit Azathioprin behandelt wurden
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen vor Therapiebeginn mit Azathioprin die Thiopurinmethyltransferase (TPMT) bestimmt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Erfassung des Bewusstseinszustandes ist relevant, um die Schwere des Asthmaanfalls einschätzen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.
Original-Indikator	It is a good idea to determine the activity of thiopurine methyltransferase (TPMT) before starting treatments with azathioprine.
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-004

ID	ND-004

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, die bei Ekzemen ein topisches Glukokortikosteroid verordnet bekommen.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten mit Ekzemen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die ein topisches Glukokortikosteroid verordnet bekommen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Für die Behandlung von Ekzemen sollten topische Glukokortikosteroiden angewandt werden. Der QI ist relevant, um über die Überprüfung von entsprechenden Verordnungen die bedarfsgerechte Versorgung zu erfassen.
Original-Indikator	All patients have a prescription for a topical corticosteroid as the basis of treatment of their lesions
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Neurodermitis-005

ID	ND-005

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten mit Ekzemen im Gesicht, in den Achselhöhlen oder in den Leisten, die hochpotente Glukokortikosteoride (Klasse IV) verordnet bekommen.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten mit Ekzemen im Gesicht, in den Achselhöhlen oder in den Leisten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die hochpotente Glukokortikosteoride (Klasse IV) verordnet bekommen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Es gibt mehrere Klassifizierungen von Kortikosteroiden. Hochpotente Glukokortikosteoride (Klasse IV), sollten nur bei einer Lichenikfikation (flächenhafte Verdickung der Haut) eingesetzt werden. In sensiblen Hautregionen kann eine langfristige Anwendung zu unerwünschten Effekten wie Atrophie (Gewebeschwund) oder Blutungen der Haut führen. Daher sollten Ekzeme im Gesicht, den Achselhöhlen oder den Leisten nicht damit behandelt werden. Der QI ist relevant, um mögliche Fehlbehandlungen zu identifizieren.
Original-Indikator	Ultra-high potency corticosteroids (Group 1) should not be used in lesions on the face, axillae, or groin.
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Neurodermitis-006

ID	ND-006

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, die länger als einen Monat mit oralen Glukokortikosteroiden behandelt werden.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die länger als einen Monat mit oralen Glukokortikosteroiden behandelt werden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Eine Kurzzeittherapie mit oralen Glukokortikosteroiden kann bei Erwachsenen oder bei schweren Fällen auch Kindern und Jugendlichen verordnet werden. Wegen unerwünschten Arzneimittelwirkungen wird keine langfristige Einnahme der Medikamente empfohlen. Der QI erfasst mögliche Fehlbehandlungen, welche die Patientensicherheit betreffen.
Original-Indikator	It is a good idea to avoid prolonged treatments with systemic corticosteroids (more than a month)
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-008

ID	ND-008

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, die länger als ein Jahr mit Cyclosporin behandelt werden.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die länger als ein Jahr mit Cyclosporin behandelt werden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Die Erfassung des Bewusstseinszustandes ist relevant, um die Schwere des Asthmaanfalls einschätzen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.
Original-Indikator	It is a good idea to avoid prolonged treatments with cyclosporin (more than a year).
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-009

ID	ND-009

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten mit Ekzemen im Gesicht, in den Achselhöhlen, in den Leisten oder im Genitalbereich, die topische Calcineurininhibitoren verordnet bekommen.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten mit Ekzemen im Gesicht, in den Achselhöhlen, in den Leisten oder im Genitalbereich
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die topische Calcineurininhibitoren verordnet bekommen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Im Gegensatz zu topischen Glukokortikosteroiden ist die langfristige Anwendung von topischen Calcineurininhibitoren nicht mit unerwünschten Arzneimittelwirkungen wie Hautverdünnungen verbunden. Daher ist die Anwendung für sensible Bereich wie Gesichts, Achselhöhlen und Leisten geeignet. Der QI erfasst daher eine bedarfsgerechte Versorgung.
Original-Indikator	Use of calcineurin inhibitors in lesions on the face, axillae, groin, or genitals should be considered.
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Neurodermitis-010

ID	ND-010

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, die ein orales Antibiotikum ohne eindeutige Anzeichen einer bakteriellen Superinfektion verordnet bekommen.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten, die ein orales Antibiotikum verordnet bekommen haben
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation ohne eindeutige Anzeichen einer bakteriellen Superinfektion
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Antibiotika sollten nur bei bakteriellen Hautinfektionen verodnet werden. Zur Behandlung von Ekzemen der Neurodermitis, die nicht klinisch inifziert sind, sind sie nicht geeignet. Der unnötige Einsatz von Antibiotika ist mit der Entwicklung von Antibiotikaresistenzen verbunden. Der QI ist daher relevant, um Fehlversorgungen und Sichherheitsgefährdungen zu identfizieren.
Original-Indikator	Systematic prescribing of systemic antibiotics should be avoided if unequivocal signs of bacterial superinfection are not present.
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Neurodermitis-011

ID	ND-011

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, die eine topische Therapie mit der Kombination eines Antibiotikums und eines Glukokortikosteroids verordnet bekommen.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die eine topische Therapie mit der Kombination eines Antibiotikums und eines Glukokortikosteroids verordnet bekommen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Die Erfassung des Bewusstseinszustandes ist relevant, um die Schwere des Asthmaanfalls einschätzen und entsprechende Maßnahmen einleiten zu können.
Original-Indikator	Systematic prescribing of creams that combine an antibiotic and a corticosteroid should be avoided.
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-012

ID	ND-012

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, die eine PUVA-Phototherapie verordnet bekommen.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die eine PUVA-Phototherapie verordnet bekommen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	"Die Phototherapie (UVA-1-Therapie, UVB-Schmalband-Therapie, UVB Breitband, BalneoPhototherapie) kann adjuvant in akuten Krankheitsphasen bei Neurodermitis bei Patienten ≥18 Jahren empfohlen werden. Bei Patienten >12 Jahren kann eine Phototherapie erwogen werden." (Quelle: https://www.g-ba.de/downloads/92-975-4145/2020-11-15_Information-zVT_Baricitinib_D-599_.pdf)
Original-Indikator	PUVA phototherapy is not the treatment of choice among types of phototherapy for patients with AD.
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-013

ID	ND-013

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, die Basistherapeutika verordnet bekommen.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die Basistherapeutika verordnet bekommen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Anwendung von Basistherapeutika stellt in jeder Krankheitsphase die Grundlage der Neurodermitisbehandlung dar. Dieser QI überprüft, ob die Mindestanforderung an die bedarfsgerechte Versorgung erfüllt wird.
Original-Indikator	All patients receive the indication to apply emollients daily to prevent episodes
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-014

ID	ND-014

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, denen bei moderaten bis schweren Schüben feuchte Umschläge, lokal oder am ganzen Körper, in Kombination mit topischen Glukokortikosteroiden verordnet werden**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten mit moderaten bis schweren Schüben
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen feuchte Umschläge, lokal oder am ganzen Körper, in Kombination mit topischen Glukokortikosteroiden verordnet werden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Feuchte Umschläge kühlen und lindern den Juckreiz. Weiterhin können sie die Wirkung von Glukortikosteroiden verstärken.
Original-Indikator	In moderate-to-severe episodes of AS, treatment with local (dressings) or general (double pajamas) moist treatment with corticosteroids is indicated
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Neurodermitis-015

ID	ND-015

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten mit wiederkehrenden Infektionen oder Ekzem bedingten psychosozialen Problemen, die zu einem Dermatologen überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten mit wiederkehrenden Infektionen oder Ekzem bedingten psychosozialen Problemen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die zu einem Dermatologen überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Eine spezielle dermatologische Beratung kann für Kinder mit atopischem Ekzem von Vorteil sein, um die Behandlung ihres Zustands. Sie kann dabei helfen, die Gründe zu ermitteln, warum das atopische Ekzem nicht gut unter Kontrolle ist (einschließlich auslösender Faktoren wie Kontaktallergene) oder Unterstützung bieten, wenn die die Lebensqualität und das psychosoziale Wohlbefinden negativ beeinflusst. Die Einschätzungen der Eltern oder Betreuer Einschätzung des körperlichen oder psychosozialen Wohlbefindens eines Kindes sollten als wichtige Determinanten für den Bedarf an dermatologischer Fachberatung.
Original-Indikator	The proportion of children with uncontrolled or unresponsive atopic eczema, including recurring infections, or psychosocial problems related to the atopic eczema who are referred for specialist dermatological advice
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2007)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-016

ID	ND-016

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten mit moderaten oder schweren Ekzemen, die zu (pädiatrischen dermatologischen) Spezialist:innen zur Untersuchung auf mögliche Nahrungsmittel- und andere Allergien überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten mit moderaten oder schweren Ekzemen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die zu (pädiatrischen dermatologischen) Spezialisten zur Untersuchung auf mögliche Nahrungsmittel- und andere Allergien überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Eine spezialisierte dermatologische Beratung kann sinnvoll sein, um die Behandlung der Erkrankung zu verbessern. Diese kann helfen, Gründe für schlecht eingestellte Ekteme zu identifizieren (einschließlich Triggerfaktoren wie Kontaktallergene) oder Unterstützung bieten, wenn die Erkrankung negative Auswirkungen auf die Lebensqualität und das psychosoziale Wohlbefinden hat.
Original-Indikator	The proportion of infants and young children with moderate or severe atopic eczema that has not been controlled by optimal treatment who are referred for specialist investigation to identify possible food and other allergies
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2007)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-017

ID	ND-017

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten mit Verdacht auf Eczema herpeticatum, die sofort mit systemischen Aciclovir behandelt und am selben Tag zur nächst höheren Versorgungsstufe (pädiatrische dermatologische Spezialisten) überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten mit Verdacht auf Eczema herpeticatum
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die sofort mit systemischen Aciclovir behandelt und am selben Tag zur nächst höheren Versorgungsstufe (pädiatrische dermatologische Spezialisten) überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Ekzema herpeticum (weitverbreiteter Herpes-simplex-Virus) ist eine schwerwiegende Erkrankung, die selten erkannt wird und deren Zustand sich schnell verschlechtern kann, wenn sie nicht rechtzeitig diagnostiziert wird. Ekzem herpeticum kann tödlich sein tödlich verlaufen und sollte daher eine dringende Indikation für eine Überweisung sein.
Original-Indikator	The proportion of children with atopic eczema who have suspected eczema herpeticum who receive immediate treatment with systemic aciclovir and are referred for same-day specialist dermatological advice.
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2007)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Konsultation

Neurodermitis-018

ID	ND-018

Statement	**Anteil aller Mütter von Neurodermitispatienten, denen zur Vorbeugung einer Neurodermitis beim Baby in der Stillzeit eine Ausschlussdiät empfohlen wurde.**

Nenner	Anzahl (stillende) Mütter von Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen zur Vorbeugung einer Neurodermitis eine Ausschlussdiät empfohlen wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Es gibt derzeit keine Hinweise darauf, dass Ausschlussdiäten in der Stillzeit einen Effekt zur Vorbeugung von Neurodermitis haben, daher ist keine Empfehlung notwendig.
Original-Indikator	It is not necessary to implement exclusion diets during breastfeeding to prevent the development of AD in the baby.
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020).
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-019

ID	ND-019

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten mit einem individuellen Verhaltensplan.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation mit einem individuellen Verhaltensplan
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Individuelle Verhaltenspläne, die Behandlungsschritte je nach Ausprägung der Symptomatik erläutern, erhöhen das Selbstmanagement der Patienten.
Original-Indikator	Atopic Dermatitis Action Plan
Quelle	(Child Health BC 2022)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-020

ID	ND-020

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, deren Schweregrad des Ekzems in jedem Quartal mit Arztbesuch mindestens einmal dokumentiert wird.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Schweregrad des Ekzems bei jedem Arztbesuch dokumentiert wird
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Um eine angemessene Behandlung einzuleiten, sollte bei jedem Arztbesuch die genaue Symptomatik bzw. Schwere des Ekzems dokumentiert werden.
Original-Indikator	The proportion of children with atopic eczema who have their eczema severity recorded at each eczema consultation
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2007)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-022

ID	ND-022

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten bzw. deren Eltern, denen ein Schulungsprogramm empfohlen wurde.**

Nenner	Anzahl Neuordermitspatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen bzw. deren Eltern ein Schulungsprogramm empfohlen wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	"Eine strukturierte interdisziplinäre Neurodermitisschulung wird für Sorgeberechtigte mit Kindern in bis 7 Jahre sowie für Kinder (8-12 Jahre) und deren Sorgeberechtigte sowie für Patienten >13 Jahre mit chronischer bzw. chronisch rezidivierender Neurodermitis empfohlen.“ (Quelle: https://register.awmf.org/assets/guidelines/013-027l_S3_Atopische-Dermatitis-AD-Neurodermitis-atopisches-Ekzem_2023-07.pdf)
Original-Indikator	An educational program for patients/carers held twice or more a year is recommended.
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-023

ID	ND-023

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten mit moderaten bis schweren Ekzemen, die eine systemische Therapie erhalten.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten mit moderaten bis schweren Ekzemen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die eine systemische Therapie erhalten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Eine Systemtherapie ist bei moderaten bis schwer ausgeprägten Ekzemen, die sich nicht durch topische Glukokorticosteroide einstellen lassen, sinnvoll.
Original-Indikator	It is a good idea for patients with moderate-to-severe AD to have the option of receiving systematic treatment
Quelle	(Poveda-Montoyo et al. 2020)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Neurodermitis-024

ID	ND-024

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, deren Behandlung nach Schweregrad des Ekzems gemäß Stufentherapie erfolgt und die Patientenschulungen erhalten.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Behandlung nach Schweregrad des Ekzems gemäß Stufentherapie erfolgt und die Patientenschulungen erhalten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Die Behandlung der Ekzeme sollte individuell nach Stufenschema (Leitlinie) erfolgen. Je nach Schweregrad der derzeitigen Symptomatik entspricht das einer von vier Therapiestufen mit dazugehörigen Therapieempfehlungen. Neben der Basistherapie stellen im Stufenschema Patientenschulungen die Grundlage der Behandlungen dar. Betroffene Kinder und ihre Eltern oder Sorgeberechtigten sollten über die Erkrankung sowie deren unterschiedlichen Behandlungen informiert und im Behandlungsmanagement unterstützt werden.
Original-Indikator	The proportion of children with atopic eczema who receive treatment based on recorded eczema severity using the stepped-care plan, supported by education.
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2007)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-026

ID	ND-026

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, die Symptome (z.B. Jucken) sowie emotionale und krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen aufweisen.**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die Symptome (z.B. Jucken) sowie emotionale und krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen aufweisen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Neurodermitis selbst und damit verbundene Faktoren, insbesondere der Juckreiz, können zur Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Schul- oder Arbeitsleistungen sowie zu Problemen im sozialen Umfeld führen.
Original-Indikator	Erkrankungsspezifische Lebensqualität Belastung: Symptome (z. B. Jucken) sowie emotionale und funktionale krankheitsbedingte Einschränkungen Stigma: Gefühle, stigmatisiert zu sein, wenn andere den Zustand der Haut sehen - Neurodermitis
Quelle	(Farin et al. 2012)
Kategorie	PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Neurodermitis-027

ID	ND-027

Statement	**Anteil Neurodermitispatienten, die sich stigmatisiert fühlen, wenn andere Personen den Zustand der Haut sehen. (erkrankungsspezifische Lebensqualität)**

Nenner	Anzahl Neurodermitispatienten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die sich stigmatisiert fühlen, wenn andere Personen den Zustand der Haut sehen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Neurodermitis selbst und damit verbundene Faktoren, z.B. Wunden und Narben, können zur Beeinträchtigung der Lebensqualität, der Schul- oder Arbeitsleistungen sowie zu Problemen im sozialen Umfeld und Stigmatisierung führen.
Original-Indikator	Erkrankungsspezifische Lebensqualität Belastung: Symptome (z. B. Jucken) sowie emotionale und funktionale krankheitsbedingte Einschränkungen Stigma: Gefühle, stigmatisiert zu sein, wenn andere den Zustand der Haut sehen - Neurodermitis
Quelle	(Farin et al. 2012)
Kategorie	PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

5 Indikatoren Otitis media

Otitis media-001

ID	OM-001

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media, die auf alle drei klinischen Kriterien einer akuten Otitis media (akuter Beginn, Mittelohrerguss, Mittelohrentzündung) untersucht wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die auf alle drei klinischen Kriterien einer akuten Otitis media (akuter Beginn, Mittelohrerguss, Mittelohrentzündung) untersucht wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Um die akute Otitis media von anderen Erkrankungen unterscheiden zu können, bedarf es eine genaue Anamnese und Untersuchung hinsichtlich den drei Kriterien.
Original-Indikator	Robust diagnosis of AOM: Number of patients who were screened for all three relevant clinical criteria of AOM (acute onset, middle ear effusion, middle ear inflammation).
Quelle	(Ewald et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-002

ID	OM-002

Statement	**Anteil Patienten im Alter von 2 Monaten-12 Jahren mit Otitis media und Ergussbildung, denen keine systemischen Corticosteroide verordnet wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten im Alter von 2 Monaten-12 Jahren mit Otitis media und Ergussbildung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen keine systemischen Corticosteroide verordnet wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Otitis Media mit Erguss bildet sich in der Regel spontan zurück, wobei eine Therapie nur dann angezeigt ist, wenn die Erkrankung anhaltend ist und klinisch signifikante Vorteile erzielt werden können. Systemische antimikrobielle Mittel haben keine nachgewiesene langfristige Wirksamkeit und haben potenzielle unerwünschte Wirkungen. Daher erfasst der QI die bedarfsgerechte Versorgung.
Original-Indikator	Media with Effusion: Systemic corticosteroids – Avoidance of inappropriate use. Percentage of patients aged 2 months through 12 years with a diagnosis of OME who were not prescribed systemic corticosteroids. (#0657 Otitis Media with Effusion: Systemic antimicrobials – Avoidance of inappropriate use, Last Updated: Jun 03, 2019)
Quelle	NQF
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-003

ID	OM-003

Statement	**Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, denen systemische Analgetika (Paracetamol oder Ibuprofen) verordnet wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen systemische Analgetika (Paracetamol oder Ibuprofen) verordnet wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Um die Symptome wie Ohrenschmerzen zu lindern sowie Fieber zu senken, sollten Schmerzmittel verordnet werden.
Original-Indikator	Children aged 12 months to 2 years diagnosed with AOM were provided systemic analgesics (paracetamol (PO) OR Ibuprofen).
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-005

ID	OM-005

Statement	**Anteil Patienten im Alter von 2 Monaten-12 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung, denen weder Antihistaminika noch abschwellende Mittel verordnet oder empfohlen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten im Alter von 2 Monaten-12 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen weder Antihistaminika noch abschwellende Mittel verordnet oder empfohlen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Mittel wie Nasentropfen oder Nasensprays können die Nasenschleimhäute abschwellen lassen und die Belüftung des Mittelohrs verbessern. Es liegt jedoch keine Evidenz vor, dass abschwellende Mittel oder Antiasthmatika zur Heilung beitragen oder die Symptome lindern. Um eine Überversorgung sowie mögliche Nebenwirkungen auszuschließen, wird die Verordnung nicht empfohlen.
Original-Indikator	Otitis Media with Effusion: Antihistamines or decongestants – Avoidance of inappropriate use. Percentage of patients aged 2 months through 12 years with a diagnosis of OME who were not prescribed or recommended to receive either antihistamines or decongestants. (#0655 Otitis Media with Effusion: Antihistamines or decongestants – Avoidance of inappropriate use, Last Updated: Jun 03, 2019)
Quelle	NQF
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-006

ID	OM-006

Statement	**Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, deren Symptome nach 24-48 Stunden unverändert blieben oder sich verschlimmerten, und denen dann Antibiotika verordnet wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, deren Symptome nach 24-48 Stunden unverändert blieben oder sich verschlimmerten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen Antibiotika verordnet wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	80% der akuten Otitis media heilen spontan ohne Antibiotika. Daher sollte bei Patienten mit einer zunächst unkomplizierten akuten Otitis media vorerst auf ein Antibiotikum verzichtet werden. Erst wenn nach einer abwartenden Behandlung von 24 - 48 Stunden die Symptome unverändert sind oder sich verschlimmerten, sollte die Behandlung mit Antibiotika eingeleitet werden.
Original-Indikator	Children aged 12 months to 2 years diagnosed with AOM, whose symptoms were unchanged or worsened after 24-48 hours, were prescribed antibiotics.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-007

ID	OM-007

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media ≥ 12 Monate mit leichtem Unwohlsein, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media ≥ 12 Monate mit leichtem Unwohlsein
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein Antibiotikum verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei Patienten mit einem leichten Unwohlsein sollte zunächst abgewartet und beobachtet und erst nach 24- 48 Stunden bei einer Verschlechterung der Symptomatik eine antibiotische Behandlung eingeleitet werden. Der QI erfasst eine verfrühte oder ggf. sogar unnötige Verordnung von Antibiotika, was mit Nebenwirkungen verbunden sein kann und vermieden werden sollte.
Original-Indikator	Children with AOM aged ≥ 12 months who were mildly unwell were prescribed antibiotics.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-008

ID	OM-008

Statement	**Anteil Patienten < 6 Monate mit akuter Otitis media, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten < 6 Monate mit akuter Otitis media
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein Antibiotikum verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Ein Alter von < 6 Monaten zählt zu den Risikofaktoren einer Otitis media. Es sollte eine sofortige Behandlung mit Antibiotika eingeleitet werden.
Original-Indikator	Children aged less than 6 months with AOM were prescribed an antibiotic.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-009

ID	OM-009

Statement	**Anteil Patienten ≥ 6 Monate mit schwer ausgeprägten Symptomen, schlechtem Allgemeinbefinden, einer sicheren akuten Otitis media Diagnose oder einer beidseitigen akuten Otitis media, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten ≥ 6 Monate mit schwer ausgeprägten Symptomen, schlechtem Allgemeinbefinden, einer sicheren akuten Otitis media Diagnose oder einer beidseitigen akuten Otitis media
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein Antibiotikum verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei Patienten mit einem Alter von > 6 Monaten und schwer ausgeprägten Symptomen sollte, im Gegensatz zu Patienten mit einem unkomplizierten Verlauf, eine antibiotische Behandlung eingeleitet werden.
Original-Indikator	Children aged ≥ 6 months, who had severe symptoms or were severely unwell, or their diagnosis was certain, or they had bilateral AOM, were prescribed an antibiotic.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-010

ID	OM-010

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media und schwer ausgeprägten Symptomen (mäßige oder schwere Otalgie, Otalgie über mindestens 48 Stunden oder einer Körpertemperatur von 39 Grad Celsius oder höher), denen ein Antibiotikum verordnet wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media und schwer ausgeprägten Symptomen (mäßige oder schwere Otalgie, Otalgie über mindestens 48 Stunden oder einer Körpertemperatur von 39 Grad Celsius oder höher)
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein Antibiotikum verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei Patienten mit einem Alter von > 6 Monaten und schwer ausgeprägten Symptomen sollte, im Gegensatz zu Patienten mit einem unkomplizierten Verlauf, eine antibiotische Behandlung eingeleitet werden.
Original-Indikator	Children with AOM and severe symptoms (moderate or severe otalgia or otalgia for at least 48 hours or temperature 39 degrees Celsius or higher), were prescribed an antibiotic.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-012

ID	OM-012

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Antibiotikaverordnung, die >=48h Entzündungszeichen haben.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media und Antibiotikaverordnung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die >=48h Entzündungszeichen haben
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei Patienten mit einer zunächst unkomplizierten akuten Otitis media sollte vorerst auf ein Antibiotium aufgrund seiner möglichen Nebenwirkungen verzichtet werden. Wenn nach einer abwartenden Behandlung von 24 - 48 Stunden die Symptome unverändert sind oder sich verschlimmerten, sollte die Behandlung mit Antibiotika eingeleitet werden.
Original-Indikator	Children with AOM and for whom their inflammation did not resolve within 48 hours, were prescribed an antibiotic.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-013

ID	OM-013

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media, denen eines der folgenden Antibiotika verordnet wurde: Amoxicillin 45 mg/kg/Tag über 5 Tage oder, bei Vorliegen einer Penicillinallergie, Roxithromycin 2,5 mg/kg (max. 150 mg) oral 12-stündlich für 5 Tage oder Cefaclor 10 mg/kg bis zu 250 mg oral 8-stündlich für 5 Tage.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen eines der folgenden Antibiotika verordnet wurde: Amoxicillin 45 mg/kg/Tag über 5 Tage oder, bei Vorliegen einer Penicillinallergie, Roxithromycin 2,5 mg/kg (max. 150 mg) oral 12-stündlich für 5 Tage oder Cefaclor 10 mg/kg bis zu 250 mg oral 8-stündlich für 5 Tage
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Falls eine Antibiotikabehandlung notwendig ist werdem Amoxicillin sowie bei einer Penicillinallergie Roxithromycin oder Cefaclor als das Mittel der Wahl empfohlen.
Original-Indikator	Children with AOM were prescribed the following antibiotics: * Amoxicillin 45 mg/kg/day for 5 days OR * Roxithromycin 2.5 mg/kg (max 150 mg) oral 12-hourly for 5 days or Cefaclor 10 mg/kg up to 250 mg PO, 8-hourly for 5 days if allergic to penicillin.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-014

ID	OM-014

Statement	**Anteil Patienten im Alter von 1-3 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung und einem ansonsten guten Gesundheitszustand, bei denen in der initialen Behandlungsphase (bis zu 12 Wochen) eine Myringotomie mit oder ohne Einlage eines Paukenröhrchens durchgeführt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten im Alter von 1-3 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung und einem ansonsten guten Gesundheitszustand
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen in der initialen Behandlungsphase (bis zu 12 Wochen) eine Myringotomie mit oder ohne Einlage eines Paukenröhrchens durchgeführt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	In diesem frühen Stadium sollte keine Myringotomie durchgeführt werden. Sie kann zu einer Morbidität wie beispielsweise einem Riss in der äußeren Gehörgangswand, anhaltender Otorrhö, Cholesteatom oder einer permanenten Membranperforation führen. Daher erfasst der QI eine patientensicherheisrelevante Überversorgung.
Original-Indikator	Otitis Media children ages 1-3 years: 4. For all paitents with a diagnosis of otitis media with effusion, during the initial management period (up to 12 weeks), myringotomy with or without insertion of tympanostomy tubes should not be performed in an otherwise healthy child (no other complications).
Quelle	(RAND 2000)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-015

ID	OM-015

Statement	**Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, mit denen eine Verlaufskontrolle nach 48 Stunden vereinbart wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen eine Verlaufskontrolle nach 48 Stunden vereinbart wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei Patienten > 6 Monaten mit einer unkomplizierten akuten Otitis media sollte vor der Verordnung von Antibiotika zunächst abgewartet und die Symptomatik beobachtet werden. Um mögliche Verschlechterungen festzustellen und ggf. eine Antibiotikabehandlung einzuleiten sollte beim Ersttermin eine Folgeuntersuchung zur Verlaufskontrolle vereinbart werden.
Original-Indikator	Children aged 12 months to 2 years diagnosed with AOM had a follow-up visit arranged at 48 hours.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-016

ID	OM-016

Statement	**Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung, die nach 3 Monaten nachuntersucht wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die nach 3 Monaten nachuntersucht wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Patienten mit Otitis media und Ergussbildung sollten nach 3 Monaten nachuntersucht werden, um den Gesundheitszustand und mögliche Komplikationen wie Hörminderungen festzustellen. Bei aufgetretenen Komplikationen sollte der Patient zu einem HNO-Facharzt überwiesen werden.
Original-Indikator	Children diagnosed with OME were reviewed in 3 months.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-020

ID	OM-020

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Patienten mit chronischer Otitis media, bei denen Sprach- und allgemeine Entwicklungsverzögerungen bestehen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media und Patienten mit chronischer Otitis media, bei denen Sprach- und allgemeine Entwicklungsverzögerungen bestehen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei einer Otitis media und bestehenden Sprach- und allgemeinen Entwicklungsverzögerungen sollte eine fachärztliche Untersuchung durchgeführt werden, um mögliche Zusammenhänge zu untersuchen und entsprechende Behandlungen einzuleiten.
Original-Indikator	Children with AOM and persistent AOM with speech or general developmental delay, were referred to an ENT specialist.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-021

ID	OM-021

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media und bestehenden Fehlbildungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media und bestehenden Fehlbildungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei bestehenden Fehlbildung im Hals-Nasen-Ohrenbereich, sollte die Behandlung bei einem Facharzt durchgeführt werden.
Original-Indikator	Children with AOM and underlying ENT abnormalities, were referred to an ENT specialist.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-022

ID	OM-022

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media und einem länger als 3 Monate andauernden Erguss mit beidseitiger Hörminderung (größer als 20 dB), die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media und einem länger als 3 Monate andauernden Erguss mit beidseitiger Hörminderung (größer als 20 dB)
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei einem komplizierterem Krankheitsverlauf sollte der Patient zu einem Facharzt überwiesen werden.
Original-Indikator	Children with AOM and an effusion lasting longer than 3 months with bilateral hearing impairment (greater than 20 dB), were referred to an ENT specialist.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-023

ID	OM-023

Statement	**Anteil Patienten mit mehr als 4 symptomatischen akuten Otitis media Rezidiven in 6 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit mehr als 4 symptomatischen akuten Otitis media Rezidiven in 6 Monaten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei häufigem Auftreten von akuten Otitis media Episoden sollte an einen HNO-Facharzt überwiesen werden, um mögliche Ursachen für das Auftreten zu identifizieren und das Risiko für weitere Episoden zu senken.
Original-Indikator	Children with recurrent symptomatic AOM episodes (greater than 4 times in 6 months), were referred to an ENT specialist.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-024

ID	OM-024

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Cholesteatom, Mastoiditis oder Fazialisparese, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media und Cholesteatom, Mastoiditis oder Fazialisparese
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Patienten mit einer akuten Otitis media und Komorbiditäten sollten für eine adäquate Behandlung zu einem HNO-Facharzt überwiesen werden.
Original-Indikator	Children with AOM and cholesteatoma, mastoiditis or facial nerve palsies, were referred to an ENT specialist.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-025

ID	OM-025

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media und chronischer Trommelfellperforation und die nach 3 Monaten nicht auf die Behandlung ansprachen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media und chronischer Trommelfellperforation. die nach 3 Monaten nicht auf die Behandlung ansprachen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Um eine adäquate Behandlung von Patienten mit akuter Otitis media und chronischer Trommelfellperforation zu gewährleisten, sollten diese bei fehlender Ansprache auf die Behandlung an einen HNO-Facharzt überwiesen werden.
Original-Indikator	Children with AOM and chronic perforation not responding to treatment over 3 months, were referred to an ENT specialist
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-027

ID	OM-027

Statement	**Anteil Patienten ≥ 3 Jahre mit persistierender beidseitiger Otitis media mit Ergussbildung, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten ≥ 3 Jahre mit persistierender beidseitiger Otitis media mit Ergussbildung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei komplizierten und langanhaltenden Verläufen sollte zunächst eine Überweisung zu einem HNO-Arzt stattfinden, um eine fachärztliche Untersuchung und Behandlung zu gewährleisten. Erst als letzter Schritt sollte eine Überweisung für eine Operation erfolgen.
Original-Indikator	Children aged ≥ 3 years with persistent bilateral OME were referred to an ENT specialist.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-028

ID	OM-028

Statement	**Anteil Patienten ≥ 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung mit Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensproblemen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten ≥ 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung mit Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensproblemen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Patienten mit Ergussbildung und Sprech-. Sprachentwicklungs- oder Verhaltensproblemen sollten an einen HNO-Arzt überwiesen werden, um mögliche Zusammenhänge zur Erkrankung zu untersuchen und eine fachärztliche Behandlung einzuleiten.
Original-Indikator	Children aged ≥ 3 years with OME and speech and language, developmental or behavioral problems were referred to an ENT specialist
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-029

ID	OM-029

Statement	**Anteil Patienten mit länger als 3 Monate andauernder Otitis media mit Ergussbildung und Anzeichen für eine Hörminderung, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit länger als 3 Monate andauernder Otitis media mit Ergussbildung und Anzeichen für eine Hörminderung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei komplizierten und langanhaltenden Verläufen sollte zunächst eine Überweisung zu einem HNO-Arzt stattfinden, um eine fachärztliche Untersuchung und Behandlung zu gewährleisten.
Original-Indikator	Children with OME for more than 3 months and evidence of hearing loss, were referred to an ENT specialist.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-030

ID	OM-030

Statement	**Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und mindestens 3 Episoden einer akuten Otitis media binnen 6 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und mindestens 3 Episoden einer akuten Otitis media binnen 6 Monaten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Patienten mit rezidivierender akuter Otitis media sollten von einem HNO-Arzt mitbehandelt werden. Auf diese Weise können zugrundeliegende Ursachen wie eine adenoide Hyperplasie ausgeschlossen werden und durch eine angemessene Behandlung weitere Episoden reduziert werden.
Original-Indikator	Children with OME and at least 3 episodes of AOM in a six-month period, were referred to an ENT specialist.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-031

ID	OM-031

Statement	**Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und mindestens 4 Episoden einer akuten Otitis media binnen 12 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und mindestens 4 Episoden einer akuten Otitis media binnen 12 Monaten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Patienten mit rezidivierender akuter Otitis media sollten von einem HNO-Arzt mitbehandelt werden. Auf diese Weise können zugrunde liegende Ursachen wie eine adenoide Hyperplasie ausgeschlossen werden und durch eine angemessene Behandlung weitere Episoden reduziert werden.
Original-Indikator	Children with OME and at least 4 episodes of AOM in a twelve-month period, were referred to an ENT specialist.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-032

ID	OM-032

Statement	**Anteil Patienten < 3 Jahre mit beidseitiger persistierender Otitis media mit Ergussbildung, die zu einer Operation überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten < 3 Jahre mit beidseitiger persistierender Otitis media mit Ergussbildung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die zu einer Operation überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0 %
Definitionen	
Begründung	Bei komplizierten und langanhaltenden Verläufen sollte zunächst eine Überweisung zu einem HNO-Arzt stattfinden, um eine fachärztliche Untersuchung und Behandlung zu gewährleisten. Erst als letzter Schritt sollte eine Überweisung für eine Operation, nach Empfehlung des HNO-Arztes, gestellt werden. Der QI ist daher relevant, um eine Überversorgung in diesem Indikationsbereich festzustellen.
Original-Indikator	OTIT27 Children aged less than 3 years with persistent bilateral OME were referred for surgery.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

Otitis media-035

ID	OM-035

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Antibiotikaverordnung (bzw. deren Eltern), die über den natürlichen Verlauf der Erkrankung einschließlich der durchschnittlichen Krankheitsdauer (bei akuter Otitis media 4 Tage) aufgeklärt wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Otitis media und Antibiotikaverordnung (bzw. deren Eltern)
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die über den natürlichen Verlauf der Erkrankung einschließlich der durchschnittlichen Krankheitsdauer (bei akuter Otitis media 4 Tage) aufgeklärt wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Antibiotika beeinflussen den Verlauf einer akuten Otitis media nur geringfügig. So können sie die Ohrenschmerzen in den ersten 24 Stunden nicht lindern. Um einen möglichen Abbruch der Antibiotikaeinnahme aufgrund einer scheinbar fehlenden Wirkung zu vermeiden, sollten die Patienten bzw. deren Eltern über den Krankheitsvlerlauf aufgeklärt werden.
Original-Indikator	Outpatients and Outpatient Parenteral Antibiotic Therapy (OPAT) patients with an antibiotic prescription should be educated on how to take it, on the dosage, on expected side effects, and on the natural history of the disease: For all Ab prescribing strategies, patients should be given: advice about the usual natural history of the illness, including the average total length of the illness (before and after seeing the doctor): AOM (4 days), acute sore throat/ acute pharyngitis/ acute tonsillitis (1 week), common cold (1½ weeks), acute rhinosinusitis (2½ weeks), acute cough/ acute bronchitis (3 weeks) Numerator: Number of patients seen for AOM, acute sore throat/ acute pharyngitis/ acute tonsillitis, common cold, acute rhinosinusitis or acute cough/ acute bronchitis that are given advice about the usual natural history of the illness, including the average total length of the illness (before and after seeing the doctor)" WOHER?
Quelle	(March-López et al. 2020)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Otitis media-036

ID	OM-036

Statement	**Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und anhaltenden Symptomen, die zur Audiometrie überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und anhaltenden Symptomen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die zur Audiometrie überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100 %
Definitionen	
Begründung	Bei Patienten mit persistierender Otitis media wird die Durchführung einer Audiometrie empfohlen, um mögliche Hörbeeinrächtigungen messen zu können.
Original-Indikator	Children diagnosed with OME and continued symptoms were referred for an audiogram.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

6 Indikatoren Tonsillitis

Tonsillitits-007

ID	TO-007
Statement	**Anteil Patienten mit einem positiven Antigen-Schnelltest (GABHS-Schnelltest zum Nachweis β-hämolysierender Streptokokken der Gruppe A), bei denen keine mikrobiologische Diagnostik erfolgte.**
Nenner	Anzahl Patienten mit einem positiven Antigen-Schnelltest (GABHS-Schnelltest zum Nachweis β-hämolysierender Streptokokken der Gruppe A).
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation ohne mikrobiologische Diagnostik.
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Nach Cottrell et al. sind die Schnelltests präzise genug, so dass ein positives Testergebnis für den Nachweis des Erregers ausreicht und keine mikrobiologische Diagnostik notwendig ist. Daher ist der Indikator relevant, um eine mögliche Überversorgung festzustellen.
Original-Indikator	In children and adolescents, a positive RADT test should not be backed up by a throat culture.
Quelle	(Cottrell et al. 2020)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Tonsillitits-008

ID	TO-008

Statement	**Anteil Patienten mit akuter Streptokokken-Tonsillitis, bei denen nach beendeter Therapie routinemäßig Blut- oder Urinuntersuchungen oder kardiologische Diagnostik (wie EKG) durchgeführt wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit akuter Streptokokken-Tonsillitis
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation mit routinemäßiger Blut- oder Urinuntersuchung oder kardiologischer Diagnostik (wie EKG) nach beendeter Tonsillitis-Behandlung
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	Nach Cotrell et al. ist es nicht notwendig, nach der beendeten Therapie einer akuten Streptokokkoken-Tonsillitis Blut-, Urin- oder kardiologische Untersuchungen durchzuführen. Dieser QI ist relevant, um Überversorgung festzustellen.
Original-Indikator	After appropriately treating acute streptococcal tonsillitis, routine blood tests or urine examinations or cardiologic diagnostics such as ECG are not indicate.
Quelle	(Cottrell et al. 2020)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Tonsillitits-012

ID	TO-012

Statement	**Anteil Patienten mit einem positiven Antigen-Schnelltest (GABHS-Schnelltest zum Nachweis β-hämolysierender Streptokokken der Gruppe A), bei denen keine mikrobiologische Diagnostik erfolgte.**

Nenner	Anzahl Patienten, bei denen eine Streptokokken-Tonsillitis diagnostiziert wurde
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen beim ersten Arztbesuch ein spezifisches Antibiotikum (Benzathin-Penicillin G, Procain-Penicillin G, Amoxicillin, Penicillin V oder Phenoxymethylpenicillin-Benzathin) verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die unnötige Verschreibung von Antibiotika trägt zur Entwicklung von Antibiotikaresistenzen bei Antibiotikaresistenz bei, begünstigt die Beseitigung der normalen Darmflora, verursacht unerwünschte Arzneimittelwirkungen und erhöht die Kosten des Gesundheitswesens. Dieser QI erfasst die korrekte Verordnung von Antibiotika mit für Krankheitsbild und Zielgruppe empfohlene Wirkstoffe.
Original-Indikator	Numerator: Children diagnosed with streptococcal pharyngitis or streptococcal tonsillitis who received prescription of specific antibiotic (penicillin G benzathine or penicillin G procaine or amoxicillin) at the first visit × 100 Denominator: Total number of children diagnosed with streptococcal pharyngitis or streptococcal tonsillitis
Quelle	(Doubova et al. 2015)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Tonsillitits-013

ID	TO-013

Statement	**Anteil Patienten > 1 Jahr mit akuter Tonsillitis, denen Antibiotika zur systemischen Anwendung verordnet wurden und die Chinolone erhielten.**

Nenner	Anzahl Patienten > 1 Jahr mit akuter Tonsillitis, denen Antibiotika zur systemischen Anwendung verordnet wurden
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die Chinolone erhielten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	Streichung der Indikation von Chinolonen für Tonsillitis: „Negatives Nutzen -Risiko -Verhältnis einiger Chinolone aufgrund unzureichender Daten zur Wirksamkeit“. “Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Fluorchinolone/Chinolone: schwere und lang anhaltende und ggf. dauerhaft die Lebensqualität beeinflussende Nebenwirkungen Verfahren nach Art.31 der RL 2001/83/EG 83. Routinesitzung, 15. November 2018. (URL: Quelle: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Gremien/RoutinesitzungPar63AMG/83Sitzung/pkt-3-1-1.pdf?__blob=publicationFile)
Original-Indikator	The percentage of patients older than 1 year with acute tonsillitis (ICPC-2-R:R76) prescribed antibacterials for systemic use (ATC: J01) receiving quinolones (ATC: J01M)
Quelle	(Adriaenssens et al. 2011)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Tonsillitits-014

ID	TO-014

Statement	**Anteil Patienten im Alter von 3-14 Jahren mit einer Tonsillitis, die positiv auf β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A (GABHS) getestet wurden und die allergisch auf Penicillin reagieren, denen Makrolide verordnet wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten im Alter von 3-14 Jahren mit einer Tonsillitis, die positiv auf β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A (GABHS) getestet wurden und die allergisch auf Penicillin reagieren
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen Makrolide verordnet wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Erytrhomycin zeigt bei bekannter Penicillinallerigier gute Ergebnisse auf. (Quelle: Robert-Koch-Institut (RKI): URL:https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Streptococcus_pyogenes.html"
Original-Indikator	Children aged 3-14 years assessed as High Risk or GABHS positive and allergic to penicillin were prescribed oral Erythromycin.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Episode

Tonsillitits-016

ID	TO-016

Statement	**Anteil Patienten mit häufig rezidivierender akuter Tonsillitis, denen die Indikation zur Tonsillektomie/Adenotonsillektomie gestellt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit häufig rezidivierender akuter Tonsillitis
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen die Indikation zur Tonsillektomie/Adenotonsillektomie gestellt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Dieser QI erfasst die korrekte Indikation der Tonsillektomie. Diese sollte nur bei häufigem und nicht bei seltenen oder leichten Auftreten verordnet werden. Die Verringerung der Anzahl von Halsentzündungen mit Fieber ist in den ersten zwei Jahren nach der Operation statistisch signifikant.
Original-Indikator	Frequent Recurrent Acute Tonsillitis: Tonsillectomy/adenotonsillectomy is indicated for episodes of recurrent acute tonsillitis. As a guide, seven episodes in the preceding 12 months, or 5 in each year for 24 months, or 3 per year for 3 years; account should be taken of the clinical severity of the episodes and that this may result in as little as one less episode of sore throat with fever per year.
Quelle	(Paediatrics & Child Health Division of The Royal Australasian College of Physicians and The Australien Society of Otolaryngology Head and Neck Surgery)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient

7 Indikatoren Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-001

ID	ADHS-001
Statement	**Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und umfassend hinsichtlich mindestens zwei der folgenden Kriterien beurteilt wurden:** **- körperliche Gesundheit** **- Entwicklungsstand** **- psychische Gesundheit**
Nenner	Anzahl Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und umfassend hinsichtlich mindestens zwei der folgenden Kriterien beurteilt wurden: - körperliche Gesundheit - Entwicklungsstand - psychische Gesundheit
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die umfassende Untersuchung ist wichtig, um ADHS von anderen psychischen Störungen (z.B. Tic-Störungen, Störungen des Sozialverhaltens) oder körperlichen Erkrankungen (z.B. Schilddrüsenfunktionsstörungen, Hör- oder Sehstörungen) abzugrenzen.
Original-Indikator	Kinder, die sich bei einem klinischen Spezialisten mit Symptomen/Symptomen von ADHS vorstellten, hatten eine umfassende medizinische, entwicklungsbezogene und Beurteilung der psychischen Gesundheit.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-002

ID	ADHS-002

Statement	**Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und die umfassend untersucht wurden, einschließlich ihrer Unterstützungsbedarfe sowie familiärer, sozialer und schulischer Rahmenbedingungen.**

Nenner	Anzahl Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die umfassend untersucht wurden, einschließlich ihrer Bedürfnisse sowie familiärer, sozialer und schulischer Umstände
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Um ein umfassendes Bild über den Patienten und seine Lebensumstände gewinnen zu können, ist eine entsprechend ausführliche Anamnese notwendig. Diese ist für die Einordnung der Symptomatik und der Wahl der Behandlungsmöglichkeit grundlegend.
Original-Indikator	Children who presented to a clinical specialist with symptoms/signs of ADHD had a holistic assessment which included their needs, family, social and educational circumstances.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-003

ID	ADHS-003
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine ausführliche Familienanamnese, Eigenanamnese, biografische Anamnese und körperliche und/oder neurologische Untersuchung durchgeführt und dokumentiert wurden.**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine ausführliche Familienanamnese, Eigenanamnese, biografische Anamnese und körperliche und/oder neurologische Untersuchung durchgeführt und dokumentiert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Um ein umfassendes Bild über den Patienten und seine Lebensumstände gewinnen zu können, ist eine entsprechend ausführliche Anamnese notwendig. Diese ist für die Einordnung der Symptomatik und der Wahl der Behandlungsmöglichkeit grundlegend.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine ausführliche Familienanamnese, Eigenanamnese, biografische Anamnese und körperlich-neurologische Untersuchung im SPZ durchgeführt und dokumentiert wurde. Alle Patienten mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden."
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-004

ID	ADHS-004
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine symptomorientierte Anamnese mittels eines (teil)strukturierten Interviews in Bezug auf mindestens zwei Lebensbereiche dokumentiert wurde.**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine symptomorientierte Anamnese mittels eines (teil)strukturierten Interviews in Bezug auf mindestens zwei Lebensbereiche dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Zu den ICD-10 Kriterien einer ADHS gehört die settingübergreifende Symptomatik. Daher sollte die symptomübergreifende Anamnese mindestens zwei Lebensbereiche betreffen.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine symptomorientierte Anamnese mittels einem (teil)strukturierten Interview in Bezug auf mindestens 2 Lebensbereiche im SPZ ergänzt und dies dokumentiert wurde. Alle Patienten, mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-005

ID	ADHS-005
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die ADHS-Leitsymptome Unaufmerkamkeit, Impulsivität und Hyperaktivität sollten bei der Diagnostik berücksichtigt und dementsprechend dokumentiert werden.
Original-Indikator	‡1 target symptom by primary caregiver (Initial clinical assessment (first 3 mo))
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-006

ID	ADHS-006

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, deren Ausmaß der Beeinträchtigung durch Informationen aus mindestens zwei Quellen (z.B. Eltern/Sorgeberechtigte und Schule) erfragt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Ausmaß der Beeinträchtigung durch Informationen aus mindestens zwei Quellen (z.B. Eltern/Sorgeberechtigte und Schule) erfragt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Zu den ICD-10 Kriterien einer ADHS gehört die settingübergreifende Symptomatik. Daher sollte das Ausmaß der Beeinträchtigung mindestens zwei Lebensbereiche betreffen. Die Erfassung ist relevant, um im Anschluss eine adäquate Maßnahme einleiten zu können.
Original-Indikator	Children with ADHD had their level of impairment assessed by gathering information from multiple sources.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-007

ID	ADHS-007
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, bei denen vor der Behandlung mit Stimulanzien oder Atomoxetin Gewicht, Größe, Herzfrequenz und Blutdruck dokumentiert wurden.**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und einer Behandlung mit Stimulanzien oder Atomoxetin
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen vor der Behandlung mit Stimulanzien oder Atomoxetin Gewicht, Größe, Herzfrequenz und Blutdruck dokumentiert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die Dokumentation von Gewicht, Größe, Herzfreuquenz und Puls vor der Verordnung von Stimulanzien und Atomoxetin ist bedeutend, um im Laufe der Behandlung Nebenwirkungen im Vergleich zu den Ausgangswerten besser idenzifizieren und die Therapie dementsprechend anpassen zu können.
Original-Indikator	Before a child is started on stimulant medication such as methylphendiate, dextroamphetamine, or pemoline, the health care provider should document the weight, height, heart rate, and blood pressure of the child.
Quelle	(RAND 2000)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-008

ID	ADHS-008
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien oder Atomoxetin verordnet bekamen, bei denen mindestens alle 6 Monate Gewicht, Größe, Herzfrequenz und Blutdruck dokumentiert wurden.**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS, die Stimulanzien oder Atomoxetin verordnet bekamen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen mindestens alle 6 Monate Gewicht, Größe, Herzfrequenz und Blutdruck dokumentiert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die regelmäßige Dokumenation von Gewicht, Größe, Herzfreuquenz und Puls ist bedeutend, um mögliche Nebenwirkungen der Behandlung mit Stimulanzien oder Atomoxetin kontrollieren und die Therapie dementsprechend anpassen zu können.
Original-Indikator	If simultant medications have been prescribed, the following should be documented at least every six months a. weight b. height c. heart rate d. blood pressure
Quelle	(RAND 2000)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-009

ID	ADHS-009

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS und auffälligen kardiovaskulären Symptomen, Befunden oder Krankenvorgeschichte, die vor Therapieeinleitung mit Stimulanzien an einen Kardiologen überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und auffälligen kardiovaskulären Symptomen, Befunden oder Krankenvorgeschichte und Verordnung von Stimulanzien
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die vor Therapieeinleitung mit Stimulanzien an einen Kardiologen überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Da Stimulanzien das Herz-Kreislaufsystem belasten, sollten Patienten mit kardiologischen Auffälligkeiten vor der Verordnung an einen Kinderkardiologen überwiesen werden.
Original-Indikator	Children with ADHD prescribed stimulant medication (methylphenidate and dexamphetamine sulphate) and with abnormal cardiovascular symptoms, findings or history, were referred to a cardiologist prior to prescription.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Ai	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-010

ID	ADHS-010

Statement	**Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Da körperliche Erkrankungen wie Seh- und Hörstörungen oder Schilddrüsenfunktionsstörungen Verhaltensweisen auslösen können, die als ADHS-Symptome missverstanden werden können, sollten die Diagnostik eine Untersuchung körperliche Begleiterkrankungen enthalten.
Original-Indikator	Children who presented to a clinical specialist with symptoms/signs of ADHD were assessed for co-existing illnesses.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-011

ID	ADHS-011

Statement	**Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem Spezialisten vorstellten und auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem Spezialisten vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Symptome einer ADHS können auch bei anderen psychischen Störungen auftreten (z.B. Tic-Störungen, Autismus, Substanzkonsumstörungen), die jedoch zusätzliche Symptome und Kriterien aufweisen, welche üblicherweise nicht bei ADHS auftreten. Zur Diagnosesicherung sollte daher eine differentialdiagnostische Untersuchung stattfinden.
Original-Indikator	Children who presented to a clinical specialist with symptoms/signs of ADHD were assessed for comorbid diagnosis.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-012

ID	ADHS-012

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine diagnostische Abklärung mittels altersentsprechender, standardisierter, mehrdimensionaler Testverfahren (z.B. BUEVA, BUEGA) erfolgte.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine diagnostische Abklärung mittels altersentsprechender, standardisierter, mehrdimensionaler Testverfahren (z.B. BUEVA, BUEGA) erfolgte
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Testpsychologische Untersuchungen sollten im Rahmen der Diagnostik ergänzend eingesetzt werden, um den Entwicklungsstand des Patienten zu untersuchen und mögliche Störungsbilder identifizieren zu können.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen durch den Erstbehandler eine diagnostische Abklärung mittels altersentsprechender, standardisierter, mehrdimensionaler Testverfahren (z.B. BUEVA, BUEGA) erfolgt ist und bei der störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorliegt. Alle Patienten mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-013

ID	ADHS-013

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine ADHS-spezifische Fragebogendiagnostik anhand normierter Verfahren, in Bezug auf mindestens zwei unterschiedliche Lebenskontexte durchgeführt und dokumentiert wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine ADHS-spezifische Fragebogendiagnostik anhand normierter Verfahren, in Bezug auf mindestens zwei unterschiedliche Lebenskontexte durchgeführt und dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine spezifische Fragebogendiagnostik anhand nor- mierter Verfahren, in Bezug auf mindestens 2 unterschiedliche Lebenskontexte im SPZ durchgeführt und dokumentiert wurde. Alle Patienten, mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-014

ID	ADHS-014
Statement	**Anteil Patienten ≥ 6 Jahre mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen ein mehrdimensionales Intelligenztestverfahren durchgeführt und dokumentiert wurde.**
Nenner	Anzahl Patienten ≥ 6 Jahre mit ADHS oder Verdacht auf ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen ein mehrdimensionales Intelligenztestverfahren durchgeführt und dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Um eine mögliche Intelligenzminderung, bei der eine Überforderung Symptome einer ADHS auslösen kann, ausschließen zu können, sollten Intelligenztestverfahren durchgeführt werden.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen ein mehrdimensionales Intelligenztestverfahren im SPZ durchgeführt und dokumentiert wurde. Alle Patienten im Schulalter, mit Verdacht auf HKS/ADS/ADHS oder bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-015

ID	ADHS-015
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte oder Lehrer kurz nach Beginn der medikamentösen Behandlung Follow-up-Ratingskalen ausgefüllt haben.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und medikamentöser Behandlung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Eltern/Sorgeberechtigte oder Lehrer kurz nach Beginn der medikamentösen Behandlung Follow-up-Ratingskalen ausgefüllt haben
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Zur Beurteilung der Wirkung der Medikamente, sollten Eltern/Sorgeberechtigte oder Lehrer Follow-up-Ratingskalen ausgehändigt bekommen und diese kurz nach Beginn der medikamentösen Behandlung ausfüllen.
Original-Indikator	% patients with follow-up rating scales completed by parent or teacher soon after medication initiation
Quelle	(Faraone et al. 2019 Aug)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-016

ID	ADHS-016
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekamen und mindestens 2 Nachuntersuchungen pro Jahr dokumentiert wurden, die eine Besprechung der Medikation, schulischen Fortschritte und des Behandlungsplans umfassten.**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekamen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen mindestens 2 Nachuntersuchungen pro Jahr dokumentiert wurden, die eine Besprechung der Medikation, schulischen Fortschritte und des Behandlungsplans umfassten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Management of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in primary care for school age children andadolescents: Percentage of patients, aged 6-18 years old, treated with psychostimulant medication for thediagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) whose medical record contains documentation of follow-upvisits at least twice a year that include height, weight, a discussion of medication, a discussion of school progress and acare plan.
Quelle	NQF
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-017

ID	ADHS-017

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS und Medikation mit Stimulanzien, bei denen alle 6 Monate mögliche Nebenwirkungen dokumentiert wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und Medikation mit Stimulanzien
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen alle 6 Monate mögliche Nebenwirkungen dokumentiert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Avoid continued or more serious side effects of medications. Monitoring side effects of pharmacotherapy will aid the health care provider in monitoring the need for modifications in pharmacotherapy. It is sufficient to state “no side effects” or only to mention one side effect. Side effects include any of the following: tics, decreased appetite, insomnia, headaches, or stomach aches.
Original-Indikator	If simultant medications have been prescribed, the health care provider should document at least every six months the presence or absence of side effects.
Quelle	(RAND 2000)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-018

ID	ADHS-018
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, denen Psychotherapie/psychosoziale Interventionen/Elterntraining empfohlen und alle 6 Monate eine Verlaufskontrolle der Symptomatik durchgeführt wurde.**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS, denen Psychotherapie/psychosoziale Interventionen/Elterntraining empfohlen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation und alle 6 Monate eine Verlaufskontrolle der Symptomatik durchgeführt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Um die Wirksamkeit der eingeleiteten Therapie beurteilen zu können und ggf. eine alternative Behandlung zu initiieren, sollte alle 6 Monat eine Verlaufskontrolle der Symptomatik durchgeführt werden.
Original-Indikator	Children with ADHD prescribed stimulant medication (methylphenidate and dexamphetamine sulphate) had their psychological symptoms and side effects assessed every 6 months.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-019

ID	ADHS-019

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die während der Einleitungsphase einer medikamentösen Behandlung innerhalb von 14 Tagen auf Symptomreduktion und mögliche Nebenwirkungen untersucht oder diese erfragt wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und medikamentöser Behandlung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die während der Einleitungsphase einer medikamentösen Behandlung innerhalb von 14 Tagen auf Symptomreduktion und mögliche Nebenwirkungen untersucht oder diese erfragt wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die Einleitungsphase einer medikamentösen Behandlung sollte streng kontrolliert werden. Daher sollte innerhalb von 14 Tagen nach Therapiebeginn ein Kontrolltermin stattfinden, bei diesem eine Symptomreduktion und mögliche Nebenwirkungen erfragt werden.
Original-Indikator	Follow-up care for children prescribed ADHD medication (initiationphase): percentage of patients 6 to 12 years of age as of the indexprescription start date with an outpatient ADHD medication who had onefollow-up visit with a practitioner with prescribing authority during the30-day initiation phase.
Quelle	Guidelinecentral
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung, Behandlung (einleitend)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-020

ID	ADHS-020

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS und mindestens 5 dokumentierten ICD-10-Kriterien.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation und mindestens 5 dokumentierten ICD-10-Kriterien
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Zur Diagnosesicherung sollten bei der Diagnostik die ICD-10 Kriterien angewandt und dokumentiert werden.
Original-Indikator	Diagnosis of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in primary care for school age children addolescents: Percentage of patients, aged 4-18 years, newly diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) whose medical record contains documentation of DSM-V criteria.
Quelle	NQF
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-021

ID	ADHS-021

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte ein ADHS-spezifisches Elterntraining empfohlen wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Eltern/Sorgeberechtigte ein ADHS-spezifisches Elterntraining empfohlen wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Eltern/Sorgeberechtigten von Patienten mit ADHS sollte eine Elternberatung / ein Elterntraining / eine Elternschulung (einschließlich Psychoedukation) im Einzel- oder Gruppenformat angeboten werden. Dies ist ebenfalls als angeleitete Selbsthilfe zu verstehen und zielt darauf ab, das Verständnis der Eltern für die Symptomatik ihres Kindes zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten anzupassen sowie Verhaltensprobleme und psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im häuslichen Umfeld zu reduzieren.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen im Vorfeld der EV im SPZ ein ADHS-spezifisches Elterntraining (in Beratungsstellen, der kinderärztlichen Praxis oder bei qualifizierten Therapeuten) stattgefunden hat. Alle Patienten mit bestehender HKS/ADS/ADHS-Diagnose unter einem Lebensalter von 10 Jahren, die zur störungsspezifischen Erstvorstellung im SPZ vorgestellt werden."
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Diagnostik + Empfehlungen/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-022

ID	ADHS-022

Statement	**Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, bei denen eine Beratung des extrafamiliären Bezugssystems (Kindergarten/Schule), ggf. mit therapeutischer Intervention in telefonischer oder persönlicher Form durchgeführt und dokumentiert wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine Beratung des extrafamiliären Bezugssystems (Kindergarten/Schule), ggf. mit therapeutischer Intervention in telefonischer oder persönlicher Form durchgeführt und dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Wenn die Symptomatik auch im Umfeld des Kindergartens oder der Schule auftritt, sollten neben der Beratung / des Training der Eltern auch Erzieher bzw. Lehrer beraten oder geschult werden. Dies soll dazu beitragen, das Verständnis für die Symptomatik zu verbessern, das Erziehungsverhalten entsprechend anzupassen und Verhaltensprobleme sowie psychosoziale Beeinträchtigungen der Patienten im Umfeld des Kindergartens/ der Schule zu reduzieren.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine Beratung des extrafamiliären Bezugssystems (Kindergarten/Schule), ggf. mit therapeutischer Intervention in telefonischer oder persönlicher Form durchgeführt wurde und dokumentiert ist. Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-023

ID	ADHS-023

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, bei denen der Bedarf an schulischer Unterstützung und/oder Möglichkeiten der Erziehungshilfe mit den Eltern/Sorgeberechtigten/nahen Bezugspersonen besprochen und dokumentiert wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen der Bedarf an schulischer Unterstützung und/oder Möglichkeiten der Erziehungshilfe mit den Eltern/Sorgeberechtigten/nahen Bezugspersonen besprochen und dokumentiert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Patienten und derern Eltern, sollten über alle Möglichkeiten der Behandlung und Unterstützung informiert werden. Da bei vielen ADHS-Patienten Symptome im Umfeld der Schule oder der Familie auftreten, sollte der Bedarf an schulischer Unterstützung und Erziehungshilfe besprochen werden.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen der Bedarf an schulischer Unterstützung und/oder Möglichkeiten der Erziehungshilfe mit den Eltern/nahen Bezugspersonen besprochen und dokumentiert wurden. Alle Patienten, mit gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-024

ID	ADHS-024

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte Informationen über die Diagnose und den Behandlungsplan erhielten.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Eltern/Sorgeberechtigte Informationen über die Diagnose und den Behandlungsplan erhielten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Um die individuelle Symptomatik der Patienten und Ressourcen des sozialen Umfelds zu berücksichtigen, sollten die Eltern mit in die Behandlungsplanung einbezogen werden. Daher sollten diese Informationen über das Krankheitsbild sowie den Behandlungsplan erhalten.
Original-Indikator	Parents of children with ADHD were provided with information on the diagnosis and management plan.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-025

ID	ADHS-025
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte über mögliche unerwünschte Wirkungen einer medikamentösen Behandlung informiert wurden.**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS mit einer Indikation für eine medikamentöse Behandlung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Eltern/Sorgeberechtigte über mögliche unerwünschte Wirkungen einer medikamentösen Behandlung informiert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Parents of children with ADHD were advised of the potential for adverse effects of the treatment.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)/ Behandlung (laufend - nur wenn die Therapie geändert wird im Laufe des Zeitraumes)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-026

ID	ADHS-026
Statement	**Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, für die eine verhaltenstherapeutische Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten empfohlen und dokumentiert wurde.**
Nenner	Anzahl Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, für die eine verhaltenstherapeutische Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten empfohlen und dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Eltern/Sorgeberechtigten von Patienten mit ADHS sollte eine Elternberatung / ein Elterntraining / eine Elternschulung (einschließlich Psychoedukation) im Einzel- oder Gruppenformat angeboten werden. Dies ist ebenfalls als angeleitete Selbsthilfe zu verstehen und zielt darauf ab, das Verständnis der Eltern für die Symptomatik ihres Kindes zu verbessern, ihr Erziehungsverhalten anzupassen sowie Verhaltensprobleme und psychosoziale Beeinträchtigungen des Kindes im häuslichen Umfeld zu reduzieren.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, für die eine verhaltenstherapeutische Anleitung der Eltern (Einzel- sowie Gruppentrainings) im SPZ selbst, oder unter Benennung regionaler Anlaufstellen, empfohlen und die Empfehlung dokumentiert wurde. Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-027

ID	ADHS-027
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die psychologische, pharmakologische oder pädagogische Interventionen erhielten.**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die psychologische, pharmakologische oder pädagogische Interventionen erhielten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Dieser QI erfasst, ob eine Behandlung stattgefunden hat. Unbehandeltes ADHS kann weitreichende Folgen haben und sich auf die schulische und sozialen Entwicklung sowie das familiäre Zusammenleben auswirken.
Original-Indikator	Children with ADHD received psychological, pharmacological or educational interventions
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-028

ID	ADHS-028

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die eine medikamentöse Behandlung benötigten und zunächst ein Stimulans verschrieben wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS, die eine medikamentöse Behandlung benötigten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen zunächst ein Stimulans verschrieben wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Stimulanzien wie Methylphenidat stellen als die am besten untersuchte Wirkstoffgruppe das Mittel der ersten Wahl für die medikamentöse ADHS-Therapie bei Kindern dar.
Original-Indikator	Children with ADHD requiring medication were first prescribed a stimulant medication.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-029

ID	ADHS-029
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verschrieben bekamen trotz kardiologischer Auffälligkeiten oder bekanntem Substanzmissbrauch bei Patient und/oder Eltern.**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und kardiologische Auffälligkeiten oder bekanntem Substanzmissbrauch bei Patient und/oder Eltern
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die Stimulanzien verschrieben bekamen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	Da Stimulanzien das Herz-Kreislaufsystem belasten, sollten Patienten mit kardiologischen Auffälligkeiten vor der Verordnung an einen Kinderkardiologen überwiesen werden. Bei vorliegendem Substanzmissbrauch sollte die Behandlung durch einen Spezialisten mit Kenntnissen in der Behandlung von ADHS und Sucht erfolgen
Original-Indikator	Children with ADHD prescribed stimulant medication (methylphenidate and dexamphetamine sulphate) had potential harms, allergies, adverse effects and contraindications, including diversion of medications for misuse and abuse documented, prior to prescription.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-030

ID	ADHS-030

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die Atomoxetin verschrieben bekamen trotz kardiologischer Auffälligkeiten.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und kardiologische Auffälligkeiten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die Atomoxetin verschrieben bekamen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	Da sich Atomoxetin auf das Herz-Kreislaufsystem auswirkt, sollten Patienten mit kardiologischen Auffälligkeiten vor der Verordnung an einen Kinderkardiologen überwiesen werden. Die Verordnung trotz kardiologischer Auffälligkeiten ohne fachärztliche Abklärung stellt eine Fehlversorgung mit Gefährdung der Patientensicherheit dar.
Original-Indikator	Children with ADHD prescribed stimulant medication (methylphenidate and dexamphetamine sulphate) had potential harms, allergies, adverse effects and contraindications, including diversion of medications for misuse and abuse documented, prior to prescription.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-031

ID	ADHS-031

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, deren Behandlung mit Stimulanzien von einem Hausarzt begonnen wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Behandlung mit Stimulanzien von einem Hausarzt begonnen wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	Eine Behandlung mit Stimulanzien soll nur von einem entsprechend qualifizierten Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde, für Neurologie und / oder Psychiatrie oder für Psychiatrie und Psychotherapie, der ärztlichen Psychotherapeuten eingeleitet und unter dessen Kontrolle angewandt werden.
Original-Indikator	Stimulant medication for the treatment of ADHD should not be initiated by GPs
Quelle	(Gill et al. 2014)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	HA
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-032

ID	ADHS-032

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS und Tourette-Syndrom oder Tic-Störung, denen bei einer Pharmakotherapie Stimulanzien oder alternativ Atomoxetin oder Guanfacin verordnet wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und Tourette-Syndrom oder Tic-Störung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen bei einer Pharmakotherapie Stimulanzien oder alternativ Atomoxetin oder Guanfacin verordnet wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Bei Patienten mit ADHS und Tourettesyndrom oder anderen Tic-Störungen sind neben Stimulanzien Atomxetin oder Guanfacin die Mittel der Wahl.
Original-Indikator	If the child has ADHD and Tourette Syndrome or a tic disorder and is begun on pharmacotherapy, the initial medication should be clonidine (methylphenidate, pemoline, or dextroamphetamine).
Quelle	(RAND 2000)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-033

ID	ADHS-033

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekamen, bei denen einmal im Jahr ein Auslassversuch für mindestens 7 Tage dokumentiert wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekamen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen einmal im Jahr ein Auslassversuch für mindestens 7 Tage dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Dieser QI ist relevant, um die Notwendigkeit der Weiterbehandlung einer bestehenden medikamentösen Therapie zu überprüfen.
Original-Indikator	Bei der Beurteilung, ob eine medikamentöse Therapie weiter indiziert ist, kann ein Auslassversuch hilfreich sein.
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) et al. 2017)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-034

ID	ADHS-034
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS ohne psychiatrische Komorbidität oder hoher Impulsivität, denen Antipsychotika (z.B. Risperidon, Aripiprazol oder Quetiapin) verordnet wurden.**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS ohne psychiatrische Komorbidität oder hoher Impulsivität
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation denen Antipsychotika (z.B. Risperidon, Aripiprazol oder Quetiapin) verordnet wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	Es liegt keine Evidenz für die Wirksamkeit von Antipsychotika im Hinblick auf die Leitsymptome einer ADHS vor. Daher sollten diese nur zur Behandlung von komorbiden Störungen, wie einer Störung des Sozialverhaltens mit hoher Impulsivität, eingesetzt werden.
Original-Indikator	Antipsychotika sollen für die Behandlung einer ADHS ohne assoziierte Störungen nicht eingesetzt werden.
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) et al. 2017)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-035

ID	ADHS-035

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, bei denen Stimulanzien ohne Anzeichen einer Verbesserung nach spätestens 8 Wochen abgesetzt wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS, denen Stimulanzien verordnet werden
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen Stimulanzien ohne Anzeichen einer Verbesserung nach spätestens 8 Wochen abgesetzt wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Bei fehlender einsetzender Wirkung von Stimulanzien, sollten diese abgesetzt und eine alternative Behandlung wie z.B. Psychotherapie eingeleitet werden.
Original-Indikator	Children with ADHD and no evidence of improvement had their stimulant medication (methylphenidate and dexamphetamine sulphate) ceased.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-036

ID	ADHS-036

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die unter Gabe von Stimulanzien inakzeptable Nebenwirkungen entwickeln und die Stimulanzienverordnung beendet wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS, die unter Gabe von Stimulanzien inakzeptable Nebenwirkungen entwickeln
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Stimulanzienverordnung beendet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Children with ADHD and unacceptable side effects had their stimulant medication (methylphenidate and dexamphetamine sulphate) ceased.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Konsultation
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-037

ID	ADHS-037
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die ohne vorangegangene bzw. gleichzeitige psychosoziale Intervention/Psychotherapie medikamentös behandelt wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die ohne vorangegangene bzw. gleichzeitige psychosoziale Intervention/Psychotherapie medikamentös behandelt wurden.
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Bei Kindern vor dem Alter von sechs Jahren soll primär psychosozial (einschließlich psychotherapeutisch) interveniert werden. Eine Pharmakotherapie der ADHS-Symptomatik soll nicht vor dem Alter von drei Jahren angeboten werden. Bei ADHS von einem leichten Schweregrad soll primär psychosozial (einschließlich psychotherapeutisch) interveniert werden. In Einzelfällen kann bei behandlungsbedürftiger residualer ADHS-Symptomatik ergänzend eine Pharmakotherapie angeboten werden.
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP) et al. 2017)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-038

ID	ADHS-038
Statement	**Anteil Patienten < 6 Jahre mit neu gestellter ADHS-Diagnose, denen ein ADHS-spezifisches Unterstützungs-/Strukturierungsangebot empfohlen wurde.**
Nenner	Anteil Patienten < 6 Jahre mit neu gestellter ADHS-Diagnose
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein ADHS-spezifisches Unterstützungs-/Strukturierungsangebot empfohlen wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Kinder unter sechs Jahren sollten primär nicht-medikamentös behandlet werden, daher sollte ihnen bzw. ihren Eltern ein AHDS-spezifisches Angebot, wie z.B. ein Elterntraining angeboten werden.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen die Empfehung zu einer nicht-medikamentösen Intervention (störungsspezifische verhaltenstherapeutische Maßnahme oder ein ADHS-spezifisches Unterstützungs-/Strukturierungsangebot – eltern- oder kindzentriert) gegeben und dokumentiert Wurde. Alle Patienten unter 6 Jahren, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-039

ID	ADHS-039

Statement	**Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose und SSV, bei denen längerfristige verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbezug der Eltern/Sorgeberechtigten, Familie und Bezugssysteme, ggf. auch Jugendhilfemaßnahmen, Gruppentherapien/soziales Gruppensetting oder eine institutionelle Betreuung zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens empfohlen und dokumentiert wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose und SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen längerfristige verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbezug der Eltern/Sorgeberechtigten, Familie und Bezugssysteme, ggf. auch Jugendhilfemaßnahmen, Gruppentherapien/soziales Gruppensetting oder eine institutionelle Betreuung zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens empfohlen und dokumentiert wurden.
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen längerfristige verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbezug der Eltern, Familie und Bezugssysteme, ggf. auch Jugendhilfemaßnahmen, Gruppentherapien/soziales Gruppensetting oder eine institutionelle Betreuung zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens empfohlen wurden und dokumentiert sind. Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose und Störung des Sozialverhaltens (F90.1) im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-040

ID	ADHS-040

Statement	**Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, bei denen eine verhaltenstherapeutische Intervention empfohlen und dokumentiert wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine verhaltenstherapeutische Intervention empfohlen und dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Im Falle einer Indikation für eine Psychotherapie sollte die kognitive Verhaltenstherapie angewendet werden. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) soll die Entwicklung von Strategien und das Erlernen praktischer Techniken unterstützen, die zu einer Reduktion des Einflusses der ADHS Symptomatik auf die Alltagsfunktionen beitragen, beispielsweise sollen Fertigkeiten bei der Lösung von Problemen, Techniken zur Reduktion von Ablenkbarkeit und Fertigkeiten zum Umgang mit Stress vermittelt werden. Weiterhin sollen über die Lebensspanne erworbene dysfunktionale Kognitionen erkannt und überprüft werden.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine verhaltenstherapeutische Intervention (einzeln, sowie in Gruppen) im SPZ oder an externer Anlaufstelle empfohlen und dies dokumentiert wurde. Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-041

ID	ADHS-041

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS und Lernstörung, die eine psychoedukative Intervention erhielten.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und Lernstörung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die eine psychoedukative Intervention erhielten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	If the child has a learning disorder, the child should receive or be reffered to the school system or other setting for psychoeducational intervention.
Quelle	(RAND 2000)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effeektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-042

ID	ADHS-042

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die Maßnahmen der Jugendhilfe in Anspruch genommen haben.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die Maßnahmen der Jugendhilfe in Anspruch genommen haben
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Langfristige Maßnahmen der Jugendhilfe, wie ambulante oder (teil-) stationäre Angebote werden bei einer nicht erfolgreichen ambulanten Behandlung empfohlen.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, die Maßnahmen der Jugendhilfe in Anspruch nehmen. Alle Patienten, mit gesicherter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-043

ID	ADHS-043

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS und komorbider Störung, die eine Psychotherapie erhielten und/oder zur psychiatrischen oder psychologischen Beurteilung zu einem Facharzt oder Psychologen überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und komorbider Störung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die eine Psychotherapie erhielten und/oder zur psychiatrischen oder psychologischen Beurteilung zu einem Facharzt oder Psychologen überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Enhance attention. Decrease impulsivity/hyperactivity. Increase self-esteem. Enhance social function. Decrease disruptive behaviors. The health care provider must treat any other disruptive behaviors in addition to ADHD.
Original-Indikator	If a child has another psychiatric disorder, the child should be reffered for psychiatric or psychologic evaluation and/or therapy
Quelle	(RAND 2000)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effekvivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	alle Patienten

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-044

ID	ADHS-044

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem generischen oder ADHS-spezifischen Instrument erfasst wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem generischen oder ADHS-spezifischen Instrument erfasst wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die Lebensqualität von ADHS-Patienten ist in den Bereichen Schule, Familie und Freunde häufig beeinträchtigt. Um das Ausmaß der Beeinträchtigung identifizieren zu können, sollte die Lebensqualität mit entsprechenden Instrumenten gemessen werden.
Original-Indikator	Paediatric Quality of Life Inventory (Peds-QL) (Varni et al. 1999); Inventory of Life Quality in Children and Adolescents (ILC) (Mattejat and Remschmidt 2006); CHQ (Landgraf et al. 1996); Dutch-Child-AZL-TNO-Quality-of-Life (DUX-25) (Kolsteren et al. 2001); TNO-AZL-Child-Qualityof-Life (TACQOL) (Vogels et al. 1998).
Quelle	(Galloway und Newman 2017)
Kategorie	PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-046

ID	ADHS-046
Statement	**Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, denen ein individueller Behandlungsplan mit inhaltlich definierten, alltagsrelevanten Therapiezielen ausgestellt und dokumentiert wurde.**
Nenner	Anzahl Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein individueller Behandlungsplan mit inhaltlich definierten, alltagsrelevanten Therapiezielen ausgestellt und dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die Behandlung und Therapieziele sollten stets an den Patienten, dessen Lebensumfeld und Schwere der Symptomatik angepasst sein. Daher sollte ein individueller Behandlungsplan gemeinsam mit dem Patienten und dessen Familie entwickelt und dieser im Anschluss ausgestellt werden.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, für die ein individueller Behandlungsplan mit inhaltlich definierten, alltagsrelevanten Therapiezielen vorliegt und dokumentiert ist. Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung / Behandlung (einleitend)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-047

ID	ADHS-047

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekommen und mit denen zuvor die Dauer der Behandlung und die Kriterien, die ein Absetzen der Medikation erforderlich machen, erörtert wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekommen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen zuvor die Dauer der Behandlung und die Kriterien, die ein Absetzen der Medikation erforderlich machen, erörtert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Enhance attention. Decrease impulsivity/hyperactivity. Increase self-esteem. Enhance social function. Decrease disruptive behaviors. The health care provider must treat any other disruptive behaviors in addition to ADHD.
Original-Indikator	Children with ADHD prescribed stimulant medication (methylphenidate and dexamphetamine sulphate) had the treatment duration and signals for stopping documented prior to prescription."
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)/ Behandlung (laufend - nur wenn die Therapie geändert wird im Laufe des Zeitraumes)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-049

ID	ADHS-049
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, für die im Arztbrief nach Erstdiagnose an den überweisenden Arzt Therapie- und Interventionsempfehlungen formuliert und dokumentiert wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Erstdiagnose ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, für die im Arztbrief nach Erstdiagnose an den überweisenden Arzt Therapie- und Interventionsempfehlungen formuliert und dokumentiert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die Kommunikation zwischen behandelnden Ärzten ist Bestandteil einer guten Patientenversorgung. Deshalb sollten nach Überweisungen stets ausführliche Arztbriefe mit entsprechenden Empfehlungen ausgestellt werden.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, für die im Arztbrief an den Erstbehandler, Therapie- und Interventionsempfehlungen formuliert und dokumentiert wurden. Alle Patienten, mit gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlungen / Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-050

ID	ADHS-050

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS und eingeleiteter therapeutischer Maßnahme, bei denen im Anschluss an eine Verlaufskontrolle ein Arztbrief an den überweisenden Arzt versandt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und eingeleiteter therapeutischer Maßnahme
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen im Anschluss an eine Verlaufskontrolle ein Arztbrief an den überweisenden Arzt versandt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die Kommunikation zwischen behandelnden Ärzten ist Bestandteil einer guten Patientenversorgung. Deshalb sollten nach einer Verlaufskontrolle ein Arztbrief an den überweisenden Arzt ausgestellt werden.
Original-Indikator	Alle Patienten der Nennerpopulation, für die eine Verlaufskontrolle nach 6–12 Monaten empfohlen wurde, der Termin stattgefunden hat und im Anschluss ein Arztbrief an den Primärarzt versendet wurde. Alle Patienten, mit neu gestellter HKS/ADS/ADHS-Diagnose im SPZ nach Abschluss der Diagnostik und im Anschluss eingeleiteter therapeutischer Maßnahme.
Quelle	(Skrundz et al. 2015)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung / Behandlung (einleitend/laufend) /Weiterbehandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-051

ID	ADHS-051

Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten eingeholt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS und medikamentöser Behandlung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten eingeholt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die ärztliche Aufklärung über die medikamentöse Behandlung muss im Rahmen eines persönlichen Gespräches stattfinden. Zur Unterstützung sollte zusätzlich eine schriftliche Aufklärung stattfinden, die mit einer schrtiftlichen Einwilligung der Eltern/ Sorgeberechtigten verbunen ist."
Original-Indikator	Written consent from primary caregiver obtained before starting medication.
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Strukturqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)/ Behandlung (laufend - nur wenn die Therapie geändert wird im Laufe des Zeitraumes)

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-neu1

ID	ADHS-neu1
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekte der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden:- Schwangerschafts- und Geburtsanamnese:** **- frühkindliche Betreuungssituation und -qualität** **- Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung** **- Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung** **- sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen** **- Freizeitverhalten** **- Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften**
Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekte der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden: - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese - frühkindliche Betreuungssituation und -qualität - Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung - Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung - sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen - Freizeitverhalten - Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Um ein umfassendes Bild über den Patienten und seine Lebensumstände gewinnen zu können, ist eine entsprechend ausführliche Anamnese notwendig. Diese ist für die Einordnung der Symptomatik und der Wahl der Behandlungsmöglichkeit grundlegend.
Original-Indikator	
Quelle	Expert*innen
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS)-neu2

ID	ADHS-neu2
Statement	**Anteil Patienten mit ADHS, die einen gemeinsam mit ihren Eltern/ Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt.**

Nenner	Anzahl Patienten mit ADHS
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die einem gemeinsam mit ihren Eltern/ Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Für eine erfolgreiche Behandlung, sollten bei der Auswahl einer geeigneten Therapie die Kinder und deren Familie miteinbezogen werden, um ihre Lebensumstände und Wünsche in umfassendem Maße zu berücksichtigen. Die Planung hängt von der Schwere der Symptome, der Persönlichkeit und dem Umfeld des Kindes sowie möglichen Begleiterkrankungen ab.
Original-Indikator	
Quelle	Expert*innen
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung / Behandlung (einleitend)

8 Indikatoren Depression

Depression-001

ID	DEPR-001

Statement	**Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, bei denen das Funktionsniveau bestimmt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Verdacht auf Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen das Funktionsniveau bestimmt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die Bestimmung des Funktionsniveaus (Leistungsfähigkeit, soziale Interaktionen und Kontakte, Erwerbstätigkeit/ Schule) ist relevant um den derzeitigen Stand der Beeinträchtigung durch die Erkrankung zu erfassen. Bei mehreren Erfassungen kann die Bestimmung Aussagen über den klinischen Fortschritt des Patienten geben.
Original-Indikator	Children who presented with suspected depression had their functional level assessed. 3 - 15 years
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-005

ID	DEPR-005

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad entsprechend der ICD-10-Kriterien bestimmt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation,bei denen der Schweregrad entsprechend der ICD-10-Kriterien bestimmt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die ICD-10 unterscheidet in Abhängigkeit der Anzahl von Haupt- und Zusatzsymptonen nach leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) und schweren (F32.2) depressiven Episoden. Je nach Schweregrad empfiehlt die Nationale Versorgungsleitlinie unterschiedliche Behandlungsalternativen. Die Schweregradeinteilung stellt daher die Basis der Behandlung dar und sollte zwingend vorgenommen werden.
Original-Indikator	Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad bestimmt wurde.
Quelle	QISA
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-007

ID	DEPR-007

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen mindestens 5 der ICD-10-Kriterien für eine Depression dokumentiert wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen mindestens 5 der ICD-10-Kriterien für eine Depression dokumentiert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Zur Diagnosesicherung sollten bei der Diagnostik die ICD-10 Kriterien angewandt und dokumentiert werden.
Original-Indikator	Assessment - Depression diagnosis based on known criteria: Individual with new diagnosis for depression where at least 5 of the 9 depression criteria are documented."
Quelle	(Lessard et al. 2015)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-008

ID	DEPR-008

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, deren Symptomatik bei der Diagnosestellung und während der Behandlung mit einem standardisierten Erhebungsinstrument beurteilt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation,deren Symptomatik bei der Diagnosestellung und während der Behandlung mit einem standardisierten Erhebungsinstrument beurteilt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Depressive Patienten erwähnen selten typische depressive Kernsymptome, sondern berichten eher über unspezifische Beschwerden wie Appetitminderung, allgemeine Kraftlosigkeit oder anhaltende Schmerzen. Daher sollte der Arzt aktiv die Symptome einer depressiven Störung erfragen. Hierfür werden standardisierte Erhebungsinstrumente empfohlen.
Original-Indikator	Standardized rating scale during Treatment: Standardized rating scale during treatment for assessment of symptoms and behaviour. Standardized rating scale performed within two weeks. Monitoring signs and symptoms of depression using standardized rating scale during treatment. Adjusted interventions if signs and symptoms are still present, presented in the guidelines.
Quelle	(Forsner et al. 2010)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Patientenorientierung
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-009

ID	DEPR-009

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen während der ersten 3 Monate nach Diagnosestellung mindestens 3 Kontrolltermine stattfanden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen während der ersten 3 Monate nach Diagnosestellung mindestens 3 Kontrolltermine stattfanden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Frequency of practitioner contacts was considered optimal when at least three follow-up visits occurred in the three-month acute phase.
Quelle	(Houle et al. 2010)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung

Depression-010a

ID	DEPR-010a

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen beim Kontrolltermin der Grad der Remission dokumentiert wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression und Kontrolltermin
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulationen, bei denen der Grad der Remission dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Even effectively treated patients may relapse or develop toxicities to medications. While most persons will be off of medications after one year, the optimal time to remove medications is still not well established.
Original-Indikator	Follow-Up: At each visit during which depression is discussed, degree of response/remission and side effects of medication should be assessed and documented during the first year of treatment."
Quelle	(RAND 2000)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Konsultation
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)/ Behandlung (laufend)/ Weiterbehandlung

Depression-010b

ID	DEPR-010b

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen beim Kontrolltermin mögliche Nebenwirkungen der antidepressiven Medikation beurteilt und dokumentiert wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit antidepressiver Medikation + Kontrolltermin
Zähler	Anzahl der Kontrolltermine, bei denen mögliche Nebenwirkungen der antidepressiven Medikation beurteilt und dokumentiert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Follow-Up: At each visit during which depression is discussed, degree of response/remission and side effects of medication should be assessed and documented during the first year of treatment."
Quelle	(RAND 2000)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Konsultation
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)/ Behandlung (laufend)/ Weiterbehandlung

Depression-011

ID	DEPR-011

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, die nach Erstvorstellung mindestens für 12 Monate regelmäßige Kontrolltermine (mindestens einmal im Quartal) erhielten.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die nach Erstvorstellung mindestens für 12 Monate regelmäßige Kontrolltermine (mindestens einmal im Quartal) erhielten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Follow-up-treatment: Patient is provided follow-up treatment for 4-9 months; this is doucumentet in the patients record.
Quelle	(Harr et al. 1996)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)/ Behandlung (laufend)/ Weiterbehandlung

Depression-012

ID	DEPR-012

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen nach unzureichender Wirksamkeit 4-wöchiger medikamentöser bzw. 12-wöchiger psychotherapeutischer Intervention mindestens eine der folgenden Maßnahmen eingeleitet wurde:** - **Wahl eines anderen Psychotherapieverfahrens** - **Wahl eines anderen Antidepressivums** - **Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Antidepressivum** - **- Änderung des Behandlungssettings von ambulant auf tagesklinisch oder stationär**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression und unzureichender Wirksamkeit 4-wöchiger medikamentöser bzw. 12-wöchiger psychotherapeutischer Intervention
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen mindestens eine der folgenden Maßnahmen eingeleitet wurde: - Wahl eines anderen Psychotherapieverfahrens - Wahl eines anderen Antidepressivums - Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Antidepressivum - -Änderung des Behandlungssettings von ambulant auf tagesklinisch oder stationär"
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Alleviate symptoms of depression.* Reduce disability days. Almost all clinical depression responds at least partially by 6 weeks. If response is incomplete, the diagnosis needs to be re-evaluated and/or treatment plan changed/augmented.
Original-Indikator	Treatment: At least one of the following should occur if there is no or inadequate response to therapy for depression at 8 weeks: • Referral to psychotherapist if not already seeing one; or • Change or increase in dose of medication if on • medication; or • Addition of medication if only using psychotherapy; or • • Change in diagnosis documented in chart.
Quelle	(RAND 2000)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung, Behandlung (einleitend/laufend), Weiterbehandlung

Depression-013

ID	DEPR-013

Statement	**Anteil Patienten mit Depression und antidepressiver Medikation, mit denen innerhalb von 2 Wochen nach Behandlungsbeginn ein Kontrolltermin vereinbart wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression und antidepressiver Medikation
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, mit denen innerhalb von 2 Wochen nach Behandlungsbeginn ein Kontrolltermin vereinbart wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Patients prescribed antidepressant medication should be invited for review by the GP within two weeks of initiating antidepressant drug treatment.
Quelle	(Smolders et al. 2009)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung / Behandlung (einleitend)/ Behandlung (laufend- nur wenn es zu einer Änderung der Behandlung kommt)

Depression-014

ID	DEPR-014

Statement	**Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, die bei Erstvorstellung auf selbstverletzendes Verhalten und/oder Suizidalität untersucht wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Verdacht auf Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die bei Erstvorstellung auf selbstverletzendes Verhalten und/oder Suizidalität untersucht wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Da das Suizidrisiko bei Depressionspatienten um ein vielfaches höher ist als in der Allgemeinbevölkerung, sollte bei der Arzt bei der Erstvorstellung aktiv nach selbstverletztendem Verhalten und Suizidalität fragen.
Original-Indikator	Children who presented with suspected depression were assessed for self-harm and/or suicidal intent.
Quelle	(Braithwaite et al. 2018)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-015

ID	DEPR-015

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen eine klinische Beurteilung des Suizidrisikos beim Arzt-Patienten-Kontakt dokumentiert wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression und Arzt-Patienten-Kontakt
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen beim Arzt-Patienten-Kontakt das Suizidrisiko dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Da auch im weiteren Behandlungsverlauf Suizidalität neu auftreten kann, sollte bei jedem Arztkontakt das Suizidrisiko beurteilt werden.
Original-Indikator	Patients who were assessed for suicide risks at each visit.
Quelle	(Brown und Smith 2016)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Konsultation
Behandlungsprozess (psych.)	alle Patienten

Depression-016

ID	DEPR-016

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, die altersgerecht gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten über die Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die altersgerecht gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten über die Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Children and young people with depression are given information appropriate to their age about the diagnosis and their treatment options. Proportion of children and young people with depression who are given information appropriate to their age about the diagnosis and their treatment options. Proportion of children and young people with suspected depression who have a diagnosis confirmed and recorded in their medical records.
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Diagnostik + Empfehlungen

Depression-017

ID	DEPR-017

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, die vor der Antidepressiva-Verschreibung gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten über Wirksamkeit, mögliche Nebenwirkungen, die voraussichtliche Behandlungsdauer und Folgen bei eigenmächtig abgesetzter Medikation, informiert wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression und Antidepressiva-Verschreibung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die vor der Antidepressiva-Verschreibung gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten über Wirksamkeit, mögliche Nebenwirkungen, die voraussichtliche Behandlungsdauer und Folgen bei eigenmächtig abgesetzter Medikation, informiert wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Patient education about antidepressant prescription Any one or other of the professionals who prescribed the medication provided information on the subject of... (among those who received an anti-depressant Prescription) The effectiveness of treatment 544 72.8% (396) The possible side effects 544 74.8% (407) The probable length of treatment 544 59.2% (322) Side effects you may expect to experience if you stop taking the medication of your own accord 544 61.6% (335).
Quelle	(Duhoux et al. 2012)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Depression-018

ID	DEPR-018

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, die eine Aufklärung zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen erhielten.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die eine Aufklärung zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen erhielten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die Aufklärung und Informationsvermittlung stellen wichtige Bestandteile der Behandlung von Patienten mit Depression dar. Sie dienen dazu, Entscheidungen über die eigene Gesundheit zu treffen und verbessern die Therapieadhärenz. Die Aufklärung von Patienten mit Depression sollte grundsätzlich eine Aufgabe des gesamten Praxisteams.
Original-Indikator	Patientenaufklärung/-information zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen bei Patienten mit Depression
Quelle	QISA
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Empfehlungen/ Diagnostik + Behandlung

Depression-019

ID	DEPR-019

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, die zu körperlicher Aktivität beraten oder ermutigt wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die zu körperlicher Aktivität beraten oder ermutigt wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Körperliche Aktivität kann zu einer Verringerung der depressiven Symptomatik führen. Patienten mit einer depressiven Störung und ohne Kontraindikation für körperliche Belastungen sollte daher zur Durchführung eines strukturierten körperlichen Trainings geraten werden.
Original-Indikator	Advice or encouragement to do physical exercise: With any one of the professionals, the respondent received advice or encouragement to do physical exercise to improve well-being, emotions and mental health (among those with at least one consultation for mental health reason)"
Quelle	(Duhoux et al. 2012)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Empfehlungen/ Diagnostik + Behandlung

Depression-020

ID	DEPR-020

Statement	**Anteil Patienten mit leichter oder mittelgradiger depressiver Episode, denen spätestens 30 Tage nach Diagnosestellung eine Psychotherapie oder eine antidepressive Medikation mit Fluoxetin angeboten wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit leichter oder mittelgradiger depressiver Episode
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen spätestens 30 Tage nach Diagnosestellung eine Psychotherapie oder eine antidepressive Medikation mit Fluoxetin angeboten wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Für Kinder unter acht Jahren kann aufgrund mangelnder empirischer Evidenz keine Empfehlung gegeben werden. Ältere Kinder und Jugendliche mit depressiven Störungen sollen eine kognitiv-verhaltenstherapeutische oder eine interpersonelle Psychotherapie oder das Medikament Fluoxetin oder eine Kombination aus kognitiv-verhaltenstherapeutischer Psychotherapie und Fluoxetin erhalten
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2013)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung

Depression-021

ID	DEPR-021

Statement	**Anteil der Patienten mit Depression, bei denen eine Pharmakotherapie indiziert ist, und denen für mindestens 60 Tage Antidepressiva verordnet wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression, bei denen eine Pharmakotherapie indiziert ist
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen für mindestens 60 Tage Antidepressiva verordnet wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Adequacy of treatment course: antidepressant medication. Adolescents with a diagnosis of depression who initiate antidepressant medication treatment. Adolescents who received antidepressant treatment of duration of at least 60 d.
Quelle	(Lewandowski et al. 2013)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Depression-022

ID	DEPR-022

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, denen mindestens ein Antidepressivum in der empfohlenen Mindestdosierung verordnet wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression und verordnetem Anitidepressivum
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen mindestens ein Antidepressivum in der empfohlenen Mindestdosierung verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Adequate dosage of antidepressant medication : The respondent received at least one antidepressant prescription at the minimum recommended dosage (among those taking antidepressant medication at the time of interview)
Quelle	(Bellows und Halpin 2008)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)/ Behandlung (laufend)/ Weiterbehandlung

Depression-024

ID	DEPR-024

Statement	**Anteil Patienten mit Depression und 2 Monate anhaltender Symptomfreiheit, denen ein Antidepressivum für die Dauer von mindestens 6 Monaten verschrieben wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression und 2 Monate anhaltender Symptomfreiheit
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein Antidepressivum für die Dauer von mindestens 6 Monaten verschrieben wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	
Quelle	(Bernardo et al. 2018)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Depression-025

ID	DEPR-025

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, denen trizyklische Antidepressiva verschrieben wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen trizyklische Antidepressiva verschrieben wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Trizyklische Antidepressiva (TZA) sollen bei Kindern und Jugendlichen mit depressiven Störungen nicht eingesetzt werden
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2013)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Depression-026

ID	DEPR-026

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, denen Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als zwei Wochen verordnet wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als zwei Wochen verordnet wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	Bei Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa handelt es sich im Wesentlichen um Benzodiazepine und Benzodiazepin-verwandte Wirkstoffe wie Zaleplon, Zolpidem und Zopiclon. Die genannten Wirkstoffe sind mit dem Risiko der Toleranzentwicklung bzw. des Entzugssyndroms behaftet und können zur Abhängigkeit führen. In angepasster Dosierung und zur kurzfristigen Behandlung sind die genannten Wirkstoffe zwar nach wie vor oft unverzichtbar, ihre therapeutische Bedeutung ist aber durch die zeitlich begrenzte Anwendungsdauer beschränkt. Eine Zusatzmedikation bei Patienten mit Depression erfolgt oft in der Absicht, die Wirklatenz von Antidepressiva bei Vorhandensein von Angst, Unruhe oder Schlaflosigkeit zu überbrücken, mit der Gefahr einer inadäquaten Verschreibung. Die Indikationvon Benzodiazepinen muss im Individualfall geprüft und hinsichtlich möglicher Risiken (z. B. Sedierung, psychomotorische und kognitive Beeinträchtigung, Komedikation, Abhängigkeitspotenzial) diskutiert werden. Bei Patienten, die mit diesen Wirkstoffen über vier Wochen behandelt werden, ist jedoch davon auszugehen, dass sie bereits potenziell abhängigkeitsgefährdet sind. Daher sollten Langzeitverordnungen vermieden werden. Gemäß den Arzneimittelrichtlinien bedarf die längerfristige Anwendung (von länger als vier Wochen) einer besonderen Begründung in der ärztlichen Dokumentation. Die über vier Wochen andauernde Verordnung der Medikation kann hierbei auch durch Fachärzte für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erfolgt sein.
Original-Indikator	Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen bei Patienten mit Depression
Quelle	QISA
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Depression-029

ID	DEPR-029

Statement	**Anteil Patienten mit einer leichten Depression, die innerhalb von 6 Wochen nach Diagnosestellung mindestens 2 Termine in Form einer kurzen unterstützenden Beratung (d.h. Problemlösung, Aufklärung, aktives Zuhören) erhielten.**

Nenner	Anzahl Patienten mit einer leichten Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die innerhalb von 6 Wochen nach Diagnosestellung mindestens 2 Termine in Form einer kurzen unterstützenden Beratung (d.h. Problemlösung, Aufklärung, aktives Zuhören) erhielten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Brief supportive counseling. Adolescents with a diagnosis of mild depression. Adolescents with a diagnosis of mild depression who received at least 2 contacts consisting of brief supportive counseling (ie, problem-solving, education, active listening) within 8 wk of assessment.
Quelle	(Lewandowski et al. 2013)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung

Depression-030

ID	DEPR-030

Statement	**Anteil Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinationstherapie (Psychotherapie und Antidepressivum) angeboten wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit schwerer depressiver Episode
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen eine Kombinationstherapie (Psychotherapie und Antidepressivum) angeboten wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Bei einer schweren Depression sollte eine Kombinationstherapie in Erwägung gezogen werden.
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2013)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Diagnostik + Empfehlungen

Depression-031

ID	DEPR-031

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen 2 Monate nach Erstdiagnosestellung trotz anhaltender Krankheitssymptomatik keine spezifische Therapie eingeleitet wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen 2 Monate nach Erstdiagnosestellung trotz anhaltender Krankheitssymptomatik keine spezifische Therapie eingeleitet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	Ein frühzeitiger Therapiebeginn und eine Therapieumstellung bei fehlender Besserung wirken sich positiv auf die Prognose aus. Das Ausbleiben oder die starke Verzögerung einer spezifischen Versorgung ist mit einem schlechteren Krankheitsverlauf und letztlich höheren Kosten (Krankheitstage, stationäre Aufenthalte) verbunden. Es ist hausärztliche Aufgabe, dazu beizutragen, die Zahl der unterversorgten Patienten zu reduzieren.
Original-Indikator	Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie
Quelle	QISA
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung

Depression-032

ID	DEPR-032

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnosestellung ein Wiedervorstellungstermin erhielten.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnosestellung ein Wiedervorstellungstermin erhielten
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Promptness of follow-up was considered adequate if the first follow-up visit occurred within 30 days of the depression diagnosis.
Quelle	(Houle et al. 2010)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung

Depression-033

ID	DEPR-033

Statement	**Anteil Patienten mit positivem Screening auf Depression oder Erfüllung der ICD-10-Kriterien, die an einen Facharzt überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit positivem Screening auf Depression oder Erfüllung der ICD-10-Kriterie
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die an einen Facharzt überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	And/or a referral to a mental healthcare specialist.
Quelle	(van Melle et al. 2014)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	alle Patienten

Depression-034

ID	DEPR-034

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem generischen oder Depressions-spezifischen Instrument erfasst wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem generischen oder Depressions-spezifischen Instrument erfasst wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	
Quelle	(Klasen et al. 2017)
Kategorie	PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-035

ID	DEPR-035

Statement	**Anteil Patienten mit Depressionen, für die ein gemeinsam mit ihrem Arzt erstellter schriftlicher, individuell abgestimmter Behandlungsplan vorlag.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, für die ein gemeinsam mit ihrem Arzt erstellter schriftlicher, individuell abgestimmter Behandlungsplan vorlag
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Treatment plan (care plan): A written treatment plan documented and individually tailored for the patient. The treatment plan should include; treatment, goals, time for evaluation and drawn up together with the patient.
Quelle	(Forsner et al. 2010)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Depression-036

ID	DEPR-036

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, deren Gesundheitszustand zu Beginn und am Ende jedes Behandlungsschrittes (z.B. Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) dokumentiert wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Gesundheitszustand zu Beginn und am Ende jedes Behandlungsschrittes (z.B. Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) dokumentiert wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Children and young people receiving treatment for depression have their health outcomes recorded at the beginning and end of each step in treatment. Proportion of children and young people receiving treatment for depression who have their health outcomes recorded at the beginning and end of each step in treatment.
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2018)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend, laufend (wenn es zwischendurch zu Änderungen kommt)/ Weiterbehandlung

Depression-037

ID	DEPR-037

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 12 Monaten einen (oder mehrere) Suizidversuch(e) unternommen haben.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die innerhalb von 12 Monaten einen (oder mehrere) Suizidversuch(e) unternommen haben
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Anteil der Patienten mit einer Depression, die einen (oder mehrere) Suizidversuch(e) innerhalb von 12 Monaten unternommen haben.
Quelle	(Geraedts et al. 2020)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung

Depression-038

ID	DEPR-038

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen eine Kommunikation zwischen Facharzt oder Psychoterapeut und Hausarzt hinsichtlich der Diagnose stattfand.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine Kommunikation zwischen Facharzt und Hausarzt hinsichtlich der Diagnose stattfand
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Communication and documentation. Adolescents with a diagnosis of depression. Adolescents with diagnosis of depression for whom communication about depression occurred between specialist and primary care provider."
Quelle	(Lewandowski et al. 2013)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Strukturqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik / Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-neu1

ID	DEPR-neu1

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen eine Familienanamnese erhoben wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation,bei denen eine Familienanamnese erhoben wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	
Quelle	Expert*innen
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-neu2

ID	DEPR-neu2

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	
Quelle	Experti*innen
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-neu3

ID	DEPR-neu3

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, deren Ausmaß der Beeinträchtigung durch Informationen aus mindestens zwei Quellen (z.B. Eltern/ Sorgeberechtigte und Schule) erfragt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Ausmaß der Beeinträchtigung durch Informationen aus mindestens zwei Quellen (z.B. Eltern/ Sorgeberechtigte und Schule) erfragt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	
Quelle	Expert*innen
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-neu4

ID	DEPR-neu4
Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekete der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden:** **- Schwangerschafts- und Geburtsanamnese** **- frühkindliche Betreuungssituation und -qualität** **- Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung** **- Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung** **- sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen** **- Freizeitverhalten** **- Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen udn positive Eigenschaften**
Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekete der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden: - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese - frühkindliche Betreuungssituation und -qualität - Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung - Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung - sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen - Freizeitverhalten - Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen udn positive Eigenschaften"
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	
Quelle	Expert*innen
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-neu5

ID	DEPR-neu5

Statement	**Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von Depression bei einem Spezialisten vorstellten und auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von Depression bei einem Spezialisten vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Nach der Erhebung der gegenwärtigen depressiven Symptomatik sollte eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung weiterer psychischer und/oder somatischer Erkrankungen erfolgen.
Quelle	Expert*innen, S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression(Deutsche Gesellschaft Für Psychiatrie, Psychotherapie Und Nervenheilkunde und Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin (ÄZQ) 2015; Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2022)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-neu6

ID	DEPR-neu6

Statement	**Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von Depression bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von Depression bei einem klinischen Spezialisten vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Um die richtige Behandlung auszuwählen, sollten zu Beginn mögliche Ursachen bestimmt bzw. ausgeschlossen werden. Depressive Störungen können auch körperliche Ursachen, wie eine Schilddrüsenerkrankung oder einen Schlaganfall haben.
Original-Indikator	Nach der Erhebung der gegenwärtigen depressiven Symptomatik sollte eine ausführliche Anamnese und Befunderhebung weiterer psychischer und/oder somatischer Erkrankungen erfolgen.
Quelle	Expert*innen, S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression(Deutsche Gesellschaft Für Psychiatrie, Psychotherapie Und Nervenheilkunde und Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin (ÄZQ) 2015; Bundesärztekammer (BÄK) et al. 2022)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Depression-neu7

ID	DEPR-neu7

Statement	**Anteil Patienten mit Depression, die einem gemeinsam mit ihren Eltern/ Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Depression
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die einem gemeinsam mit ihren Eltern/ Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	
Quelle	Expert*innen
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Patientenorienterung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Depression-neu9

ID	DEPR-neu9
Statement	**Anteil Patienten mit Depression, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/ Sorgeberechtigten für alle Substanzen außer Fluoxetin mit Hinweis auf OFF-Label Use eingeholt wurde.**
Nenner	Anzahl Patienten mit Depression und medikamentöser Behanldung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/ Sorgeberechtigten für alle Substanzen außer Fluoxetin mit Hinweis auf OFF-Label Use eingeholt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Anteil der Patienten mit einer Depression, die einen (oder mehrere) Suizidversuch(e) innerhalb von 12 Monaten unternommen haben.
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Strukturqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

9 Indikatoren Störungen des Sozialverhaltens

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-001

ID	SSV-001

Statement	**Anteil Patienten mit Verdacht auf SSV, deren Symptomhäufigkeit und mögliche auslösende Faktoren über Fremdanamnese (verschiedene Bezugspersonen) bestimmt wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Verdacht auf SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Symptomhäufigkeit und mögliche auslösende Faktoren über Fremdanamnese (verschiedene Bezugspersonen) bestimmt wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Von großer Bedeutung ist eine ausführliche Fremdanamnese mit verschiedenen Bezugspersonen, um ein möglichst objektives Bild über die Symptomhäufigkeit und mögliche auslösende Faktoren zu gewinnen.
Quelle	(Gerlach et al. 2009)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-002

ID	SSV-002

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	‡1 target symptom by primary caregiver (Initial clinical assessment (first 3 mo))
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-003

ID	SSV-003
Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekte der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden:** **- Schwangerschafts- und Geburtsanamnese** **- frühkindliche Betreuungssituation und -qualität** **- Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung** **- Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung** **- sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen** **- Freizeitverhalten** **• - Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekte der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden: - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese - frühkindliche Betreuungssituation und -qualität - Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung - Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung - sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen - Freizeitverhalten - Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften"
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung der vorliegenden Symptomatik und störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte sollen folgende Aspekte exploriert werden: Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte des Kindes – Schwangerschafts- und Geburtsanamnese (einschliesslich der Frage, ob Medikamenteneinnahme, Nikotin- , Alkohol-, oder Drogenkonsum während der Schwangerschaft bestand oder psychosoziale/psychologische Belastungsfaktoren vorlagen) – Frühkindliche Betreuungssituation und -qualität: Häufiger Wechsel in der Betreuungssituation, alleinerziehender Elternteil, Adoption, Unterbringung in Pflegefamilien oder Heimen, Umgang mit Regulationsstörungen oder ungünstigen kindlichen Temperamentsmerkmale im Säuglings- und Kleinkindalter und daraus resultierenden Belastungen für die Bezugspersonen – Meilensteine der Entwicklung: Sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung

	− Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung: Art der Verhaltensauffälligkeiten Schulleistungsdefizite, Schulwechsel aufgrund schulischer oder verhaltensbezogener Schwierigkeiten, schulische Motivation, Schul-/Ausbildungsabsenzen − Sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen − Freizeitverhalten: Häufigkeit von Internet- und Computerspielen, insbesondere von gewaltbezogenen Spielen − Selbstbild des Kindes/ Jugendlichen: Relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-004

ID	SSV-004

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine ausführliche Anamnese belastender Lebensereignisse erhoben wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine ausführliche Anamnese belastender Lebensereignisse erhoben wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Eine ausführliche Anamnese von belastenden Lebensereignissen sollte durchgeführt werden, da Kinder und Jugendliche mit einer Störung des Sozialverhaltens oft nicht selbständig von negativen Erfahrungen in ihrem familiären Umfeld und ihrer Peergruppe berichten.
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-005

ID	SSV-005

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine Familienanamnese erhoben wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen eine Familienanamnese erhoben wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	Die Familienanamnese ist Teil einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung und ist wichtig, um familiäre Risikofaktoren zu identifizieren. Der QI ist relevant, um eine umfassende Diagnostik zu bewerten.
Original-Indikator	Die ausführliche diagnostische Untersuchung soll eine Familien-/ Umfeldanamnese einschließen, bei der folgende Aspekte exploriert und familiäre Risikofaktoren abgeklärt werden sollen: - Aktuelle Lebenssituation/Wohnumfeld, Familiensystem, erweiterte Bezugspersonen, Halbgeschwister, Stiefgeschwister - Sozio-ökonomische Bedingungen, aktuelle Belastungsfaktoren und Ressourcen in der Familie - Psychosoziale Risikofaktoren: chronische Disharmonie der Eltern, mütterliche/väterliche Isolation, sozio-ökonomische Belastungsfaktoren und andere aktuelle Belastungsfaktoren und Stressbelastung der Eltern, psychische Erkrankungen der Eltern, Straffälligkeit der Eltern - Positive und negative Beziehungen zwischen Erwachsenen in der Familie des Kindes oder Jugendlichen, einschliesslich häuslicher Gewalt - Günstiger und ungünstiger Erziehungsstrategien, vor allem sich wechselseitig verstärkende negative Interaktionsmuster sowie negative Disziplinierungsstrategien - Qualität der Eltern-Kind Beziehung - - Vorgeschichte der Eltern: Broken Home Situation, eigene Fremdunterbringung
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-006

ID	SSV-006

Statement	**Anteil Patienten mit SSV und schlechten schulischen Leistungen oder Verhaltensproblemen in der Schule, bei denen Kontakt mit der Schule aufgenommen wurde oder Schulunterlagen angefordert wurden/vorliegen.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV und schlechten schulischen Leistungen oder Verhaltensproblemen in der Schule
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen Kontakt mit der Schule aufgenommen wurde oder Schulunterlagen angefordert wurden/vorliegen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	If poor academic functioning or classroom behavior problems, ‡1 contact with school or school records requested/obtained
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandllung (einleitend/laufend)/ Behandlung Komorbidität/ Weiterbehandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-007

ID	SSV-007

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei denen dokumentiert ist, ob/inwieweit sich die Störung innerhalb der letzten 12 Monate auf das Verhalten und/oder die Leistung in der Schule ausgewirkt hat.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen dokumentiert ist, ob/inwieweit sich die Störung innerhalb der letzten 12 Monate auf das Verhalten und/oder die Leistung in der Schule ausgewirkt hat
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Impact on functioning at school in past 12 months among 4-17 year-olds with conduct disorder by age group.
Quelle	(Lawrence et al. 2015)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Ergebnisqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung/ Behandllung (einleitend/laufend)/ Behandlung Komorbidität/ Weiterbehandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-008

ID	SSV-008

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung das Vorliegen mindestens eines psychosozialen Stressors abgeklärt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei deren erster klinischer Beurteilung das Vorliegen mindestens eines psychosozialen Stressors abgeklärt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Presence or absence ‡1 psychosocial stressor (Initial clinical assessment (first 3 mo))
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-009

ID	SSV-009

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung das Vorliegen von Risikofaktoren für Suizidalität abgeklärt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei deren erster klinischer Beurteilung das Vorliegen von Risikofaktoren für Suizidalität abgeklärt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Presence or absence ‡1 suicide risk factor (Initial clinical assessment (first 3 mo))
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-010

ID	SSV-010
Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei denen vor einer medikamentösen Behandlung mindestens zwei der folgenden Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert wurden:** **- Messung von Körpergröße und Körpergewicht** **- Messung von Puls und Blutdruck** **- Blutuntersuchung mit Bestimmung von Nüchternglukose, Blutfetten und Prolaktin** **- Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen im Rahmen einer neurologischen Untersuchung** **- Beurteilung von Ernährungszustand, Ernährungsweise und Grad der körperlichen Aktivität** **- EKG**
Nenner	Anzahl Patienten mit SSV und medikamentöser Behandlung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen vor einer medikamentösen Behandlung mindestens zwei der folgenden Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert wurden: - Messung von Körpergröße und Körpergewicht - Messung von Puls und Blutdruck - Blutuntersuchung mit Bestimmung von Nüchternglukose, Blutfetten und Prolaktin - Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen im Rahmen einer neurologischen Untersuchung - Beurteilung von Ernährungszustand, Ernährungsweise und Grad der körperlichen Aktivität - EKG
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Folgende Untersuchungen sollten vor einer medikamentösen Behandlung mit Risperidon durchgeführt und dokumentiert werden: - Messung von Körpergröße und Körpergewicht - Messung von Puls und Blutdruck - Blutuntersuchung mit Bestimmung von Nüchternglukose, Blutfetten und Prolaktin - Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen im Rahmen einer neurologischen Untersuchung - Beurteilung von Ernährungszustand, Ernährungsweise und Grad der körperlichen Aktivität - EKG
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Sicherheit

Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-012

ID	SSV-012

Statement	**Anteil Patienten mit Verdacht auf SSV, die eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erhalten haben.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Verdacht auf SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erhalten haben
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Diagnostische Voraussetzungen sind eine umfassende kinder- und jugend psychiatrische Untersuchung, um eine zu Grunde liegende Erkrankung feststellen beziehungsweise ausschließen zu können.
Quelle	(Gerlach et al. 2009)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-014

ID	SSV-014

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, für deren psychiatrische Komorbiditäten (wie ADHS, Angststörungen, Depression) eine Behandlung empfohlen/eingeleitet wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV und psychiatrischer Komorbidität (wie ADHS, Angststörungen, Depression)
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, für deren psychiatrische Komorbiditäten (wie ADHS, Angststörungen, Depression) eine Behandlung empfohlen/eingeleitet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	In patients with conduct disorder, comorbidities such as ADHD should be identified and treated.
Quelle	(Lillig 2018)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung/ Behandlung Komorbidität

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-015

ID	SSV-015
Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei denen diagnostische Tests durchgeführt wurden (Beurteilungen von Intelligenz und Lernschwächen, durch Eltern/Lehrer ausgefüllte Bewertungsskalen, emotionale oder verhaltensbezogene Beurteilungen).**
Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen diagnostische Tests durchgeführt wurden (Beurteilungen von Intelligenz und Lernschwächen, durch Eltern/Lehrer ausgefüllte Bewertungsskalen, emotionale oder verhaltensbezogene Beurteilungen)
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Obtain or complete testing as needed: • assessments of intelligence and learning disabilities • parent or teacher ratings or scales • emotional or behavioural evaluations"
Quelle	(Waddell et al. 1999)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-016

ID	SSV-016

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, deren klinische Symptomatik mit einem standardisierten Instrument (z.B. SDQ-Deu, BSI, Conners Lehrer-Eltern-Fragebogen, CBCL 4-18 Jahre, YSR, SPS-J, SVF-KG, BADO) gemessen wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren klinische Symptomatik mit einem standardisierten Instrument (z.B. SDQ-Deu, BSI, Conners Lehrer-Eltern-Fragebogen, CBCL 4-18 Jahre, YSR, SPS-J, SVF-KG, BADO) gemessen wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Klinische Symptomatik. Instrumente: Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu), Brief Symptom Inventory“ (BSI), Conners Lehrer-Eltern-Fragenbogen, Elternfragebogen über das Verhalten von Kindern und Jugendlichen 4-18 Jahre (CBCL 4-18 Jahre)
Quelle	(Winkler und Piso 2014)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-018

ID	SSV-018

Statement	**Anteil Patienten mit SSV und mindestens 5 dokumentierten ICD-10-Kriterien.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation und mindestens 5 dokumentierten ICD-10-Kriterien
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung der vorliegenden Symptomatik und störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte sollen folgende Aspekte exploriert werden: Symptomatik – Symptome einer SSV nach ICD-10 und Untergruppen
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-019

ID	SSV-019

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, deren Krankheitsschwere anhand der folgenden Kriterien diagnostiziert wurde: ICD-10-Kriterien, Leitsymptome (SSV), Krankheitsentstehung, Ausschluss SSV-ähnlicher Diagnosen.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Krankheitsschwere anhand der folgenden Kriterien diagnostiziert wurde: ICD-10-Kriterien, Leitsymptome (SSV), Subtypbestimmung, Krankheitsentstehung, Ausschluss SSV-ähnlicher Diagnosen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	II Diagnostic formulation. A. Identify DSM-IVtarget symptoms. B. In the assessment of adolescents and children with symptoms suggestive of CD C. The subtype of the disorder (childhood onset versus adolescent onset; overt versus covert versus authority; under-restrained versus over-restrained; socialized versus undersocialized) . D. Possible alternate primary diagnoses with conduct symptoms complicating their presentation, especially in adolescents. These syndromes may be confused or concurrent with CD. "
Quelle	(Steiner 1997)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-020

ID	SSV-020
Statement	**"Anteil Patienten mit SSV und medikamentöser Behandlung, bei denen mindestens zwei der folgenden Kriterien, insbesondere während der Eindosierung, mindestens zu einem Termin überwacht und dokumentiert wurden:** **- Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung** **- Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen** **- Überwachung von Körpergröße und Körpergewicht** **- Durchführung von Blutkontrollen (einschließlich Bestimmung von nüchtern Glukose, HbA1c, Blutfetten und Prolaktin),** **- Beurteilung der Medikamentenadhärenz,** **- Beurteilung der physischen Gesundheit"**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV und medikamentöser Behandlung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen mindestens zwei der folgenden Kriterien, insbesondere während der Eindosierung, mindestens zu einem Termin überwacht und dokumentiert wurden: - Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung - Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen - Überwachung von Körpergröße und Körpergewicht - Durchführung von Blutkontrollen (einschließlich Bestimmung von nüchtern Glukose, HbA1c, Blutfetten und Prolaktin), - Beurteilung der Medikamentenadhärenz, - Beurteilung der physischen Gesundheit
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Die medikamentöse Behandlung sollte – insbesondere während der Eindosierung – systematisch überwacht und dokumentiert werden. Dies sollte folgendes beinhalten: (a) Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung (b) Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen, (c) Überwachung von Körpergröße und Körpergewicht, (d) Durchführung von Blutkontrollen (einschließlich Bestimmung von nüchtern Glukose, HbA1c, Blutfetten und Prolaktin), (e) Beurteilung der Medikamentenadhärenz, (f) Beurteilung der physischen Gesundheit"
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP

Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend+ laufend)/ Weiterbehandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-021

ID	SSV-021

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei denen in den letzten 4 Wochen Suizidgedanken bestanden, deren Suizidalität in den darauffolgenden 3 Monaten erneut abgeklärt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV bei denen in den letzten 4 Wochen Suizidgedanken bestanden
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Suizidalität in den darauffolgenden 3 Monaten erneut abgeklärt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	If current suicidal ideation in past 4 wk, ‡1 follow-up assessment of suicide risk in the first 3 mo
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandllung (einleitend/laufend)/ Behandlung Komorbidität/ Weiterbehandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-022

ID	SSV-022

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei denen die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, denen ein restriktiveres Behandlungssetting empfohlen wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV bei denen die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen ein restriktiveres Behandlungssetting empfohlen wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	If imminent risk of harm to self or others, more restrictive treatment setting recommended
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Konsultation
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung/ Behandlung Komorbidität

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-023

ID	SSV-023

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte über die Diagnose des Kindes aufgeklärt wurden und Informationen darüber erhalten haben.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Eltern/Sorgeberechtigte über die Diagnose des Kindes aufgeklärt wurden und Informationen darüber erhalten haben
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Parent or primary caregiver informed of child's diagnosis and given information about child's mental health problem
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	(vollständige) Diagnostik/ Diagnostik + Behandlung / Diagnostik + Empfehlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-024

ID	SSV-024

Statement	**Anteil Patienten mit SSV und deren Eltern/Sorgeberechtigte, die vor dem Beginn einer medikamentösen Behandlung über deren Nutzen und Risiken aufgeklärt wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV und medikamentöser Behandlung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation und deren Eltern/Sorgeberechtigte, die vor dem Beginn einer medikamentösen Behandlung über deren Nutzen und Risiken aufgeklärt wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Kinder und Jugendliche sowie deren Sorgeberechtigte sollen eingehend über Nutzen und Risiken einer medikamentösen Therapie aufgeklärt werden.
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-025

ID	SSV-025
Statement	**"Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte eine Beratung bezüglich folgender Faktoren angeboten wurde:** **- persönliche, soziale und emotionale Unterstützung** **- Unterstützung in ihrer Betreuungsrolle, einschließlich Notfallplänen** **- praktischen Fragen wie Kinderbetreuung, Wohnen und Finanzen sowie Hilfe bei der Beschaffung von Unterstützung"**
Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Eltern/Sorgeberechtigte eine Beratung bezüglich folgender Faktoren angeboten wurde: - persönliche, soziale und emotionale Unterstützung - Unterstützung in ihrer Betreuungsrolle, einschließlich Notfallplänen - praktischen Fragen wie Kinderbetreuung, Wohnen und Finanzen sowie Hilfe bei der Beschaffung von Unterstützung
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Offer parents and carers an assessment of their own needs including: • personal, social and emotional support and • support in their caring role, including emergency plans and • advice on practical matters such as childcare, housing and finances, and help to obtain support.
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE))
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Diagnostik + Empfehlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-026

ID	SSV-026

Statement	**Anteil Patienten mit SSV und Aggressivität, Autoaggressivität und fehlender Impulskontrolle, die nach unzureichender pädagogischer oder verhaltenstherapeutischer Intervention eine Pharmakotherapie erhalten.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV und Aggressivität, Autoaggressivität und fehlender Impulskontrolle
Zähler	
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Original-Indikator	Die Indikation zur Pharmakotherapie ist gegeben, wenn strukturierende pädagogische und verhaltenstherapeutische Bemühungen nicht ausreichen sowie bei Vorliegen einer psychiatrischen Grunderkrankung, die Ursache für das Symptom Aggressivität sein könnte. In letzterem Falle ist primär die störungsspezifische Behandlung der festgestellten Grunderkrankung vorzunehmen. Sonst gilt: Die Behandlung von Aggressivität, Autoaggressivität und Impulskontrollstörungen ist rein symptomatisch; eine störungsspezifische Medikation gibt es nicht."
Quelle	(Gerlach et al. 2009)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-027

ID	SSV-027
Statement	**Anteil Patienten mit SSV, denen nach unzureichender psychosozialer/psychotherapeutischer Intervention und bei schwerwiegender Aggressivität mit Wutausbrüchen und ausgeprägter emotionaler Dysregulation, Risperidon als medikamentöse Kurzzeitbehandlung (max. 6 Wochen) verschrieben wurde.**
Nenner	Anzahl Patienten mit SSV und unzureichender psychosozialer/psychotherapeutischer Intervention und bei schwerwiegender Aggressivität mit Wutausbrüchen und ausgeprägter emotionaler Dysregulation
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen Risperidon als medikamentöse Kurzzeitbehandlung (max. 6 Wochen) verschrieben wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Wenn psychosoziale/psychotherapeutische Interventionen unzureichend waren, sollte eine medikamentöse Behandlung (keine Dauerbehandlung) bei schwerwiegender Aggressivität mit Wutausbrüchen und ausgeprägter emotionaler Dysregulation erwogen werden. Die höchste Evidenz besteht hier für Risperidon.
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-028

ID	SSV-028

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, die Risperidon/Aripiprazol als Off-Label-Use verordnet bekommen und deren Eltern/Sorgeberechtigte eine dokumentierte Aufklärung über die Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation erhalten haben.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV, die Risperidon/Aripiprazol als Off-Label-Use verordnet bekommen
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation,deren Eltern/Sorgeberechtigte eine dokumentierte Aufklärung über die Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation erhalten haben
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Weiterhin hat der behandelnde Arzt eine besondere Aufklärungspflicht über mögliche Konsequenzen (keine Herstellerhaftung usw.) gegenüber dem Patienten. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist notwendig. Ein „off-label-Use“ ist dementsprechend nur bei schwerwiegenden Erkrankungen zulässig, wenn es keine Behandlungsalternative gibt. Nach dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse muss die begründete Aussicht bestehen, dass die Behandlung zu einem Erfolg führt
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Strukturqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-029

ID	SSV-029

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, denen Haloperidol oder Carbamazepin verordnet wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen Haloperidol oder Carbamazepin verordnet wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	0%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Medication: Haloperidol Population: Children with CD Recommendation: Strong, against Medication:Carbamazepine Popualtion: Children with CD Recommendation: Strong, against
Quelle	(Gorman et al. 2015)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung/ Behandlung Komorbidität

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-030

ID	SSV-030

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, denen als Erstlinientherapie Psychopharmaka verordnet wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen als Erstlinientherapie Psychopharmaka verordnet wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Fehlversorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Do not offer pharmacological interventions for the routine management of behavioural problems in children and young people with oppositional defiant disorder or conduct disorder
Quelle	(National Institute for Health and Care Excellence (NICE))
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung, Behandlung (einleitend)

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-032

ID	SSV-001

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, die eine Verhaltenstherapie (zur Vermittlung von Problemlösestrategien und Techniken zur Impulskontrolle, Erstellung von Verhaltensplänen unter Einsatz von Verstärkern, Erarbeitung einer kognitiven Umstrukturierung) erhalten haben.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die eine Verhaltenstherapie (zur Vermittlung von Problemlösestrategien und Techniken zur Impulskontrolle, Erstellung von Verhaltensplänen unter Einsatz von Verstärkern, Erarbeitung einer kognitiven Umstrukturierung) erhalten haben
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Psychotherapie im Sinne einer Verhaltensmodulation (Vermittlung von Problemlösestrategien und Techniken zur Impulskontrolle, Erstellung von Verhaltensplänen unter Einsatz von Verstärkern, Erarbeitung einer kognitiven Umstrukturierung) ist vor allem sinnvoll bei impulsiv bedingter Aggressivität (z. B. im Rahmen von ADHS); es empfiehlt sich grundsätzlich, psychotherapeutisch- pädagogische Maßnahmen als primären Behandlungsansatz zu wählen.
Quelle	(Gerlach et al. 2009)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend), Weiterbehandlung, Behandlung Komorbidität

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-033

ID	SSV-033

Statement	**Anteil Patienten mit SSV im Alter von 10-18 Jahren, denen eine Überweisung zu einer multimodalen Behandlung mit Einbeziehung der Eltern/Sorgeberechtigten angeboten wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV im Alter von 10-18 Jahren
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, denen eine Überweisung zu einer multimodalen Behandlung mit Einbeziehung der Eltern/Sorgeberechtigten angeboten wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Eine multimodale Behandlung soll bei Kindern und Jugendlichen, welche die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllen oder bei denen ein subklinisch ausgeprägtes oppositionell aggressives Verhalten vorliegt, umgesetzt werden, wenn sich die Symptomatik auf mehrere Lebensbereiche erstreckt. Bei einer schwerwiegenden Symptomatik soll bei Jugendlichen im Alter von 12-18 Jahren, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind, eine multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden.
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung/ Behandlung nicht auf Schweregrad angepasst ausbleibender Behandlung (QI SSV-035)

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-034

ID	SSV-034

Statement	**Anteil Patienten mit SSV im Alter von 10 bis 18 Jahren, die Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch nehmen.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV im Alter von 10 bis 18 Jahren
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch nehmen
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Bei einer schwerwiegenden Symptomatik soll bei Jugendlichen im Alter von 12-18 Jahren, bei denen die Kriterien für eine Störung des Sozialverhaltens erfüllt sind, eine multimodale Intensivbehandlung umgesetzt werden.
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend)/ Weiterbehandlung/ Behandlung Komorbidität

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-035

ID	SSV-035

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, die eine auf ihren Schweregrad abgestimmte individuelle Therapie erhalten haben.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die eine auf ihren Schweregrad abgestimmte individuelle Therapie erhalten haben
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Die Behandlung sollte im Rahmen einer kontinuierlichen Betreuung erfolgen, die eine flexible Anwendung von Modalitäten durch ein zusammenhängendes Behandlungsteam ermöglicht. Die ambulante Behandlung von CD umfasst Interventionen in der Familie, der Schule und der Peer-Gruppe. Das Vorherrschen von externalisierenden Symptomen in mehreren Funktionsbereichen erfordert eher interpersonelle psychoedukative Modalitäten als eine ausschließliche Konzentration auf intrapsychische und psychopharmakologische Ansätze. Als chronische Erkrankung erfordert CD eine umfassende Behandlung und langfristige Nachsorge. Milde CD, wie sie in der Praxis gesehen wird, könnte auf kleinere Interventionen ansprechen, d.h. Beratung mit Eltern und Schulen.
Quelle	(Steiner 1997)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend), Weiterbehandlung, Behandlung Komorbidität

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-036

ID	SSV-036

Statement	**Anteil Kinder mit Verdacht auf SSV, die zur weiteren Diagnostik an einen Spezialisten (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) überwiesen wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten mit Verdacht auf SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die zur weiteren Diagnostik an einen Spezialisten (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) überwiesen wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Wenn Hinweise auf eine Störung des Sozialverhaltens (oder häufig existierende komorbide Störungen z.B. ADHS, PTBS, Substanzmissbrauch, Depression, Angststörung, umschriebene Entwicklungsstörungen, Autismus, Bindungsstörung) identifiziert werden können, sollte eine ausführliche Abklärung bei einem Spezialisten für die Diagnostik psychischer Störungen bei Kindern / Jugendlichen erfolgen (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und - psychotherapie).
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	alle Patienten

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-037

ID	SSV-037

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte als erste Behandlung an einem evidenzbasierten Elterntrainingsprogramm teilgenommen haben.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren Eltern/Sorgeberechtigte als erste Behandlung an einem evidenzbasierten Elterntrainingsprogramm teilgenommen haben
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Consider evidence-based parent-training programs as a firstline intervention for children with significant disruptive behaviours.
Quelle	(Charach et al. 2017)
Kategorie	Therapie
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung, Behandlung (einleitend

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-039

ID	SSV-039

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, deren generische/gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem standardisierten Instrument (z.B. DISABKID, ULQIE, ILK, KINDL-R) erfasst wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, deren generische/gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem standardisierten Instrument (z.B. DISABKID, ULQIE, ILK, KINDL-R) erfasst wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Generische/Gesundheitsbezogene Lebensqualität Instrumente: Lebensqualitätsfragebögen für Kinder mit chronischen Störungen“ (DISABKID-37), Das Ulmer Lebensqualitäts-Inventar für Eltern mit chronisch kranken Kinder (ULQIE), Inventar zur Erfassung der Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen, Fragebogen zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen (KINDL-R)
Quelle	(Winkler und Piso 2014)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-042

ID	SSV-042

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, die einen gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die einen gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Ein Behandlungsplan soll mit dem Kind oder Jugendlichen und seinen Eltern oder Betreuungspersonen entwickelt werden. Dieser sollte neben den Stärken und Ressourcen des Kindes oder Jugendlichen und ihrer Eltern oder Betreuungspersonen vorliegende Risikofaktoren sowie die Bedürfnisse des Kindes/Jugendlichen (z. B. in Bezug auf berufliche/schulische Maßnahmen oder aktueller Lebensbedingungen) und seiner Familie berücksichtigen.
Quelle	(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung / Behandlung (einleitend)

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-045

ID	SSV-045

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei deren Behandlung die Familie mit eingebunden wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei deren Behandlung die Familie mit eingebunden wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Successful assessment and treatment of ODD requires the establishment of therapeutic alliances with the child and family
Quelle	(Steiner und Remsing 2007)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend/laufend), Weiterbehandlung, Behandlung Komorbidität

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-046

ID	SSV-46

Statement	**Anteil Patienten mit SSV, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten eingeholt wurde.**

Nenner	Anzahl Patienten mit SSV und medikamentöser Behandlung
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten eingeholt wurde
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Written consent from primary caregiver obtained before starting medication
Quelle	(Zima et al. 2005)
Kategorie	Praxismanagement
Dimension nach OECD	Sicherheit
Dimension nach Donabedian	Strukturqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + HA + KJP
Berechnungseinheit	Episode
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik + Behandlung/ Behandlung (einleitend)

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-neu1

ID	SSV-neu1

Statement	**Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von SSV bei einem Spezialisten vorstellten und auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden.**

Nenner	Anzahl Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von SSV bei einem Spezialisten vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Begründung	
Original-Indikator	Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung der vorliegenden Symptomatik und störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte sollen folgende Aspekte exploriert werden: Komorbidität – frühere und aktuelle komorbide psychische Störungen, einschliesslich Sinnesstörungen, – umschriebene Entwicklungsstörungen, Lernbehinderungen oder geistige Behinderung, – andere psychische Störungen (z.B. ADHS, Depression, PTBS, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen), Substanzmissbrauch, frühere und aktuelle körperliche Erkrankungen
Quelle	Expert*innen, (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Diagnostik & PROM/PREM
Dimension nach OECD	Patientenorientierung
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Störungen des Sozialverhaltens (SSV)-neu2

ID	SSVneu2
Statement	**Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von SSV bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden.**
Nenner	Anzahl Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von SSV bei einem klinischen Spezialisten vorstellten
Zähler	Anzahl Patienten der Nennerpopulation, die auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden
Über-/Unter-/Fehlversorgung	Bedarfsgerechte Versorgung
QI-Ziel	100%
Definitionen	
Original-Indikator	Die ausführliche diagnostische Untersuchung sollte eine körperliche Anamnese und Untersuchung umfassen. Bei einer ausführlichen diagnostischen Untersuchung der vorliegenden Symptomatik und störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte sollen folgende Aspekte exploriert werden: Komorbidität – frühere und aktuelle komorbide psychische Störungen, einschliesslich Sinnesstörungen, – umschriebene Entwicklungsstörungen, Lernbehinderungen oder geistige Behinderung, – andere psychische Störungen (z.B. ADHS, Depression, PTBS, Angststörungen oder Persönlichkeitsstörungen), Substanzmissbrauch, frühere und aktuelle körperliche Erkrankungen.
Quelle	Exper*innen, (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) 2016)
Kategorie	Diagnostik
Dimension nach OECD	Effektivität
Dimension nach Donabedian	Prozessqualität
Einbezogene Fachgruppe	PÄD + KJP
Berechnungseinheit	Patient
Behandlungsprozess (psych.)	Diagnostik/ Diagnostik + Empfehlung/ Diagnostik + Behandlung

Literaturverzeichnis

Adriaenssens, Niels; Coenen, Samuel; Tonkin-Crine, Sarah; Verheij, Theo J. M.; Little, Paul; Goossens, Herman (2011): European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): disease-specific quality indicators for outpatient antibiotic prescribing. In: *BMJ quality & safety* 20 (9), S. 764–772. DOI: 10.1136/bmjqs.2010.049049.

Backer, Vibeke; Lykkegaard, Jesper; Bodtger, Uffe; Agertoft, Lone; Korshoej, Lene; Braüner, Elvira Vaclavik (2016): The Danish National Database for Asthma. In: *Clinical Epidemiology* 8, S. 601–606. DOI: 10.2147/CLEP.S99494.

Bellows, Nicole M.; Halpin, Helen A. (2008): Impact of Medicaid reimbursement on mental health quality indicators. In: *Health services research* 43 (2), S. 582–597. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2007.00769.x.

Bernardo, Miquel; Dios, Consuelo de; Pérez, Víctor; Ignacio, Emilio; Serrano, Manuel; Vieta, Eduard et al. (2018): Quality indicators in the treatment of patients with depression, bipolar disorder or schizophrenia. Consensus study. In: *Revista de psiquiatria y salud mental* 11 (2), S. 66–75. DOI: 10.1016/j.rpsm.2017.09.002.

Braithwaite, Jeffrey; Hibbert, Peter D.; Jaffe, Adam; White, Les; Cowell, Christopher T.; Harris, Mark F. et al. (2018): Quality of Health Care for Children in Australia, 2012-2013. In: *JAMA* 319 (11), S. 1113–1124. DOI: 10.1001/jama.2018.0162.

Brown, Richard L.; Smith, Mindy A. (2016): Population-Level Quality Measures for Behavioral Screening and Intervention. In: *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality* 31 (4), S. 323–330. DOI: 10.1177/1062860615577131.

Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2022): Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung. Online verfügbar unter www.leitlinien.de, register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-005.

Campbell, Stephen M.; Roland, Martin O.; Middleton, Elizabeth; Reeves, David (2005): Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 331 (7525), S. 1121. DOI: 10.1136/bmj.38632.611123.AE.

Caughey, Gillian E.; Kalisch Ellett, Lisa M.; Goldstein, Stan; Roughead, Elizabeth E. (2015): Suboptimal medication-related quality of care preceding hospitalisation of older patients. In: *The Medical journal of Australia* 203 (5), 220.e1-7. DOI: 10.5694/mja14.01479.

Charach, Alice; Bélanger, Stacey Ageranioti; McLennan, John D.; Nixon, Mary Kay (2017): Screening for disruptive behaviour problems in preschool children in primary health care settings. In: *Paediatrics & child health* 22 (8), S. 478–493. DOI: 10.1093/pch/pxx128.

Child Health BC (2022): Atopic Dermatitis Action Plan. Online resource. Online verfügbar unter https://www.childhealthbc.ca/sites/default/files/Atopic%20Dermatitis%20Action%20Plan.pdf.

Cicutto, Lisa; Dingae, Meg B.; Langmack, Esther L. (2014): Improving asthma care in rural primary care practices: a performance improvement project. In: *The Journal of continuing education in the health professions* 34 (4), S. 205–214. DOI: 10.1002/chp.21254.

Cottrell, Justin; Yip, Jonathan; Campisi, Paolo; Chadha, Neil K.; Damji, Ali; Hong, Paul et al. (2020): Quality indicators for the diagnosis and management of pediatric tonsillitis. In: *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology* 139, S. 110441. DOI: 10.1016/j.ijporl.2020.110441.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie e.V. (DGKJP); Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. (DGPPN); Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V. (DGSPJ) (2017): S3-Leitlinie ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Registernummer 028 - 045. Hg. v. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2013): Leitlinie Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie (S3) AWMF-Registernummer 028 - 043.

Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) (2016): S3-Leitlinie Störungen des Sozialverhaltens: Empfehlungen zur Versorgung und Behandlung. Langfassung der evidenz- und konsensbasierten Leitlinie (S3) AWMF-Registernummer 028-020. Online verfügbar unter https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/028-020.

Deutsche Gesellschaft Für Psychiatrie, Psychotherapie Und Nervenheilkunde; Ärztliches Zentrum Für Qualität In Der Medizin (ÄZQ) (2015): S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 2. Auflage: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); Bundesärztekammer (BÄK); Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV); Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF).

Diette, G. B.; Skinner, E. A.; Markson, L. E.; Algatt-Bergstrom, P.; Nguyen, T. T.; Clark, R. D.; Wu, A. W. (2001): Consistency of care with national guidelines for children with asthma in managed care. In: *The Journal of pediatrics* 138 (1), S. 59–64. DOI: 10.1067/mpd.2001.109600.

DMP BAyern.

Doubova, Svetlana V.; Perez-Cuevas, Ricardo; Balandrán-Duarte, Dulce Alejandra; Rendón-Macías, Mario E. (2015): Quality of care for children with upper respiratory infections at Mexican family medicine clinics. In: *Boletin Medico Del Hospital Infantil De Mexico* 72 (4), S. 235–241. DOI: 10.1016/j.bmhimx.2015.07.003.

Duhoux, Arnaud; Fournier, Louise; Gauvin, Lise; Roberge, Pasquale (2012): Quality of care for major depression and its determinants: a multilevel analysis. In: *BMC psychiatry* 12, S. 142. DOI: 10.1186/1471-244X-12-142.

Egidi, G.; Schelp, H. (2009): Prevalence of chronic diseases and quality indicators in general practice in Bremen. [German]. In: *Zeitschrift fur Allgemeinmedizin* 85 (28), S. 187–195. DOI: 10.3238/zfa.2009.0187.

Ewald, Dominik A.; Huss, Gottfried; Auras, Silke; Caceres, Juan Ruiz-Canela; Hadjipanayis, Adamos; Geraedts, Max (2018): Development of a core set of quality indicators for paediatric primary care practices in Europe, COSI-PPC-EU. In: *European Journal of Pediatrics* 177 (6), S. 921–933. DOI: 10.1007/s00431-018-3140-z.

Faraone, Stephen V.; Silverstein, Michael J.; Antshel, Kevin; Biederman, Joseph; Goodman, David W.; Mason, Oren et al. (2019 Aug): The Adult ADHD Quality Measures Initiative. United States.

Farin, E.; Gustke, M.; Widera, T.; Matthies, S. (2012): Outcome quality in rehabilitation of children and adolescents: results of project aiming at the development of a quality assurance programme. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 74 (6), S. 358–370. DOI: 10.1055/s-0031-1280756.

Forsner, Tord; Wistedt, Anna Aberg; Brommels, Mats; Janszky, Imre; Leon, Antonio Ponce de; Forsell, Yvonne (2010): Supported local implementation of clinical guidelines in psychiatry: a two-year follow-up. In: *Implementation science : IS* 5, S. 4. DOI: 10.1186/1748-5908-5-4.

Fox, Patrick; Porter, Patricia G.; Lob, Sibylle H.; Boer, Jennifer Holloman; Rocha, David A.; Adelson, Joel W. (2007): Improving asthma-related health outcomes among low-income, multiethnic, school-aged children: results of a demonstration project that combined continuous quality improvement and community health worker strategies. In: *Pediatrics* 120 (4), e902-11. DOI: 10.1542/peds.2006-1805.

Galloway, Helen; Newman, Emily (2017): Is there a difference between child self-ratings and parent proxy-ratings of the quality of life of children with a diagnosis of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? A systematic review of the literature. In: *Attention deficit and hyperactivity disorders* 9 (1), S. 11–29. DOI: 10.1007/s12402-016-0210-9.

GBA.

Geraedts, M.; Meisner, C.; Frye, C.; Selbmann, H. K. (2001): Verbesserungspotenzial bei der medizinischen Versorgung von Asthmatikern: Eine regionale Qualitätsbewertung1. In: *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 6 (5), S. 125–133. DOI: 10.1055/s-2001-17744.

Geraedts, M.; Selbmann, H. K.; Meisner, C. (2002): Effekte einer regionalen Intervention zur Förderung der Implementierung von Asthma-Leitlinien. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 64 (5), S. 235–241. DOI: 10.1055/s-2002-28351.

Geraedts, Max; Mehl, Claudia; Schmitz, Jutta; Siegel, Achim; Graf, Erika; Stelzer, Dominikus et al. (2020): Development of an indicator set for the evaluation of the population-based integrated healthcare model 'Gesundes Kinzigtal' (Healthy Kinzigtal). In: *Zeitschrift fur Evidenz, Fortbildung und Qualitat im Gesundheitswesen* 150-152, S. 54–64. DOI: 10.1016/j.zefq.2020.04.001.

Gerlach, Manfred; Mehler-Wex, Claudia; Walitza, Susanne; Warnke, Andreas; Wewetzer, Christoph (Hg.) (2009): Neuro-Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie. Zweite Auflage. 2. Aufl. Wien: Springer.

Gill, Peter J.; O'Neill, Braden; Rose, Peter; Mant, David; Harnden, Anthony (2014): Primary care quality indicators for children: measuring quality in UK general practice. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 64 (629), e752-7. DOI: 10.3399/bjgp14X682813.

Gorman, Daniel A.; Gardner, David M.; Murphy, Andrea L.; Feldman, Mark; Bélanger, Stacey A.; Steele, Margaret M. et al. (2015): Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder (2).

Hansen, Susanne; Hoffmann-Petersen, Benjamin; Sverrild, Asger; Bräuner, Elvira V.; Lykkegaard, Jesper; Bodtger, Uffe et al. (2016): The Danish National Database for Asthma: establishing clinical quality indicators. In: *European clinical respiratory journal* 3, S. 33903. DOI: 10.3402/ecrj.v3.33903.

Harr, D. S.; Balas, E. A.; Mitchell, J. (1996): Developing quality indicators as educational tools to measure the implementation of clinical practice guidelines. In: *American journal of medical quality : the official journal of the American College of Medical Quality* 11 (4), S. 179–185. DOI: 10.1177/0885713X9601100405.

Holton, Christine H.; Beilby, Justin J.; Harris, Mark F.; Harper, Clare E.; Proudfoot, Judith G.; Ramsay, Emmae N.; Ruffin, Richard E. (2010): Systematic care for asthma in Australian general practice: a randomised controlled trial. In: *The Medical journal of Australia* 193 (6), S. 332–337. DOI: 10.5694/j.1326-5377.2010.tb03943.x.

Houle, Janie; Beaulieu, Marie-Dominique; Lespérance, François; Frasure-Smith, Nancy; Lambert, Jean (2010): Inequities in medical follow-up for depression: a population-based study in Montreal. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 61 (3), S. 258–263. DOI: 10.1176/ps.2010.61.3.258.

Klasen et al. (2017): Die BELLA-Studie – das Modul zur psychischen Gesundheit in KiGGS Welle 2.

Lawrence, David; Johnson, Sarah E.; Hafekost, Jennifer; Boterhoven de Haan, Katrina; Sawyer, Michael G.; Ainley, John; Zubrick, Stephen (2015): The mental health of children and adolescents. Report on the second Australian Child and Adolescent Survey of Mental Health and Wellbeing. Canberra: Department of Health.

Lessard, Lily; Fournier, Louise; Gauthier, Josée; Morin, Diane (2015): Quality assessment of primary care for common mental disorders in isolated communities: Taking advantage of health records. In: *Rural and remote health* 15 (3), S. 3224.

Lewandowski, R. Eric; Acri, Mary C.; Hoagwood, Kimberly E.; Olfson, Mark; Clarke, Greg; Gardner, William et al. (2013): Evidence for the management of adolescent depression. In: *Pediatrics* 132 (4), e996-e1009. DOI: 10.1542/peds.2013-0600.

Lillig, Mathias (2018): Conduct Disorder: Recognition and Management 98 (10), 584-592A.

March-López, Pablo; Madridejos, Rosa; Tomas, Rosa; Boix-Palop, Lucía; Arcenillas, Paula; Gómez, Lucía et al. (2020): Applicability of Outpatient Quality Indicators for Appropriate Antibiotic Use in a Primary Health Care Area: a Point Prevalence Survey. In: *Antimicrobial agents and chemotherapy* 64 (11). DOI: 10.1128/AAC.01266-20.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2007): Atopic eczema in under 12s: diagnosis and management. Clinical guideline Published: 12 December 2007 Last updated: 7 June 2023. Online verfügbar unter www.nice.org.uk/guidance/cg57.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017): Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. NICE guideline Published: 29 November 2017 Last updated: 22 March 2021. Online verfügbar unter https://www.nice.org.uk/guidance/ng80.

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018): Depression in children and young people.

Nguyen, Kimberly H.; Boulay, Eileen; Peng, Justin (2011): Quality-of-life and cost-benefit analysis of a home environmental assessment program in Connecticut. In: *The Journal of asthma : official journal of the Association for the Care of Asthma* 48 (2), S. 147–155. DOI: 10.3109/02770903.2010.535881.

Paediatrics & Child Health Division of The Royal Australasian College of Physicians and The Australien Society of Otolaryngology Head and Neck Surgery: A joint Position paper of the Paediatrics & Child Health Division of The Royal Australasian College of Physicians and The Australian Society of Otolaryngology 2008. Online verfügbar unter https://www.kidshealth.org.nz/sites/kidshealth/files/pdfs/Final_approved_Tonsillectomy_document-3.pdf, zuletzt geprüft am 19.11.2020.

Poveda-Montoyo, I.; Garcia-Doval, I.; Descalzo, M. A.; Betlloch-Mas, I.; Miquel-Miquel, F. J.; Serrano-Manzano, M. et al. (2020): Quality Indicators in Care of Patients With Atopic Dermatitis: Consensus Document of the Spanish Academy of Dermatology and Venereology. In: *Actas Dermo Sifiliograficas* (19). DOI: 10.1016/j.ad.2019.06.007.

Ragazzi, Helen; Keller, Adrienne; Ehrensberger, Ryan; Irani, Anne-Marie (2011): Evaluation of a practice-based intervention to improve the management of pediatric asthma. In: *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine* 88 Suppl 1 (Suppl 1), S. 38–48. DOI: 10.1007/s11524-010-9471-3.

RAND (2000): Quality of Care for Children and Adolescents: A Review of Selected Clinical Conditions and Quality Indicators: RAND Corporation.

Skrundz, M.; Borusiak, P.; Hameister, K. A.; Geraedts, M. (2015): The Development of Quality Indicators for Management of Patients with ADHD in Social Paediatrics. In: *Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 77 (12), S. 908–915. DOI: 10.1055/s-0034-1389922.

Smolders, Mirrian; Laurant, Miranda; Verhaak, Peter; Prins, Marijn; van Marwijk, Harm; Penninx, Brenda et al. (2009): Adherence to evidence-based guidelines for depression and anxiety disorders is associated with recording of the diagnosis. In: *General hospital psychiatry* 31 (5), S. 460–469. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2009.05.011.

Steiner, H. (1997): Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (10 Suppl).

Steiner, Hans; Remsing, Lisa (2007): Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46 (1), S. 126–141. DOI: 10.1097/01.chi.0000246060.62706.af.

To, Teresa; Guttmann, Astrid; Lougheed, M. Diane; Gershon, Andrea S.; Dell, Sharon D.; Stanbrook, Matthew B. et al. (2010): Evidence-based performance indicators of primary care for asthma: a modified RAND Appropriateness Method. In: *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care* 22 (6), S. 476–485. DOI: 10.1093/intqhc/mzq061.

Utsugi-Ozaki, Makiko; Bito, Seiji; Matsumura, Shinji; Hayashino, Yasuaki; Fukuhara, Shunichi (2009): Physician job satisfaction and quality of care among hospital employed physicians in Japan. In: *Journal of general internal medicine* 24 (3), S. 387–392. DOI: 10.1007/s11606-008-0886-4.

van Melle, Marije A.; Lamkaddem, Majda; Stuiver, Martijn M.; Gerritsen, Annette A. M.; Devillé, Walter L J M; Essink-Bot, Marie-Louise (2014): Quality of primary care for resettled refugees in the Netherlands with chronic mental and physical health problems: a cross-sectional analysis of medical records and interview data. In: *BMC family practice* 15, S. 160. DOI: 10.1186/1471-2296-15-160.

Waddell, C.; Lipman, E.; Offord, D. (1999): Conduct disorder: practice parameters for assessment, treatment, and prevention. In: *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie* 44 Suppl 2, 35S-40S. DOI: 10.1177/07067437990440S201.

Winkler, Roman; Piso, Brigitte (2014): Ergebnisqualität in der Mental Health Rehabilitation für Kinder und Jugendliche. In: *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 42 (6), S. 431–439. DOI: 10.1024/1422-4917/a000321.

Zima, Bonnie T.; Hurlburt, Michael S.; Knapp, Penny; Ladd, Heather; Tang, Lingqi; Duan, Naihua et al. (2005): Quality of publicly-funded outpatient specialty mental health care for common childhood psychiatric disorders in California. In: *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 44 (2), S. 130–144. DOI: 10.1097/00004583-200502000-00005.

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Datenschutzkonzept

Versorgungsqualität in der ambulanten Routineversorgung häufiger Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters – die „QualiPäd“-Studie

Inhaltsverzeichnis

1 Projektbeschreibung 2

1.1 Studienmodul „Datenerhebung Patientenakten“ 3

1.2 Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“ 3

2 Verantwortung 3

3 Rechtmäßigkeit zur Datenerhebung 4

3.1 Studienmodul „Datenerhebung Patientenakten“ 4

3.2 Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“ 5

4 Datenerhebungsmethoden, Datensicherung und Datenlöschung 5

4.1 Studienmodul „Datenerhebung Patientendaten“ 6

4.2 Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“ 8

5 Zustimmung zur Datenerhebung 10

5.1 Studienmodul „“Datenerhebung Patientenakten“ 10

5.2 Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“ 10

6 Ihre Datenschutzrechte 10

6.1 Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“ 10

7 Abrufbarkeit des Dokumentes „Datenschutz und Nutzungsbedingungen“ 11

Stand: 08.11.2021

Der Datenschutz ist uns wichtig und wir nehmen ihn sehr ernst. Wir setzen auf eine vertrauensvolle Kooperation mit Ihnen und sind in jeder Hinsicht bemüht, Sie rundum zufriedenzustellen - dies gilt natürlich auch im Umgang mit Ihren Daten. Mit diesem Dokument möchten wir Sie darüber informieren, wie Ihre Daten und die Daten Ihrer Patient:innen im Rahmen des QualiPäd-Forschungsprojektes verarbeitet werden.

Sie können sich bei Fragen jeglicher Art jederzeit an den Projektleiter wenden:

Prof. Dr. med. Dr. P.H. Christian BACHMANN,

+49 731-500-61603, christian.bachmann@uniklinik-ulm.de

1 Projektbeschreibung

Der Großteil der ärztlichen Versorgung der rund 13 Millionen Kinder und Jugendlichen in Deutschland erfolgt ambulant. Es ist nicht bekannt, wie die Qualität dieser Versorgung ist, d.h. inwieweit sich die behandelnden Ärzt:innen an die gültigen fachlichen Empfehlungen halten. Die Versorgungsqualität ist aber gerade im Kindes- und Jugendalter von besonderer Bedeutung, da in dieser Altersgruppe bei vielen Erkrankungen das Risiko von Folgeschäden oder chronischer Verläufe in Folge unzureichender Diagnostik und Therapie deutlich erhöht ist.

Im Rahmen des QualiPäd-Forschungsvorhabens soll retrospektiv im Zeitraum von November 2021 bis November 2022 die Qualität der ambulanten ärztlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen am Beispiel häufiger psychischer (ADHS, Depression, Störung des Sozialverhaltens) sowie körperlicher (Asthma bronchiale, Tonsillitis, Otitis media, Neurodermitis) Erkrankungen untersucht werden.

Die Ergebnisse des Forschungsvorhabens zeigen auf, bei welchen Erkrankungen, Arzt- und Patientengruppen die Versorgungsqualität verbessert werden sollte, und was mögliche Ansatzpunkte hierfür sein könnten.

Hierfür gliedert sich das QualiPäd-Forschungsvorhaben in zwei Studienmodule.

1.1 Studienmodul „Datenerhebung Patientenakten“

In mindestens zwanzig Arztpraxen aus der ambulanten kassenärztlichen Versorgung des Bundeslandes Hessen verschiedener Fachrichtungen (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, kinderärztlicher Notdienst) werden retrospektiv anonymisiert relevante Behandlungsinformationen aus Patientenakten von 1.400 Kindern und Jugendlichen, die wegen einer der o.g. Erkrankungen behandelt wurden, extrahiert, erfasst und ausgewertet.

Es wird dabei überprüft, inwieweit das dokumentierte ärztliche Vorgehen mit aktuellen Empfehlungen zu Diagnosestellung und Behandlung (Qualitätsindikatoren) übereinstimmt. Hieraus wird dann der prozentuale Anteil von leitliniengerechter Behandlung, Unter-, Über- oder Fehlversorgung bestimmt.

1.2 Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“

In Ergänzung der anonymisierten Datenextraktion aus den Patientenakten, werden zusätzlich die behandelnden Ärzt:innen dazu befragt, was ihnen erleichtert oder erschwert, sich an Leitlinien zu halten.

Die Befragung erfolgt hierzu in einem Interviewsetting in einer Gruppe von maximal acht Ärzt:innen, in dem Fragen zur Vorgehensweise bei der Behandlung der untersuchten sieben Erkrankungsbilder gestellt werden.

Ziel des Gruppeninterviews ist es die Faktoren zu identifizieren, die es Ärzt:innen erleichtern bzw. erschweren, in der täglichen ärztlichen Praxis diagnostische und therapeutische Leitlinien zu befolgen.

Im Rahmen dieser Interviewgruppen werden keine Patientendaten erhoben.

2 Verantwortung

Das QualiPäd-Forschungsvorhaben wird von Mitarbeiter:innen der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm (UKU) sowie des Instituts für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie (IVE) der Philipps-Universität Marburg durchgeführt.

Der Projektleiter ist Prof. Dr. med. Dr. P.H. Christian BACHMANN.

Name: **Prof. Dr. med. Dr. P.H. Christian BACHMANN,**
Adresse: **Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie,**
Universitätsklinikum Ulm, Steinhövelstr. 5, 89075 Ulm
Telefon: **+49 731-500-61603**
E-Mail: **christian.bachmann@uniklinik-ulm.de**

Die Verantwortung bezüglich der Datenverarbeitung trägt das Universitätsklinikum Ulm (UKU) gemeinsam mit der Phillips-Universität Marburg, vertreten durch sein Institut für Versorgungsforschung und Epidemiologie (IVE). Die gemeinsam Verantwortlichen haben in einem Vertrag gemäß Art. 26 EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) die jeweiligen Zuständigkeitsbereiche geregelt. Zuständig für datenschutzrechtliche Fragen ist das Universitätsklinikum Ulm: **Uniklinikum Ulm, Albert-Einstein-Allee 23, 89081 Ulm, Mail: dsb.ukl@uniklinik-ulm.de** .

Für das hier beschriebene Forschungsvorhaben ist am 14. Januar 2021 durch die Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt a.M. ein positives Ethik-Votum (2020-2026-evBO) erteilt worden.

3 Rechtmäßigkeit zur Datenerhebung

3.1 Studienmodul „Datenerhebung Patientenakten“

Die Erhebung der zu anonymisierenden Sekundärdaten im Studienmodul „Datenerhebung Patientenakten“ kann nach einer Interessenabwägung der teilnehmenden Ärzt:innen auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j) DSGVO i.V.m. §27 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG)[1] erfolgen.

[1] § 27 BDSG Abs.1: „Abweichend von Artikel 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 ist die Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Artikels 9 Absatz 1 der Verordnung (EU) 2016/679 auch ohne Einwilligung für wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke oder für statistische Zwecke zulässig, wenn die Verarbeitung zu diesen Zwecken erforderlich ist und die Interessen des Verantwortlichen an der Verarbeitung die Interessen der betroffenen Person an einem Ausschluss der Verarbeitung erheblich überwiegen. [2]Der Verantwortliche sieht angemessene und spezifische Maßnahmen zur Wahrung der Interessen der betroffenen Person gemäß § 22 Absatz 2 Satz 2 vor.“

Es ist im Interesse der Ärzt:innen und zusätzlich im allgemeinen öffentlichen Interesse, dass die Daten in Hinsicht zur Qualitätssicherung und Qualitätsverbesserung herangezogen und ausgewertet werden. Da es dem Zweck dient, die künftige Patientenversorgung zu verbessern, ist es auch mit dem Zweck der ursprünglichen Datenerhebung vereinbar[2]. Die Daten werden nach Erhebung aus den Akten durch die Praxen selbst unmittelbar anonymisiert und dann erst für die Projektmitarbeiter:innen bereitgestellt. Somit gibt es keine Risiken für die betroffenen Patienten; ihre Interessen bleiben insoweit gewahrt. Das Interesse am Forschungsvorhaben überwiegt damit das Interesse der einzelnen Person. Eine Information betroffener Patienten kann auf Grund von Art 14 Abs. 5 Buchstabe b DSGVO unterbleiben.

3.2 Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“

Die Erhebung der pseudonymisierten Primärdaten im Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“ erfolgt auf Grundlage einer informierten und freiwilligen Einwilligung lt. Art. 6 Abs. 1 lit. a DSGVO.

4 Datenerhebungsmethoden, Datensicherung und Datenlöschung

Sämtliche Mitarbeitenden des QualiPäd-Forschungsvorhabens sind schriftlich auf das Datengeheimnis und die Schweigepflicht verpflichtet. Nur autorisierte Mitarbeiter haben Zugang zu den Räumen und Büros. Die Gebäude werden täglich durch einen Sicherheitsdienst überwacht. Unbefugte Personen haben zu den Programmen/Datenverarbeitungssystemen wie zu solchen Datenbeständen, die schutzwürdige Daten enthalten, keinen Zugang und auch keine Zugriffsmöglichkeit darauf. Zugangsberechtigungen sind passwortgeschützt. Nur autorisierte Projektmitarbeiter:innen können im Rahmen der Benutzerkontrolle (Zugangsschlüssel, Mitarbeiterpasswort, Definition als Arbeitsgruppe) auf die zu verarbeitenden Projektdaten zugreifen.

[2] Art. 5 Abs.1 Buchstabe b DSGVO: „Personenbezogene Daten müssen (…) für festgelegte, eindeutige und legitime Zwecke erhoben werden und dürfen nicht in einer mit diesen Zwecken nicht zu vereinbarenden Weise weiterverarbeitet werden; eine Weiterverarbeitung für im öffentlichen Interesse liegende Archivzwecke, für wissenschaftliche oder historische Forschungszwecke oder für statistische Zwecke gilt gemäß Artikel 89 Absatz 1 nicht als unvereinbar mit den ursprünglichen Zwecken („Zweckbindung“);…“

Das UKU und IVE Marburg arbeiten jeweils in einem PC-Netz mit benutzerbezogenen Zugangsberechtigungen für jede Mitarbeiter:in, die von den EDV-Beauftragten der jeweiligen Einrichtung eingerichtet werden. Die Projekt-Server, auf dem die projektspezifischen Daten für die Ergebnisproduktion gespeichert und archiviert werden, stehen in gesicherten Räumen. Der Zugang ist nur für berechtigte und autorisierte Personen möglich. Unbefugte haben zu den Datenbeständen und -Verarbeitungssystemen keinen Zugriff. Im Rahmen der Verfügbarkeitskontrolle werden regelmäßige Backups durchgeführt.

Die Einhaltung der DSGVO-gerechten Archivierung, Aufbewahrungs- und Löschfristen wird durch das UKU gewährleistet.

Sämtliche im Rahmen des QualiPäd-Forschungsvorhabens erhobenen und gespeicherten Daten werden spätestens drei Jahre nach Projektbeendigung vernichtet bzw. gelöscht.

4.1 Studienmodul „Datenerhebung Patientendaten“

Die Datenerhebung und Datenauswertung der Patientendaten erfolgen ausschließlich mit anonymisierten Datensätzen ohne Verknüpfung und Zugriff auf Primärdaten bzw. personenbezogene Daten.

4.1.1 Datenselektion

Im Rahmen der Datenerhebungsvorbereitung wird von den am Forschungsprojekt teilnehmenden Praxen in einem ersten Schritt eine pseudonymisierte Liste der Jahre 2018 und 2019 je Krankheitsbild mit Patient:innen in Zusammenarbeit mit dem Forschungsteam nach Diagnosen/Diagnoseschlüssel und detaillierten Selektionskriterien zur Verfügung gestellt. Die Liste ist so gestaltet, dass pro Krankheitsbild alle in Frage kommenden Patient:innen von 1 bis X nummeriert anhand der Initialen und des Geburtsjahrs sortiert aufgelistet werden. Zusätzlich ist durch die Praxen ein eindeutiges Kennzeichen (z.B. Patienten-ID aus der Praxis-Software) mitzugeben, anhand dessen die Praxen selbst die durch das QualiPäd-Forschungsteam ausgewählten Patient:innen identifizieren und die zugehörigen anonymisierten Patientenakten zur Verfügung stellen können.

Aus dieser Liste wählt das QualiPäd-Forschungsteam per stratifizierter Randomisierung pro Störungsbild zufällig die Patient:innen aus, aus deren anonymisierten Patientenakten die Mitarbeiter:innen des IVE Marburg dann die für die Studie relevanten Daten extrahieren.

Durch den jeweiligen Versorger werden die interessierenden Patientendaten aus der Patientenakte anhand der Initialen und Geburtsjahrgänge bzw. der eindeutigen Patienten-ID exzerpiert und ausgedruckt bzw. kopiert (im Falle von Papierakten) und die personenbezogenen Informationen unkenntlich gemacht. Die Pseudonymliste wird unmittelbar nach Zweckerfüllung datenschutzkonform gelöscht/vernichtet.

4.1.2 Datenerhebung

Die Datenerhebung aus den anonymisierten Patientenakten der an dem Forschungsvorhaben teilnehmenden Praxen erfolgt durch Mitarbeiter:innen des IVE Marburg in den Räumlichkeiten der ambulanten Versorger.

Diese anonymisierte Dokumentation der jeweiligen Patientenakten wird dann einschließlich eines Basisdatensatzes (Praxistyp, Alter und Geschlecht des Patienten, PLZ des Wohnortes, sozioökonomischer Status (approximiert über Versicherungsstatus), Migrationshintergrund (approximiert über Geburtsort)) von den jeweiligen Versorgern an die Mitarbeiter:innen des IVE Marburg übergeben, die die anonymisierten Daten in der Folge auf Plausibilität überprüfen und für die weitere Auswertung digital auf einem geschützten Endgerät (kryptographische Verschlüsselung) erfassen und speichern. Die jeweils aktualisierten Daten auf einem sicheren, geschützten Weg in die nur den Projektmitarbeiter:innen zugänglichen Projektdatenbank auf einen gesicherten Server des IVE Marburg übertragen.

Im Rahmen der Erhebung und Speicherung anonymisierter Behandlungsinformationen auf dem Endgerät und der Projektdatenbank wird eine nicht rückschlüsselbare, aber eindeutig unterscheidbare Zeichenkette (Anonym) als Ordnungsbegriff erzeugt. Dieser hat keine Verbindung zu den ursprünglichen Daten/Betroffenen. Eine Zuordnung zu den Patienten ist damit nicht mehr möglich.

4.1.3 Datenauswertung

Die in der Projektdatenbank erfassten anonymen Patientendaten werden von den Projektmitarbeiter:innen am IVE Marburg geprüft und aufbereitet. Die sich dann anschließende qualitative Auswertung erfolgt durch Mitarbeiter:innen des IVE Marburg und des UKU in der Form, dass die digital aufbereiteten Daten auf die Erfüllung der zuvor entwickelten Qualitätsindikatoren hin überprüft wird. Primärer Endpunkt ist der prozentuale Anteil erfüllter Qualitätsindikatoren über alle untersuchten Fälle.

Ergänzend zur Messung der Versorgungsqualität pro Erkrankung werden die Daten zur Versorgungsqualität der verschiedenen Erkrankungen gepoolt, um dann auf dieser Datenbasis deskriptive und Assoziationsanalysen (QI-Ausprägung in Abhängigkeit von möglichen Einflussgrößen) durchzuführen. Hierzu wird zusätzlich ein Auswertedatensatz an MH Statistik Beratung (Bienenweg 8, 35041 Marburg) als externe Auftragnehmerin für die unabhängige Biometrie-Analyse versendet.

Sowohl die externe Auftragnehmerin, als auch die Mitarbeiter:innen des IVE Marburg und des UKU stellen zu jedem Zeitpunkt in geeigneter Form und nach dem aktuellen Stand der Technik sicher, dass ausschließlich die am QualiPäd-Forschungsvorhaben Beteiligten Zugriff auf die anonymisierten Daten haben.

Gleichzeitig ist sichergestellt, dass weder die externe Auftragnehmerin, noch die Mitarbeiter:innen des IVE Marburg und des UKU zu keiner Zeit Zugriff auf nicht anonymisierte Patientendaten haben.

4.2 Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“

Zur weiteren Konsensfindung werden aus qualitativen Interviews Informationen dahingehend gewonnen, was den teilnehmenden Ärzt:innen erleichtert oder erschwert hat, sich an Behandlungsleitlinien zu halten. Diese Informationen werden als pseudonymisierte Datensätze weiterverarbeitet.

Die teilnehmenden Ärzt:innen erhalten eine Arztinformation sowie eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme.

4.2.1 Datenerhebung

Die Durchführung der qualitativen Interviews erfolgt im Anschluss an die Überprüfung der Erfüllung der Qualitätsindikatoren in Fokusgruppen (vier nach Versorgertyp gemischte Gruppen mit je fünf Teilnehmern). Von den teilnehmenden Ärzt:innen werden die sozio-demographischen Daten (Geschlecht, Alter (in 10-Jahres-Bändern) und die Fachrichtung) erhoben.

Die Fragen und Antworten werden zu Auswertungszwecken in digitaler Form als Audiodatei gespeichert.

Die Interviews werden nach vorher festgelegten Kriterien verbatim transkribiert und mittels einer Software analysiert. Ab der Speicherung der Interviews erfolgt die weitere Datenverarbeitung in pseudonymisierter Form. Die personenbezogenen Daten werden durch einen Nummern- und/oder Buchstabencode ersetzt; die Angabe des Geburtsdatums wird auf das Geburtsjahr beschränkt.

Im IVE Marburg ist eine Liste hinterlegt, auf der die Namen den Nummern- und/oder Buchstabencodes zugeordnet sind. Diese Liste wird im IVE Marburg gesondert aufbewahrt und unterliegt dort technischen und organisatorischen Maßnahmen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten Ihnen durch unbefugte Personen nicht zugeordnet werden können.

4.2.2 Datenauswertung

Für die Datenanalyse kommen inhaltsanalytische Methoden zur Anwendung.

Für die Datenauswertung werden die Leitlinien zur Guten Praxis Sekundärdatenanalyse zugrunde gelegt. Hierzu gehören die Regelungen der Datenverarbeitung mit dem Datenhalter sowie die Verabschiedung eines Datenschutzkonzeptes.

4.2.3 Datensicherung und -löschung

Papierversionen in Zusammenhang mit personenbezogenen Daten, d.h. die Einwilligungserklärungen zur Datenanalyse der Interviewdaten und die Liste zur Zuordnung der pseudonymisierten Daten zu den personenbezogenen Daten, werden in den Räumlichkeiten des IVE

Marburg gesammelt und nach Projektabschluss im Archiv des UKU bis zur Vernichtung nach 3 Jahren gelagert.

Das UKU stellt ab dem Zeitpunkt der Archivierung insbesondere sicher, dass die personenbezogenen Daten durch unbefugte Personen nicht den pseudonymisierten Interviewdaten zugeordnet werden können.

Die im Zuge der Interviews aufgezeichneten Audio-Dateien werden nach erfolgter Transkribierung vernichtet bzw. gelöscht.

5 Zustimmung zur Datenerhebung

5.1 Studienmodul „“Datenerhebung Patientenakten“

Die Grundlage für die Datenerhebung aus den Patientenakten bildet die mit dem ambulanten Versorger geschlossene vertragliche Vereinbarung.

5.2 Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“

Im Rahmen der primären Datenerfassung durch Gruppeninterviews erhalten die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte eine Teilnehmerinformation sowie eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme einschließlich der Datenerfassung und Datenspeicherung. Die Einwilligung wird schriftlich erklärt und durch die QualiPäd-Forschungsgruppe dokumentiert (Siehe Punkt 3/4)

6 Ihre Datenschutzrechte

6.1 Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“

Im Rahmen des Studienmodus „Fokusgruppeninterviews“ haben die Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der geltenden gesetzlichen Bestimmungen jederzeit das Recht auf unentgeltliche Auskunft über Ihre gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und mögliche Empfänger und den Zweck der Datenverarbeitung (Art. 15 DSGVO) und ggf. ein Recht auf Berichtigung unrichtiger Daten Art. 16 DSGVO), Löschung dieser Daten unter bestimmten Voraussetzungen (Art. 17 DSGVO), das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18

DSGVO, auf Widerspruch (Art. 21 DSGVO) sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit von Ihnen bereitgestellter Daten (Art. 20 DSGVO).

Die Einwilligung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen schriftlich widerrufen werden, ohne dass den Ärztinnen und Ärzten daraus ein Nachteil entsteht. Wird die Einwilligung widerrufen, werden keine weiteren Daten mehr erhoben. Die bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitung bleibt jedoch rechtmäßig. Die Löschung der verarbeiteten personenbezogenen Daten erfolgt im Fall des Widerrufs der Einwilligung automatisch.

Zur Wahrnehmung Ihrer Rechte können Sie sich an den Datenschutzbeauftragten des Universitätsklinikums Ulm wenden: Universitätsklinikum Ulm, Datenschutzbeauftragter, Albert-Einstein-Allee 29, 89081 Ulm, Tel. 0731/500-69290, Mail: Datenschutz@uniklinik-ulm.de

Darüber hinaus steht Ihnen im Falle datenschutzrechtlicher Verstöße ein Beschwerderecht bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu (Art. 77 DSGVO i.V.m. §19 BDSG): Landesbeauftragter für den Datenschutz und die Informationsfreiheit in Baden-Württemberg, Postfach 10 29 32, 70025 Stuttgart, Tel.: 0711 / 61 55 41 - 716 , Mail: Poststelle@lfdi.bwl.de

7 Abrufbarkeit des Dokumentes „Datenschutz und Nutzungsbedingungen“

Das Datenschutzkonzept kann auf der Webseite der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie Ulm (https://www.uniklinik-ulm.de/fileadmin/default/Kliniken/Kinder-Jugendpsychiatrie/Dokumente/Datenschutzkonzept_Qualipaed.pdf) abgerufen und ausgedruckt werden.

UNIVERSITÄTS KLINIKUM ulm

Prüfplan retrospektive Studie

STUDIE: Evaluation der Versorgungsqualität in der ambulanten Routineversorgung häufiger Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters [QualiPäd]

Inhalt

1. Prüfer 2
2. Hintergrund 2
3. Literatur 3
4. Hypothese 4
5. Zielgrößen 5
6. Untersuchungsdesign 5
7. Anzahl der Patienten/Probanden 6
8. Statistik 7
9. Ein- und Ausschlusskriterien 8
10. Datenschutz 8
11. Datum und Unterschrift des Studienleiters und der Biometrikerin 9

1. Prüfer

Studienleiter: Prof. Dr. med. Dr. P.H. Christian Bachmann
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
Steinhövelstr. 5
89075 Ulm
Fon: +49 731 500-61603
Fax: +49 731 500-61602
E-Mail: christian.bachmann@uniklinik-ulm.de

Sonstige: *Rekrutierung der teilnehmenden Arztpraxen, Erfassung und Auswertung der anonymisierten Patientendaten:*
Prof. Dr. med. Max Geraedts, M.San.
Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie der Philipps-Universität Marburg
Karl-von-Frisch-Straße 4
35043 Marburg
Fon: +49 6421-28-66244
Fax: +49 6421-28-65660
E-Mail: geraedts@uni-marburg.de

Statistikerin: Dr. phil. Dipl.-Stat. Monika Heinzel- Gutenbrunner
MH Statistik Beratung
Bienenweg 8
35041 Marburg
Mobil: +49 176 64904049
E-Mail: Monika.Heinzel@Statistik-Beratung.net

2. Hintergrund

In Deutschland leben laut offiziellen statistischen Angaben rund 13 Millionen Kinder und Jugendliche, dies entspricht etwa 16 Prozent der Bevölkerung. Der ganz überwiegende Teil der medizinischen Versorgung dieser Altersgruppe erfolgt in Deutschland ambulant, in der Regel durch Kinderärzte oder Allgemeinärzte [1]. Über 90 % der Kinder und Jugendlichen nehmen dort mindestens einmal jährlich ambulante Versorgungsleistungen wahr [2]. Die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte ist somit das zentrale Element in der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen in Deutschland.

Während für die gesundheitliche Lage im Allgemeinen und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen über die KIGGS-Studien des Robert Koch-Instituts (RKI) ausreichende Informationen vorliegen [www.kiggs-studie.de], gibt es zur Versorgungsqualität in der Routineversorgung von Kindern und Jugendlichen für Deutschland und auch international kaum aussagekräftige Daten. Die wenigen existierenden Studien sind, abgesehen von zwei Studien aus den USA und Australien [3, 4] (s.u.), entweder monozentrisch angelegt oder beschränken sich auf einzelne Störungsbilder (z.B. [5-7]).

Diese schwache Datenlage ist eine Herausforderung, da die Versorgungsqualität, d.h. das Maß, in dem Diagnosestellung und Therapie den Vorgaben der relevanten Leitlinien entsprechen, ein zentraler Baustein der Versorgung ist und das patientenseitige Outcome maßgeblich beeinflusst.

Dementsprechend wurde seit dem Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2001/II wiederholt auf das Thema der bedarfsgerechten Versorgung fokussiert, zuletzt im Gutachten 2014 [8]. Umgekehrt ist eine Unter-, Über- oder Fehlversorgung mit erheblichen Nachteilen für Patient und auch Gesundheitssystem verbunden (z.B. in Form drohender Antibiotikaresistenzen aufgrund nicht leitliniengemäßer Antibiotika-verschreibung bei Otitis media, schlechteren Outcome bei Nichtverordnung von Psychotherapie bei ADHS).

Der hohe Stellenwert der Versorgungsqualität gewinnt in der Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen noch einmal zusätzlich an Bedeutung, da bei vielen Erkrankungen in dieser Patientengruppe suboptimale Diagnostik und Therapie das Risiko von Folgeschäden (z.B. Schwerhörigkeit infolge einer nicht korrekt behandelten Mittelohrentzündung) bzw. einer Chronifizierung (z.B. bei unbehandelter depressiver Störung) deutlich erhöhen.

Nach Kenntnis der Antragsteller liegen derzeit weltweit nur zwei Studien vor, die in einem multizentrischen Design die Versorgungsqualität bei mehreren Störungsbildern des Kindes- und Jugendalters in unterschiedlichen Versorgungssettings untersucht haben: Eine Studie aus den USA untersuchte im Zeitraum 1996–2000 in zwölf US-amerikanischen Ballungsräumen die Versorgungs-qualität hinsichtlich zwölf häufiger pädiatrischer Versorgungsanlässe (N=1.536, Alter: 0-17 Jahre) und fand eine durchschnittliche Versorgungsqualität von 46,5 % [4]. In einer Studie aus Australien untersuchten Braithwaite et al. für 17 häufige Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters mithilfe von Qualitätsindikatoren die Behandlungsqualität in zwölf medizinischen Einrichtungen der Primärversorgung (N=6.689 Kinder, Alter: 0–15 Jahre). Die ermittelte Adhärenz zu den aus Behandlungsleitlinien abgeleiteten Qualitätsindikatoren lag in dieser Studie durchschnittlich bei 59,8 %, was im Sinne eines erheblichen Optimierungspotentials aufzufassen ist [3].

Die vorgenannten Befunde bestätigen damit Empfehlungen, die schon vor Jahren aufgrund erheblicher Defizite in der Versorgungsqualität kranker Kinder und Jugendlicher die Entwicklung von Qualitätsindikatoren-Sets angemahnt haben [9]. Dieser dringende Forschungsbedarf hinsichtlich der Entwicklung und Anwendung geeigneter Messinstrumente zur Erhebung der Versorgungsqualität wurde auch im jüngst abgeschlossenen EU-geförderten Projekt „Models of Child Health Appraised“ (MOCHA; http://www.childhealthservicemodels.eu/) bestätigt, und wird auch von der Europäischen Union im aktuellen Dritten Europäischen Gesundheitsprogramm (Laufzeit: 2014–2020) benannt (http://ec.europa.eu/health/programme/policy/index_en.html).

Das vorliegende Vorhaben greift somit ein gesundheitspolitisch hoch aktuelles Thema auf. Während andere Länder wie z.B. die USA die Messung der ambulanten Versorgungsqualität im Bereich der Kinder- und Jugendgesundheit inzwischen hoch priorisieren und durch Exzellenzzentren fördern [10], liegen für Deutschland, wie bereits dargestellt, keine Daten dieser Art vor, es besteht somit eine deutliche Forschungslücke.

Vor diesem Hintergrund ist das Ziel des vorliegenden Forschungsvorhabens, erstmalig die Qualität der ambulanten Versorgung für verschiedene häufige körperliche und psychische Erkrankungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland zu messen.

3. Literatur

1. Seeling S, Prütz F, Gutsche J: Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2018, 3(4):57-65.
2. Rattay P, Starker A, Domanska O, Butschalowsky H, Gutsche J, Kamtsiuris P: Trends in der Inanspruchnahme ambulant-ärztlicher Leistungen im Kindes- und Jugendalter. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 2014, 57(7):878-891.
3. Braithwaite J, Hibbert PD, Jaffe A, White L, Cowell CT et al: Quality of Health Care for Children

in Australia, 2012- 2013. JAMA 2018, 319(11):1113-1124.
4. Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, Keesey J, Klein DJ et al: The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. New England Journal of Medicine 2007, 357(15):1515-1523.
5. Ulusoy M, Borusiak P, Hameister KA, Geraedts M: Qualitätsmessung bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Entwicklungsstörungen - eine Machbarkeitsstudie am Beispiel ADHS. Gesundheitswesen 2017, 79(10): e78-e84.
6. Doherty S, Jones P, Stevens H, Davis L, Ryan N, Treeve V: 'Evidence-based implementation' of paediatric asthma guidelines in a rural emergency department. Journal of Paediatrics and child health 2007, 43(9):611-616.
7. Wang CJ, Elliott MN, McGlynn EA, Brook RH, Schuster MA: Population-Based Assessments of Ophthalmologic and Audiologic Follow-up in Children With Very Low Birth Weight Enrolled in Medicaid: A Quality-of-Care Study. Pediatrics 2008, 121(2): e278-e285.
8. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: Bedarfsgerechte Versorgung − Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Bonn/Berlin; 2014.
9. Wolfe I, Thompson M, Gill P, Tamburlini G, Blair M et al: Health services for children in western Europe. Lancet 2013, 381(9873):1224-1234.
10. Schuster MA: Measuring Quality of Pediatric Care: Where We've Been and Where We're Going. Pediatrics 2015, 135(4):748-751.

4. Hypothese

Aufgrund des erheblichen Mangels an Daten zu der untersuchten Fragestellung (s.u.) kann keine Arbeitshypothese aufgestellt werden, die Studie ist daher explorativ angelegt.

4.1 Ausgangserwartungen

Von den Ergebnissen der Studie wird neben dem Schluss einer hochrelevanten Forschungslücke ein Erkenntnisgewinn zum Status quo der Versorgungsqualität körperlich und psychisch erkrankter Kinder und Jugendlicher in Deutschland erwartet. Ergänzend ermöglichen die in dieser Studie erhobenen Daten die Identifikation möglicher Ansatzpunkte für Interventionen zur Verbesserung und Weiterentwicklung der Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies ist auch deshalb relevant, weil eine verbesserte Versorgungsqualität sowohl klinische Outcomes (z.B. bei Asthma) als auch die Versorgungsgerechtigkeit positiv beeinflussen kann [11].

4.2 Ziel der Studie

Die Studie hat zum Ziel, auf verschiedenen Ebenen zu einer Verbesserung der Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung beizutragen: Zum einen zeigt sie auf, für welche der untersuchten Erkrankungen bzw. Patienten eine Optimierung der Versorgungsqualität in Bezug auf Diagnose und Therapie erforderlich ist. Gleichzeitig weist das Forschungsvorhaben – nicht zuletzt durch den Einbezug der Perspektive an der GKV-Versorgung teilnehmender Ärzte – auf Ansatzpunkte für Interventionen zur Verbesserung der Versorgungsqualität von Kindern und Jugendlichen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung hin und trägt so zum Ziel der Optimierung des medizinischen Outcomes auf Patientenseite bei. Die verwendeten Qualitätsindikatoren evaluieren zudem gezielt die Parameter Unter- und Überversorgung. Sie können im Anschluss an das Projekt in die Regelversorgung implementiert werden und ermöglichen dadurch eine Überprüfung und Optimierung der ambulanten Versorgung dieser Zielgruppe in puncto Zweckmäßigkeit, Qualität und Wirtschaftlichkeit.

Projektziele

- Auf Basis nationaler und internationaler Leitlinien werden erkrankungsspezifische Qualitätsindikatoren (ca. 10 bis 20 pro Erkrankung) für insgesamt sieben körperliche und psychische Erkrankungen des Kindes- und Jugendaltes mit hoher Relevanz für die ambulante Versorgung entwickelt, die die Messung der ambulanten Versorgungsqualität für diese Erkrankungen ermöglichen.
- Durch den Abgleich der jeweiligen Qualitätsindikatoren mit Patientenakten (je 200 pro Erkrankung) aus einer Stichprobe von bis zu 40 unterschiedlichen ambulanten Versorgern ergibt sich ein realistisches und umfassendes Bild der Versorgungsqualität in der ambulanten Versorgung dieser Erkrankungen. Zugleich ermöglichen diese Ergebnisse perspektivisch einen Vergleich („benchmark“) im nationalen und internationalen Kontext.
- Die Untersuchung von Einflussfaktoren der Versorgungsqualität (Patientenmerkmale, Erkrankungsart, Typ des ambulanten Versorgers, Urbanisierungsgrad der versorgten Region) ermöglicht eine weitergehende Differenzierung der Versorgungsqualität sowie die Identifikation möglicher Ansatzpunkte für Interventionen zur Verbesserung bzw. Weiterentwicklung der Versorgungsqualität.

Referenz

11. Roland M, Guthrie B: Quality and Outcomes Framework: what have we learnt? BMJ 2016, 354: i4060-i4060

5. Zielgrößen

Im Rahmen des Projektes werden zunächst Qualitätsindikatoren für sieben häufige körperliche und psychische Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters mit akuten und chronischen Erkrankungscharakteristika (ADHS, Asthma bronchiale, Atopische Dermatitis, Depression, Otitis media, Störung des Sozialverhaltens, Tonsillitis) unter Verwendung der RAND/UCLA Appropriateness Method (RAM) [12] entwickelt.

Anschließend werden im Studienmodul „Datenerhebung Patientenakten“ 1.400 Patientenakten (je 200 pro Erkrankung) von Kindern und Jugendlichen im Alter von 0–18 Jahren, die in den Jahren 2018 und 2019 wegen einer der o.g. Erkrankungen in einer von bis zu 40 zu rekrutierenden Praxen (Allgemeinarzt, Kinderarzt, Kinder- und Jugendpsychiater, kinderärztlicher KV-Notdienst) in Hessen diagnostiziert und/oder behandelt wurden, randomisiert gezogen und retrospektiv auf die Erfüllung der Qualitätsindikatoren für die jeweilige Erkrankung abgeglichen. Der prozentuale Anteil der erfüllten Qualitätsindikatoren über alle untersuchten Fälle stellt die Hauptbeobachtungsgröße dar.

In einem ergänzenden Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“ werden mit mindestens [*ergänzt*]20 Ärzten aus den rekrutierten Praxen qualitative Interviews in Form von Fokusgruppen durchgeführt, bei denen es im Kern um die Frage geht, welche (arzt-, system- und patientenseitigen) Faktoren an der (Nicht-)Erfüllung von Qualitätsindikatoren beteiligt sind.

Referenz

12. Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR et al: The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA; 2001.

6. Untersuchungsdesign

In der Studie werden zeitlich versetzt sowohl quantitative (Studienmodul „Datenerhebung Patientendaten“) [ergänzt] als auch qualitative (Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“) [ergänzt]

Datenerhebungs- und Analysemethoden genutzt (sequentielles Mixed-Methods-Design). Im Rahmen der quantitativen Erhebung erfolgt eine retrospektive Analyse von Patientendaten im Hinblick auf ihre Übereinstimmung mit den im Rahmen der Studie erstellten Qualitätsindikatoren.

6.1 Art der erfassten Daten
Siehe hierzu auch die Angaben unter 4.
Studienmodul „Datenerhebung Patientendaten“: Es werden retrospektiv anonymisierte Sekundärdaten aus Patientenakten erfasst.

Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“: Zur weiteren Konsensfindung werden qualitative Interviews mit Ärztinnen und Ärzten der teilnehmenden Praxen in Form von Fokusgruppen durchgeführt und transkribierte Audioaufnahmen der Interviews als pseudonymisierte Datensätze weiterverarbeitet.

6.2 Datenherkunft
Siehe hierzu auch die Angaben unter 4.
Es handelt sich um 1.400 Patientenakten aus der ambulanten Versorgung des Bundeslandes Hessen. Diese werden aus bis zu 40 zu rekrutierenden Praxen (Allgemeinarzt, Kinderarzt- und Jugendpsychiater, kinderärztlicher KV-Notdienst) als anonymisierte Sekundärdaten randomisiert gezogen.

6.3 Datenerfassung
Studienmodul „Datenerhebung Patientendaten“: Die Daten werden von Study Nurses in den Räumlichkeiten der ambulanten Versorger ohne personenidentifizierende Daten aus den Patientenakten extrahiert. Die digital aufbereiteten Daten werden dann auf die Erfüllung der zuvor entwickelten Qualitätsindikatoren hin überprüft. Primärer Endpunkt ist der prozentuale Anteil erfüllter Qualitätsindikatoren über alle untersuchten Fälle.

Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“: Das qualitative Modul der Studie untersucht, auf die quantitativen Ergebnisse aufbauend, mögliche Hindernisse bzw. Ansatzpunkte für Interventionen zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erhalten eine Arztinformation sowie eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme. Die Interviews werden nach vorher festgelegten Kriterien transkribiert und mittels Software analysiert. Ab der Speicherung der Interviews erfolgt die weitere Datenverarbeitung in pseudonymisierter Form.

6.4 Datensicherheit
Siehe die Angaben unter 10.

6.5 Datenauswertung
Siehe die Angaben unter 4. Ergänzend zur Messung der Versorgungsqualität pro Erkrankung werden die Daten zur Versorgungsqualität der verschiedenen Erkrankungen gepoolt, um dann auf dieser Datenbasis deskriptive und Assoziationsanalysen (QI-Ausprägung in Abhängigkeit von möglichen Einflussgrößen) durchzuführen.

7. Anzahl der Patienten/Probanden
Studienmodul „Datenerhebung Patientendaten“: Für das Studienmodul sind keine

Patientenkontakte vorgesehen. Es werden lediglich 1400 Patientenakten aus oben genannten Versorgungsanlässen in der ambulanten Versorgung im Zeitraum der Kalenderjahre 2018 und 2019 gesichtet. Anschließend wird deren Übereinstimmung mit den zuvor entwickelten Qualitätsindikatoren geprüft.

Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“: Für dieses Studienmodul werden je Krankheitsbild bis zu acht Ärztinnen und Ärzte an den Fokusgruppeninterviews physisch teilnehmen. Für eine Teilnahme an den Fokusgruppeninterviews ist die Kenntnisnahme der „Information der an dem Vorhaben teilnehmenden Ärzte“ als auch deren Einverständniserklärung (Anlage) zwingend erforderlich.

8. Statistik

Die Fallzahlplanung beruht darauf, dass zu einer Anzahl von Kindern, die realistischerweise in die Studienpopulation aufgenommen werden kann, die Weite von exakten Clopper-Pearson-Konfidenzintervallen berechnet wird [13, 14].
Auf Grundlage existierender Studien wird die Annahme getroffen, dass Kinder mit den untersuchten Erkrankungen innerhalb von zwei Jahren (d.h. im Einschlusszeitraum 2018/2019) durchschnittlich etwa sieben Arztkontakte haben [15], die Schätzung des prozentualen Anteils erfüllter Qualitätsindikatoren basiert somit auf 1.400 (7 x 200) Arztkontakten pro interessierender Erkrankungen. Anhand der Literatur wird davon ausgegangen, dass sich bei der ganz überwiegenden Mehrzahl der untersuchten Erkrankungen die Versorgungsqualität in einem Bereich zwischen 30 % und 80 % bewegt [16]. Entsprechend wurden mithilfe der Software PASS 14 (Power Analysis and Sample Size Software; NCSS, Kaysville, UT, USA) die Konfidenzintervalle für mögliche Anteile erfüllter Qualitätsindikatoren zwischen 30 % und 80 % berechnet (95 % CI). Unter den oben dargestellten Annahmen liegt die Weite des Konfidenzintervalls zwischen 0,043 und 0,053, es kann also die für die möglichst exakte Abbildung der Versorgungsqualität sowie die Analysen möglicher Einflussfaktoren erforderliche hohe Präzision der Schätzung erreicht werden.

Dabei resultierte die folgende Tabelle:

Confidence Intervals for One Proportion

Numeric Results for Two-Sided Confidence Intervals for One Proportion
Confidence Interval Formula: Exact (Clopper-Pearson)

Confidence Level	*Sample Size (N)*	*Width*	*Target Width*	*Actual (P)*	*Proportion Limit*	*Lower Limit*	*Upper*	*Width if P = 0.5*
0,950	*1400*		*0,049*	*0,300*	*0,276*	*0,325*		*0,053*
0,950	*1400*		*0,052*	*0,400*	*0,374*	*0,426*		*0,053*
0,950	*1400*		*0,053*	*0,500*	*0,473*	*0,527*		*0,053*
0,950	*1400*		*0,052*	*0,600*	*0,574*	*0,626*		*0,053*
0,950	*1400*		*0,049*	*0,700*	*0,675*	*0,724*		*0,053*
0,950	*1400*		*0,043*	*0,800*	*0,778*	*0,821*		*0,053*

Die Tabelle zeigt, dass für alle Anteile von 0,3 bis 0,8 bei 1400 Arztkontakten die Weite des Konfidenzintervalls zwischen 0,043 und 0,053 liegt, also eine hohe Präzision der Schätzung erreicht werden kann.

Referenzen
13. Fleiss JL, Levin B, Paik MC. Statistical Methods for Rates and Proportions. 3 ed. New York: Wiley; 2003.
14. Newcombe RG. Two-Sided Confidence Intervals for the Single Proportion: Comparison of Seven Methods. Statistics in Medicine. 1998;17: 857-72.
15. Fegeler U, Jäger-Roman E, Martin R, Nentwich H-J. Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung. Monatsschrift Kinderheilkunde. 2014;162: 1117-30.
16. Mangione-Smith R, DeCristofaro AH, Setodji CM, Keesey J, Klein DJ, Adams JL, et al. The quality of ambulatory care delivered to children in the United States. New England Journal of Medicine. 2007;357: 1515-23.

Zur Schätzung des prozentualen Anteils erfüllter Qualitätsindikatoren insgesamt und stratifiziert nach Erkrankung, Patientenmerkmalen, Versorgertyp und versorgter Region werden exakte Clopper-Pearson-Konfidenzintervalle berechnet.
Die explorativen Auswertungen zur Untersuchung von Einflussfaktoren der Versorgungsqualität (Patientenmerkmale, Erkrankungsart, Typ des ambulanten Versorgers, Urbanisierungsgrad der versorgten Region) soll im Rahmen von Mehrebenenmodellen (3 Ebenen) untersucht werden. Die übergeordnete Ebene enthält die Arztpraxen, die mittlere Ebene die Kinder und die untergeordnete Ebene die Arztkontakte der Kinder.
Für diese Analysen kommen Generalized Estimation Equation-Modelle (GEEs) (deutsch, aber weniger gebräuchlich: verallgemeinerte Schätzgleichungen) zum Einsatz.
Zur Beurteilung der Interrater-Reliabilität wird an einer Teilstichprobe von 1–2 % (zwei bis vier Patientenakten pro Erkrankung) Cohens Kappa berechnet.

9. Ein- und Ausschlusskriterien

9.1 Einschlusskriterien

In den Jahren 2018 und 2019 im Bundesland Hessen in einer Praxis mit KV-Zulassung der Fachrichtung Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder im kinderärztlichen KV-Notdienst ambulant behandelte Kinder und Jugendliche (0–18 Jahre) mit einer der o.g. Erkrankungen (N=200 pro Erkrankung, d.h. Gesamtstichprobe: N=1.400).

9.2 Ausschlusskriterien

Keine.

10. Datenschutz

Die in einer Datenbank erfassten Patienten und Fokusinterviewdaten werden von der QualiPäd-Forschungsgruppe geprüft, aufbereitet und als Auswertedatensatz an das MH Statistik Beratung (Dr. Heinzel-Gutenbrunner) als externer Auftragnehmer für die unabhängige Biometrie-Analyse versendet.
Für die Datenauswertung werden die Leitlinien zur Guten Praxis Sekundärdatenanalyse [17] zugrunde gelegt. Hierzu gehören die vertraglichen Regelungen mit dem Datenhalter sowie die Verabschiedung eines Datenschutzkonzeptes.
Die Archivierung, die Aufbewahrungs- und Löschfristen werden mit dem Datenhalter im Datennutzungsvertrag festgelegt. Mitarbeiter/innen, die Daten auswerten, unterschreiben eine Verschwiegenheitserklärung.

Studienmodul „Datenerhebung Patientendaten“: Die Patientendaten (Sekundärdaten) werden in

den Räumlichkeiten der teilnehmenden Versorger den Study Nurses zur Verfügung gestellt und in der Folge datenschutzkonform verarbeitet. Die Analysen erfolgen ausschließlich auf anonymisierten Datensätzen ohne Verknüpfung und Zugriff auf Primärdaten.
Die erfassten, anonymisierten Daten der Patientenakte werden auf passwortgeschützten Endgeräten in eine Datenbank eingegebenen und auf dem Endgerät passwortgeschützt gespeichert. Die QualiPäd-Forschungsgruppe überträgt die Patientendaten in körperlicher Form (d.h. auf einem Datenträger abgespeichert) von einem passwortgeschützten Computer auf einen anderen passwortgeschützten Computer und speichert sie auf den zentralen Servern. Die QualiPäd-Forschungsgruppe stellt zu jedem Zeitpunkt in geeigneter Form und nach dem aktuellen Stand der Technik sicher, dass ausschließlich die am Projekt Beteiligten Zugriff auf die Daten haben.

Studienmodul „Fokusgruppeninterviews“: Die Durchführung der qualitativen Interviews erfolgt im Anschluss an die Überprüfung der Erfüllung der Qualitätsindikatoren in Fokusgruppen (vier nach Versorgertyp gemischte Gruppen mit je fünf bis acht Teilnehmern; Dauer pro Gruppe: ca. drei Stunden). Von den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten werden sozio-demographische Daten erhoben. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erhalten eine Arztinformation sowie eine Einwilligungserklärung zur Studienteilnahme. Die Interviews werden nach vorher festgelegten Kriterien verbatim transkribiert und mittels einer Software analysiert. Ab der Speicherung der Interviews erfolgt die weitere Datenverarbeitung in pseudonymisierter Form. Die personenbezogenen Daten werden durch einen Nummern- und/oder Buchstabencode ersetzt; die Angabe des Geburtsdatums wird auf das Geburtsjahr beschränkt. Es wird das Geschlecht, das Alter (in 10-Jahres-Bändern),der Niederlassungsort und die Fachrichtung der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte erfasst. Im Studienzentrum ist eine Liste hinterlegt, auf der die Namen den Nummern- und/oder Buchstabencodes zugeordnet sind. Diese Liste wird im Studienzentrum gesondert aufbewahrt und unterliegt dort technischen und organisatorischen Maßnahmen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten den Studiendaten durch unbefugte Personen nicht zugeordnet werden können.
Für die Datenanalyse kommen inhaltsanalytische Methoden zur Anwendung. Papierversionen in Zusammenhang mit personenbezogenen Daten, d.h. die Einwilligungserklärungen zur Datenanalyse der Interviewdaten, werden in den Räumlichkeiten des IVE Marburg gesammelt und nach Projektabschluss im Archiv des UKU bis zur Vernichtung nach 10 Jahren gelagert. Audio- Dateien der Interviews werden nach erfolgreichem Transkribieren vernichtet.

Referenz

17. E. Swart, H. Gothe, S. Geyer, J. Jaunzeme, B. Maier, T. G. Grobe, P. Ihle. Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS): Leitlinien und Empfehlungen, Version 2012/2014. Georg Thieme Verlag KG Stuttgart Gesundheitswesen 2015; 77(02): 120-126

11. Datum und Unterschrift des Studienleiters und der Biometrikerin

Marburg, 13.10.2021

Prof. Dr. med. Dr. P.H. Christian Bachmann
(Studienleiter)

Marburg, 13.10.2021

Dr. Dipl.-Stat. Monika Heinzel-Gutenbrunner
(Biometrikerin)

Philipps Universität Marburg

QualiPäd – Evaluation der Versorgungsqualität in der ambulanten Routineversorgung häufiger Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters

▶ Anleitung zur Konsentierung der Qualitätsindikatoren

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

Sie haben sich bereit erklärt, an dem Konsentierungsprozess für Qualitätsindikatoren im Projekt QualiPäd mitzuwirken, wofür wir uns herzlich bei Ihnen bedanken.

Das Projekt QualiPäd zielt darauf, die Qualität der Versorgung in der ambulanten Pädiatrie Deutschlands zu analysieren. Dazu werden Daten in pädiatrischen Arztpraxen erhoben, die dazu dienen, die Ausprägung von Qualitätsindikatoren (QI) zu berechnen. Die QI beziehen sich auf folgende sieben häufige und relevante exemplarische Krankheitsbilder: Asthma bronchiale, Tonsillitis, Otitis media, Neurodermitis, ADHS, Depression, Störung des Sozialverhaltens.

▶ Ablauf Konsentierungsprozess

Vor der Erhebung in Arztpraxen sind die QI im Rahmen eines Konsentierungsprozesses von Expert:innen auf ihre Relevanz und Machbarkeit hin zu bewerten. Dem Konsentierungsprozess ging bereits eine systematische Literaturrecherche zu QI für diese Krankheitsbilder voraus. Danach wurden Dopplungen und inhaltsgleiche QI entfernt und diejenigen QI extrahiert, die für die Qualitätsbewertung der ambulanten Pädiatrie in Deutschland passen könnten.

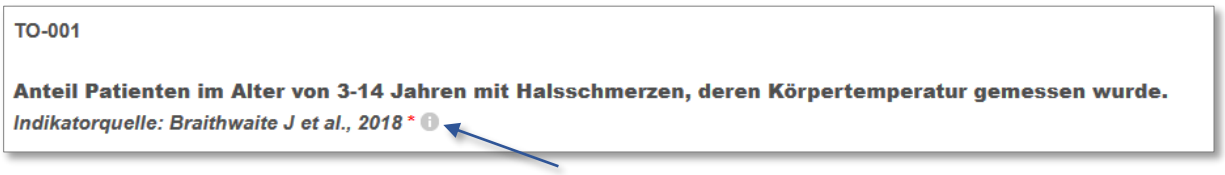
Der Konsentierungsprozess beruht auf der US-amerikanischen RAND-Appropriateness-Method (RAM) und besteht aus zwei Schritten: a) Die Teilnehmer:innen am Konsentierungsprozess (meist 7-15 Personen) bewerten und kommentieren schriftlich eine Liste vorab formulierter Indikatoren im Hinblick auf ihre **Relevanz** bzw. (umgangssprachlich) „Validität“ und die **Machbarkeit**. Anschließend werden die Einzelbewertungen aufbereitet und b) bei einem gemeinsamen (Online-)Treffen diejenigen Indikatoren diskutiert, die keine eindeutig positiven oder negativen Bewertungen von der Teilnehmer:innengruppe erhalten haben.

▶ Einheitliche Bewertungskriterien

Wichtig ist, dass alle Teilnehmer:innen die gleiche Definition der Bewertungskriterien verwenden. Diese lauten wie folgt:

- **Relevanz / „Validität“**
  - Der Qualitätsindikator wird von einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz oder ausreichendem professionellen Konsens unterstützt.
  - Patienten, die so wie vom Qualitätsindikator spezifiziert behandelt werden, erfahren erkennbaren gesundheitlichen Nutzen.
  - Auf der Basis der professionellen Erfahrungen der Panelmitglieder kann konstatiert werden, dass solche Ärzt:innen als hochqualitativ angesehen werden, die signifikant öfter den Qualitätsindikator befolgen.
  - Der Großteil der Faktoren, die die Ausprägung des Qualitätsindikators determinieren, ist durch die Ärzt:innen beeinflussbar.
- **Machbarkeit**
  - Die Informationen, die notwendig sind, um die Ausprägung eines Qualitätsindikators zu messen, sind hochwahrscheinlich in einer typischen Patientenakte aufzufinden.
  - Schätzungen der Ausprägung eines Qualitätsindikators auf der Basis von Patientenaktendaten und darauf beruhenden Routinedaten sind hochwahrscheinlich reliabel und unverzerrt.
  - Das Fehlen der Dokumentation relevanter Daten zum Qualitätsindikator ist ein Zeichen für schlechte Qualität.

Diese Definitionen werden auch jederzeit im Bedarfsfall im Onlinetool abrufbar sein: Hinter jedem Indikator befindet sich ein kleines, grau hinterlegtes „i“ – ein Klick hierauf öffnet ein Pop-up-Fenster mit den o.g. Definitionen.



▶ Durchführung Konsentierung

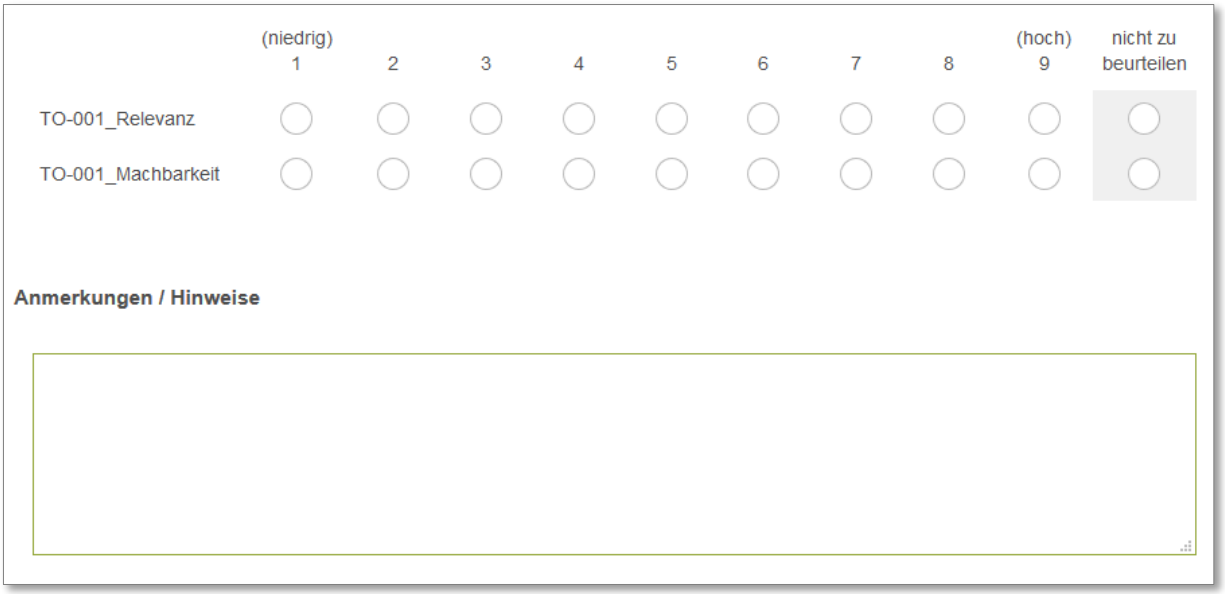
Die Bewertung der Indikatoren erfolgt online über ein Umfragetool. Die Teilnahme ist durch die Eingabe einer individuellen TAN geschützt. Diese TAN inklusive dem zugehörigen Link für das Umfragetool teilen wir Ihnen per E-Mail rechtzeitig vor Beginn der Umfrage mit.

Für eine bessere Übersicht stellen wir Ihnen die gesamten Indikatoren zusätzlich in Form einer pdf-Datei per E-Mail zur Verfügung. Sollten Sie diese in gedruckter Form wünschen, senden wir Ihnen diese gerne postalisch zu.

Wir haben jeweils nur das übersetzte „Indikatorstatement“ und die Quelle angeführt, die wir Ihnen gerne ebenfalls auf Nachfrage zur Verfügung stellen.

Bitte bewerten Sie jeden Indikator entsprechend den o.g. einheitlichen Bewertungskriterien hinsichtlich **Relevanz** und **Machbarkeit** auf einer Skala von 1 (niedrige Relevanz bzw. Machbarkeit) bis 9 (hohe Relevanz bzw. Machbarkeit). Dazu klicken Sie einfach die jeweilige Zahl im Umfragetool an. Wenn Sie einen Indikator hinsichtlich seiner Relevanz bzw. Machbarkeit nicht beurteilen können, klicken Sie bitte das entsprechende Feld im Umfragetool an.

Sollten Sie Anmerkungen oder Zweifel hinsichtlich des Indikators haben, dürfen Sie diese gerne im Kommentarfeld „Anmerkungen / Hinweise“ ergänzen.



Noch ein wichtiger Hinweis: Bitte nutzen Sie zur Navigation innerhalb der Online-Umfrage ausschließlich die Navigationsschaltflächen des Umfragetools („weiter“ bzw. „zurück“). Sollten Sie versehentlich die Navigationsschaltflächen Ihres Browsers verwendet haben, kann dieses zu einer Fehlermeldung führen. In diesem Fall nutzen Sie bitte die Schaltfläche „Seite neu laden“ bzw. „Aktualisieren“ in Ihrem Browser (oder die Tastenkombination STRG+R). Die Fehlermeldung sollte nun nicht mehr erscheinen.

▶ temporäre Unterbrechung der Konsentierung

Sie haben die Möglichkeit, die Umfrage bzw. den Konsentierungsprozess temporär zu unterbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt mit der Indikatorenbewertung fortzufahren. Durch erneutes Aufrufen des Umfrage-Links und Eingabe Ihrer individuellen TAN gelangen Sie automatisch zu der Stelle, an der Sie die Umfrage unterbrochen haben.

▶ Fragen / technischer Support

Bei technischen Fragen zur Konsentierung bzw. zum Umfragetool wenden Sie sich bitte an unser Institutssekretariat unter ive@uni-marburg.de, ☎06421/28-66244.

Fachlich / inhaltlich steht Ihnen Herr Prof. Dr. Max Geraedts unter geraedts@uni-marburg.de, ☎06421/28-66243 zur Verfügung.

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

Fachliche Besetzung der Delphi-Panels im Rahmen des QualiPäd-Projektes

Depression

FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Klinik)
FÄ für Allgemeinmedizin (KV-Praxis)

Otitis media

FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (Klinik)
FA für Allgemeinmedizin (KV-Praxis)

Neurodermitis

FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (Klinik)
FÄ für Allgemeinmedizin (KV-Praxis)

ADHS

FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KV-Praxis)
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Klinik)
FÄ für Allgemeinmedizin (KV-Praxis)

Störungen des Sozialverhaltens

FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KV-Praxis)
FÄ für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KV-Praxis)

FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Klinik)
FÄ für Allgemeinmedizin (KV-Praxis)

Asthma bronchiale
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (Klinik)
FA für Allgemeinmedizin (KV-Praxis)

Tonsillitis
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (KV-Praxis)
FA für Kinder- und Jugendmedizin (Klinik)
FA für Allgemeinmedizin (KV-Praxis)

QualiPäd - Psychiatrische Erkrankungen (gesamt)_QS final

Konsentierung QualiPäd-Qualitätsindikatoren

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

danke für Ihre Bereitschaft, die „QualiPäd"-Qualitätsindikatoren zu konsentieren. Informationen zum Projekt hatten wir Ihnen bereits postalisch zugesandt – Sie finden diese auch nochmals hier: https://hessenbox.uni-marburg.de/getlink/fiB7ACe6RuCV3xvTd9XxajqH/

Wir bitten Sie im Folgenden, potenzielle Indikatoren für die Krankheitsbilder ***Depression***, ***Störung des Sozialverhaltens (SSV)*** und ***ADHS*** anhand der Kriterien **Relevanz** und **Machbarkeit** zu bewerten.

Bitte bewerten Sie diese Indikatoren nach den für die Studie geltenden Definitionen (nochmals als „Pop-up"-Fenster einsehbar, wenn Sie den Mauscursor über das kleine „i" am Ende der Quelle zu jedem Indikator bewegen).

Anleitung: Bitte bewerten Sie jeden Indikator hinsichtlich der Kriterien **Relevanz** und **Machbarkeit** auf einer Skala von 1 (niedrig) bis 9 (hoch) durch Klicken auf die jeweilige Zahl. Wenn es Ihnen nicht möglich ist, den Indikator zu bewerten, wählen Sie bitte das Kästchen "nicht zu beurteilen" entsprechend aus. In diesem Fall wären wir für einen kurzen Hinweis / Kommentar in dem entsprechenden Feld dankbar.

Sollten Sie Anmerkungen oder Zweifel hinsichtlich des Indikators haben, vermerken Sie diese bitte ebenfalls im Kommentarfeld.

Fragen? Bei technischen Fragen können Sie sich gerne telefonisch an 06421/28-66244 oder per Email an: ive@uni-marburg.de wenden.

Bei fachlichen Fragen / Hinweisen steht Ihnen Herr Prof. Dr. Geraedts gerne telefonisch unter 06421/28-66243 oder per Email unter geraedts@uni-marburg.de zur Verfügung.

Depression - Qualitätsindikatoren (1/9)

Depression (DE)
- 40 Qualitätsindikatoren
- 9 Befragungsseiten

DEPR-001

Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, bei denen das Funktionsniveau bestimmt wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-001_Relevanz	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
DEPR-001_Machbarkeit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

DEPR-001 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-002

Anteil Patienten ≥ 12 Jahre mit Depression, die eine sexuelle Funktionsstörung aufweisen.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Bernando M et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-002_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-002_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-002 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-003

Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, bei denen ein Ausschluss organischer Ursachen erfolgte.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-003_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-003_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-003 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-004

Anteil Patienten mit Depression, die auf folgende Begleiterkrankungen untersucht wurden:
- Substanzmissbrauch
- körperliche Erkrankungen
- Angststörungen, Zwangsstörungen
Indikatorquelle: in Anlehnung an RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-004_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-004_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-004 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-005

Anteil Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad entsprechend der ICD-10-Kriterien bestimmt wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an QISA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-005_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-005_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-005 Anmerkungen / Hinweise

Depression - Qualitätsindikatoren (2/9)

DEPR-006

Anteil Patienten mit neudiagnostizierter Depression, deren Symptomatik innerhalb von 8-12 Wochen nach Erstdiagnose erneut mit einem standardisierten Erhebungsinstrument beurteilt wurde.
Indikatorquelle: Lewandowski RE et al., 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-006_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-006_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-006 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-007

Anteil Patienten mit Depression, bei denen mindestens 5 der ICD-10-Kriterien für eine Depression dokumentiert wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Lessaard L et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-007_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-007_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-007 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-008

Anteil Patienten mit Depression, deren Symptomatik bei der Diagnosestellung und während der Behandlung mit einem standardisierten Erhebungsinstrument beurteilt wurde.
Indikatorquelle: Forsner T et al., 2010 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-008_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-008_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-008 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-009

Anteil Patienten mit Depression, bei denen während der ersten 3 Monate nach Diagnosestellung mindestens 3 Kontrolltermine stattfanden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Houle J et al., 2010 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-009_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-009_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-009 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-010

Anteil Patienten mit Depression, bei denen bei jedem Kontrolltermin der Grad der Remission und mögliche Nebenwirkungen der antidepressiven Medikation beurteilt und dokumentiert wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-010_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-010_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-010 Anmerkungen / Hinweise

Depression - Qualitätsindikatoren (3/9)

DEPR-011

Anteil Patienten mit Depression, die nach Erstvorstellung mindestens für 12 Monate regelmäßige Kontrolltermine (mindestens einmal im Quartal) erhielten.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Harr DS et al., 1996 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-011_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-011_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-011 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-012

Anteil Patienten mit Depression, bei denen nach unzureichender Wirksamkeit 4-wöchiger medikamentöser bzw. 12-wöchiger psychotherapeutischer Intervention mindestens eine der folgenden Maßnahmen eingeleitet wurde:
- Wahl eines anderen Psychotherapieverfahrens
- Wahl eines anderen Antidepressivums
- Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Antidepressivum
- Änderung des Behandlungssettings von ambulant auf tagesklinisch oder stationär
Indikatorquelle: in Anlehnung an RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-012_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-012_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-012 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-013

Anteil Patienten mit Depression und antidepressiver Medikation, mit denen innerhalb von 2 Wochen nach Behandlungsbeginn ein Kontrolltermin vereinbart wurde.
Indikatorquelle: Smolders M et al., 2009 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-013_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-013_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-013 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-014

Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, die bei Erstvorstellung auf selbstverletzendes Verhalten und/oder Suizidalität untersucht wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-014_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-014_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-014 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-015

Anteil Patienten mit Depression, bei denen eine klinische Beurteilung des Suizidrisikos bei jedem Kontakt dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: Brown RL, Smith MA, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-015_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-015_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-015 Anmerkungen / Hinweise

Depression - Qualitätsindikatoren (4/9)

DEPR-016

Anteil Patienten mit Depression, die altersgerecht gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten über die Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wurden.
Indikatorquelle: NICE, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-016_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-016_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-016 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-017

Anteil Patienten mit Depression, die vor der Antidepressiva-Verschreibung gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten über Wirksamkeit, mögliche Nebenwirkungen, die voraussichtliche Behandlungsdauer und Folgen bei eigenmächtig abgesetzter Medikation, informiert wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Duhouex A et al., 2012 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-017_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-017_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-017 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-018

Anteil Patienten mit Depression, die eine Aufklärung zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen erhielten.
Indikatorquelle: QISA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-018_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-018_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-018 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-019

Anteil Patienten mit Depression, die zu körperlicher Aktivität beraten oder ermutigt wurden.
Indikatorquelle: Duhouex A et al., 2012 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-019_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-019_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-019 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-020

Anteil Patienten mit leichter oder mittelgradiger depressiver Episode, denen spätestens 30 Tage nach Diagnosestellung eine Psychotherapie oder eine antidepressive Medikation mit Fluoxetin angeboten wurden. ***Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2013*** *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-020_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-020_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-020 Anmerkungen / Hinweise

Depression - Qualitätsindikatoren (5/9)

DEPR-021

Anteil Patienten mit Depression, denen für mindestens 60 Tage Antidepressiva verordnet wurden.
Indikatorquelle: Lewandowski RE et al., 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-021_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-021_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-021 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-022

Anteil Patienten mit Depression, denen mindestens 1 Antidepressivum in der empfohlenen Mindestdosierung verordnet wurde.
Indikatorquelle: Bellows NM, Halpings HA, 2008 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-022_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-022_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-022 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-023

Anteil Patienten mit Depression, die Antidepressiva (d.h. alle Antidepressiva außer Fluoxetin bei Kindern ≥ 8 Jahren) und deren Eltern/Sorgeberechtigte eine dokumentierte Aufklärung über die Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation erhielten.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-023_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-023_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-023 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-024

Anteil Patienten mit Depression und 2 Monate anhaltender Symptomfreiheit, denen ein Antidepressivum für die Dauer von mindestens 6 Monate verschrieben wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Bernando M et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-024_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-024_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-024 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-025

Anteil Patienten mit Depression, denen trizyklische Antidepressiva verschrieben wurden.
(Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-025_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-025_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-025 Anmerkungen / Hinweise

Depression - Qualitätsindikatoren (6/9)

DEPR-026

Anteil Patienten mit Depressionen, denen Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als zwei Wochen verordnet wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an QISA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-026_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-026_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-026 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-027

Anteil Patienten mit Depression, denen Johanniskraut verschrieben wurde.
(Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-027_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-027_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-027 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-028

Anteil Patienten mit therapieresistenten schweren depressiven Episoden in ambulanter Behandlung, die innerhalb der letzten 12 Monate über die Möglichkeit zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) informiert wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Großimlinghaus I et al., 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-028_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-028_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-028 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-029

Anteil Patienten mit einer leichten Depression, die innerhalb von 6 Wochen nach Diagnosestellung mindestens 2 Termine in Form einer kurzen unterstützenden Beratung (d.h. Problemlösung, Aufklärung, aktives Zuhören) erhielten.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Lewandowski RE et al., 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-029_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-029_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-029 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-030

Anteil Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinationstherapie (Psychotherapie und Antidepressivum) angeboten wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-030_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-030_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-030 Anmerkungen / Hinweise

Depression - Qualitätsindikatoren (7/9)

DEPR-031

Anteil Patienten mit Depression, bei denen 2 Monate nach Erstdiagnosestellung trotz anhaltender Krankheitssymptomatik keine spezifische Therapie eingeleitet wurde.
(Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: in Anlehnung an QISA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-031_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-031_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-031 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-032

Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnosestellung ein Wiedervorstellungstermin erhielten.
Indikatorquelle: Houle J et al., 2010 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-032_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-032_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-032 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-033

Anteil Patienten mit positivem Screening auf Depression oder Erfüllung der ICD-10-Kriterien, die an einen Facharzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an van Melle MA et al., 2014 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-033_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-033_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-033 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-034

Anteil Patienten mit Depression, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem generischen oder Depressions-spezifischen Instrument erfasst wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Klasen F et al., 2017 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-034_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-034_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-034 Anmerkungen / Hinweise

Depression - Qualitätsindikatoren (8/9)

DEPR-035

Anteil Patienten mit Depressionen, für die ein gemeinsam mit ihrem Arzt erstellter schriftlicher, individuell abgestimmter Behandlungsplan vorlag.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Forsner T et al., 2010 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-035_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-035_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-035 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-036

Anteil Patienten mit Depression, deren Gesundheitszustand zu Beginn und am Ende jedes Behandlungsschrittes (z.B. Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an NICE, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-036_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-036_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-036 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-037

Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 12 Monaten einen (oder mehrere) Suizidversuch(e) unternommen haben.
Geraedts M et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-037_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-037_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-037 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-038

Anteil Patienten mit Depression, bei denen eine Kommunikation zwischen Facharzt und Hausarzt hinsichtlich der Diagnose stattfand.
Indikatorquelle: Lewandowski RE et al., 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-038_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-038_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-038 Anmerkungen / Hinweise

DEPR-039

Anteil Patienten mit neu diagnostizierter Depression, die innerhalb von 3 Monaten an mindestens 10 Sitzungen von mindestens 30 Minuten Dauer einer Psychotherapie (Verhaltenstherapie oder interpersonelle Psychotherapie) teilgenommen haben.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Kramer TL et al., 2003 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-039_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-039_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-039 Anmerkungen / Hinweise

Depression - Qualitätsindikatoren (9/9)

DEPR-040

Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 12 Monaten nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer psychischen Störung Suizid begangen.
Indikatorquelle: in Anlehnung an OECD, 2016/2017 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
DEPR-040_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
DEPR-040_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

DEPR-040 Anmerkungen / Hinweise

Depression - Schluss

Haben wir bei der Depression wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht in jedem Fall noch zu berücksichtigen wären?

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Qualitätsindikatoren (1/10)

Störung des Sozialverhaltens (SSV)
- 48 Qualitätsindikatoren
- 10 Befragungsseiten

SSV-001

Anteil Patienten mit Verdacht auf SSV, deren Symptomhäufigkeit und mögliche auslösende Faktoren über Fremdanamnese (verschiedene Bezugspersonen) bestimmt wurden.
Indikatorquelle: Gerlach M et al., 2009 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-001_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-001_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-001 Anmerkungen / Hinweise

SSV-002

Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab.
Indikatorquelle: Zima BT et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-002_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-002_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-002 Anmerkungen / Hinweise

SSV-003

Anteil Patienten mit SSV, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekte der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden:
- Schwangerschafts- und Geburtsanamnese
- frühkindliche Betreuungssituation und -qualität
- Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung
- Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung
- sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen
- Freizeitverhalten
- Selbstbild des Kindes/ Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-003_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-003_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-003 Anmerkungen / Hinweise

SSV-004

Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine ausführliche Anamnese belastender Lebensereignisse erhoben wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-004_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-004_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-004 Anmerkungen / Hinweise

SSV-005

Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine Familienanamnese erhoben wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-005_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-005_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-005 Anmerkungen / Hinweise

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Qualitätsindikatoren (2/10)

SSV-006

Anteil Patienten mit SSV und schlechten schulischen Leistungen oder Verhaltensproblemen in der Schule, bei denen Kontakt mit der Schule aufgenommen wurde oder Schulunterlagen angefordert wurden/vorliegen.
Indikatorquelle: Zima BT et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-006_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-006_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-006 Anmerkungen / Hinweise

SSV-007

Anteil Patienten mit SSV, bei denen dokumentiert ist, ob/inwieweit sich die Störung innerhalb der letzten 12 Monate auf das Verhalten und/oder die Leistung in der Schule ausgewirkt hat.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Lawrence D et al. , 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-007_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-007_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-007 Anmerkungen / Hinweise

SSV-008

Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung das Vorliegen mindestens eines psychosozialen Stressors abgeklärt wurde.
Indikatorquelle: Zima BT et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-008_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-008_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-008 Anmerkungen / Hinweise

SSV-009

Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung das Vorliegen von Risikofaktoren für Suizidalität abgeklärt wurde.
Indikatorquelle: Zima BT et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-009_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-009_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-009 Anmerkungen / Hinweise

SSV-010

Anteil Patienten mit SSV, bei denen vor einer medikamentösen Behandlung mindestens zwei der folgenden Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert wurden:
- Messung von Körpergröße und Körpergewicht
- Messung von Puls und Blutdruck
- Blutuntersuchung mit Bestimmung von Nüchternglukose, Blutfetten und Prolaktin
- Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen im Rahmen einer neurologischen Untersuchung
- Beurteilung von Ernährungszustand, Ernährungsweise und Grad der körperlichen Aktivität
- EKG
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-006_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-006_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-010 Anmerkungen / Hinweise

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Qualitätsindikatoren (3/10)

SSV-011

Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine Anamnese zur physischen Gesundheit erhoben wurde und die körperlich untersucht wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-011_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-011_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-011 Anmerkungen / Hinweise

SSV-012

Anteil Patienten mit Verdacht auf SSV, die eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erhalten haben.
Indikatorquelle: Gerlach M et al., 2009 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-012_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-012_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-012 Anmerkungen / Hinweise

SSV-013

Anteil Patienten mit SSV, die auf mögliche komorbide Störungen wie ADHS und Angststörungen untersucht wurden.
Indikatorquelle: Searight H et al., 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-013_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-013_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-013 Anmerkungen / Hinweise

SSV-014

Anteil Patienten mit SSV, für deren psychiatrische Komorbiditäten (wie ADHS, Angststörungen, Depression) eine Behandlung empfohlen/eingeleitet wurde.
Indikatorquelle: Lillig M, 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-014_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-014_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-014 Anmerkungen / Hinweise

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Qualitätsindikatoren (4/10)

SSV-015

Anteil Patienten mit SSV, bei denen diagnostische Tests durchgeführt wurden (Beurteilungen von Intelligenz und Lernschwächen, durch Eltern/Lehrer ausgefüllte Bewertungsskalen, emotionale oder verhaltensbezogene Beurteilungen).
Indikatorquelle: Waddell C et al., 1999 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-015_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-015_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-015 Anmerkungen / Hinweise

SSV-016

Anteil Patienten mit SSV, deren klinische Symptomatik mit einem standardisierten Instrument (z.B. SDQ-Deu, BSI, Conners Lehrer-Eltern-Fragebogen, CBCL 4-18 Jahre, YSR, SPS-J, SVF-KG, BADO) gemessen wurde.
Indikatorquelle: Winkler R, Piso B, 2014 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-016_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-016_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-016 Anmerkungen / Hinweise

SSV-017

Anteil Patienten mit SSV, bei denen der SSV-Subtyp über den Störungsbeginn (vor oder nach einem Alter von 10 Jahren) bzw. über das Fehlen oder Vorhandensein kaltherzig-gefühlloser Persönlichkeitszüge bestimmt wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-017_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-017_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-017 Anmerkungen / Hinweise

SSV-018

Anteil Patienten mit SSV und mindestens 5 dokumentierten ICD-10-Kriterien.
Indikatorquelle: AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-018_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-018_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-018 Anmerkungen / Hinweise

SSV-019

Anteil Patienten mit SSV, deren Krankheitsschwere anhand der folgenden Kriterien diagnostiziert wurde: ICD-10-Kriterien, Leitsymptome (SSV), Subtypbestimmung, Krankheitsentstehung, Ausschluss SSV-ähnlicher Diagnosen.
Indikatorquelle: Steiner H, 1997 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-019_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-019_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-019 Anmerkungen / Hinweise

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Qualitätsindikatoren (5/10)

SSV-020

Anteil Patienten mit SSV und medikamentöser Behandlung, bei denen mindestens zwei der folgenden Kriterien, insbesondere während der Eindosierung, mindestens zu einem Termin überwacht und dokumentiert wurden:
- Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung
- Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen
- Überwachung von Körpergröße und Körpergewicht
- Durchführung von Blutkontrollen (einschließlich Bestimmung von nüchtern Glukose, HbA1c, Blutfetten und Prolaktin),
- Beurteilung der Medikamentenadhärenz,
- Beurteilung der physischen Gesundheit
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-020_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-020_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-020 Anmerkungen / Hinweise

SSV-021

Anteil Patienten mit SSV, bei denen in den letzten vier Wochen Suizidgedanken bestanden, deren Suizidalität in den darauffolgenden drei Monaten erneut abgeklärt wurde.
Indikatorquelle: Zima BT et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-021_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-021_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-021 Anmerkungen / Hinweise

SSV-022

Anteil Patienten mit SSV, bei denen die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, denen ein restriktiveres Behandlungssetting empfohlen wurde.
Indikatorquelle: Zima BT et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-022_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-022_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-022 Anmerkungen / Hinweise

SSV-023

Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte über die Diagnose des Kindes aufgeklärt wurden und die Informationen darüber erhalten haben.
Indikatorquelle: Zima BT et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-023_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-023_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-023 Anmerkungen / Hinweise

SSV-024

Anteil Patienten mit SSV und deren Eltern/Sorgeberechtigte, die vor dem Beginn einer medikamentösen Behandlung über deren Nutzen und Risiken aufgeklärt wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-024_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-024_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-024 Anmerkungen / Hinweise

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Qualitätsindikatoren (6/10)

SSV-025

Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte eine Beratung bezüglich folgender Faktoren angeboten wurde:
- persönliche, soziale und emotionale Unterstützung
- Unterstützung in ihrer Betreuungsrolle, einschließlich Notfallplänen
- praktischen Fragen wie Kinderbetreuung, Wohnen und Finanzen sowie Hilfe bei der Beschaffung von Unterstützung
Indikatorquelle: NICE, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-025_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-025_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-025 Anmerkungen / Hinweise

SSV-026

Anteil Patienten mit SSV und Aggressivität, Autoaggressivität und fehlender Impulskontrolle, die nach unzureichender pädagogischer oder verhaltenstherapeutischer Intervention eine Pharmakotherapie erhalten.
Indikatorquelle: Gerlach M et al., 2009 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-026_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-026_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-026 Anmerkungen / Hinweise

SSV-027

Anteil Patienten mit SSV, denen nach unzureichender psychosozialer/psychotherapeutischer Intervention und bei schwerwiegender Aggressivität mit Wutausbrüchen und ausgeprägter emotionaler Dysregulation, Risperidon als medikamentöse Kurzzeitbehandlung (max. 6 Wochen) verschrieben wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-027_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-027_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-027 Anmerkungen / Hinweise

SSV-028

Anteil Patienten mit SSV, die Risperidon/Aripiprazol als Off-Label-Use verordnet bekommen und deren Eltern/Sorgeberechtigte eine dokumentierte Aufklärung über die Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation erhalten haben.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-028_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-028_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-028 Anmerkungen / Hinweise

SSV-029

Anteil Patienten mit SSV, denen Haloperidol oder Carbamazepin verordnet wurde.
(Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: Gorman DA et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-029_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-029_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-029 Anmerkungen / Hinweise

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Qualitätsindikatoren (7/10)

SSV-030

Anteil Patienten mit SSV, denen als Erstlinientherapie Psychopharmaka verordnet wurden. (Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: in Anlehnung an NICE, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-030_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-030_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-030 Anmerkungen / Hinweise

SSV-031

Anteil Patienten ≥ 12 Jahre mit SSV, die an einem Interventions- und Präventionsprogramm (z.B. START NOW) (Gruppenskills-Training, kombiniert CBT und DBT zur Förderung der Resilienz und Verbesserung der Stress- und Emotionsregulation) teilgenommen haben.
Indikatorquelle: Sagar R et al., 2019 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-031_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-031_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-031 Anmerkungen / Hinweise

SSV-032

Anteil Patienten mit SSV, die eine Verhaltenstherapie (zur Vermittlung von Problemlösestrategien und Techniken zur Impulskontrolle, Erstellung von Verhaltensplänen unter Einsatz von Verstärkern, Erarbeitung einer kognitiven Umstrukturierung) erhalten haben.
Indikatorquelle: Gerlach M et al., 2009 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-032_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-032_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-032 Anmerkungen / Hinweise

SSV-033

Anteil Patienten mit SSV im Alter von 10-18 Jahren, denen eine Überweisung zu einer multimodalen Behandlung mit Einbeziehung der Eltern/Sorgeberechtigten angeboten wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an NICE, 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-033_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-033_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-033 Anmerkungen / Hinweise

SSV-034

Anteil Patienten mit SSV im Alter von 10 bis 18 Jahren, die Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch nehmen.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Searight H et al., 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-034_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-034_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-034 Anmerkungen / Hinweise

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Qualitätsindikatoren (8/10)

SSV-035

Anteil Patienten mit SSV, die eine auf ihren Schweregrad abgestimmte individuelle Therapie erhalten haben.
Indikatorquelle: Steiner H, 1997 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-035_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-035_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-035 Anmerkungen / Hinweise

SSV-036

Anteil Kinder mit Verdacht auf SSV, die zur weiteren Diagnostik an einen Spezialisten (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) überwiesen wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-036_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-036_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-036 Anmerkungen / Hinweise

SSV-037

Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte als erste Behandlung an einem evidenzbasierten Elterntrainingsprogramm teilgenommen haben.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Charach A et al., 2017 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-037_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-037_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-037 Anmerkungen / Hinweise

SSV-038

Anteil Patienten mit SSV, deren Lehrer an einer Intervention für Verhaltenstraining teilgenommen haben.
Indikatorquelle: Gosh R et al., 2017 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-038_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-038_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-038 Anmerkungen / Hinweise

SSV-039

Anteil Patienten mit SSV, deren generische/gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem standardisierten Instrument (z.B. DISABKID, ULQIE, ILK, KINDL-R) erfasst wurde.
Indikatorquelle: Winkler R, Piso B, 2014 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-039_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-039_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-039 Anmerkungen / Hinweise

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Qualitätsindikatoren (9/10)

SSV-040

Anteil Patienten mit SSV, deren Funktionalität (soziale und berufliche Funktionalität, Betätigungsperformanz, Selbtwertgefühl) mit Instrumenten (z.B. SOFAS, COPM, RSES) erfasst wurde.
Indikatorquelle: Winkler R, Piso B, 2014 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-040_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-040_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-040 Anmerkungen / Hinweise

SSV-041

Anteil Patienten mit SSV und Insomnie, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus oder Schlafproblemen.
Indikatorquelle: Hysing M et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-041_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-041_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-041 Anmerkungen / Hinweise

SSV-042

Anteil Patienten mit SSV, die einen gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL SSV, 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-042_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-042_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-042 Anmerkungen / Hinweise

SSV-043

Anzahl der Krankenhausaufenthalte (egal welche Fachrichtung) bei Patienten mit SSV in den letzten 12 Monaten.
Indikatorquelle: Arias AJ et al., 2008 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-043_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-043_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-043 Anmerkungen / Hinweise

SSV-044

Anteil Patienten mit SSV, bei denen kulturelle Faktoren bei Diagnose und Behandlung berücksichtigt wurden.
Indikatorquelle: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2006 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-044_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-044_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-044 Anmerkungen / Hinweise

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Qualitätsindikatoren (10/10)

SSV-045

Anteil Patienten mit SSV, bei deren Behandlung die Familie mit eingebunden wurde.
Indikatorquelle: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2006 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-045_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-045_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-045 Anmerkungen / Hinweise

SSV-046

Anteil Patienten mit SSV, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten eingeholt wurde.
Indikatorquelle: Zima BT et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-046_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-046_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-046 Anmerkungen / Hinweise

SSV-047

Anteil Patienten mit SSV, die innerhalb der letzten 12 Monaten Hilfen zur Erziehung/Jugendhilfemaßnahmen erhielten oder Kontakt mit Polizei bzw. Justiz hatten.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Lawrence D et al. , 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-047_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-047_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-047 Anmerkungen / Hinweise

SSV-048

Anteil Patienten mit SSV, die innerhalb der letzten 12 Monate ärztliche oder andere therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Lawrence D et al. , 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
SSV-048_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
SSV-048_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

SSV-048 Anmerkungen / Hinweise

Störung des Sozialverhaltens (SSV) - Schluss

Haben wir bei der Störung des Sozialverhaltens (SSV) wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht in jedem Fall noch zu berücksichtigen wären?

ADHS - Qualitätsindikatoren (1/11)

ADHS
- 51 Qualitätsindikatoren
- 11 Befragungsseiten

ADHS-001

Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und umfassend hinsichtlich mindestens zwei der folgenden Kriterien beurteilt wurden:
- körperliche Gesundheit
- Entwicklungsstand
-psychische Gesundheit
Indikatorquelle: in Anlehnung an Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-001_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-001_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-001 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-002

Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und die umfassend untersucht wurden, einschließlich ihrer Bedürfnisse sowie familiärer, sozialer und schulischer Umstände.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-002_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-002_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-002 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-003

Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine ausführliche Familienanamnese, Eigenanamnese und biografische Anamnese und körperlich-neurologische Untersuchung durchgeführt und dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-003_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-003_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-003 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-004

Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine symptomorientierte Anamnese mittels eines (teil)strukturierten Interviews in Bezug auf mindestens zwei Lebensbereiche dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-004_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-004_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-004 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-005

Anteil Patienten mit ADHS, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab.
Indikatorquelle: Zima BT et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-005_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-005_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-005 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Qualitätsindikatoren (2/11)

ADHS-006

Anteil Patienten mit ADHS, deren Ausmaß der Beeinträchtigung durch Informationen aus mindestens zwei Quellen (z.B. Eltern/Sorgeberechtigte und Schule) erfragt wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-006_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-006_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-006 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-007

Anteil Patienten mit ADHS, bei denen vor der Behandlung mit Stimulanzien oder Atomoxetin Gewicht, Größe, Herzfrequenz und Blutdruck dokumentiert wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-007_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-007_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-007 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-008

Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien oder Atomoxetin verordnet bekamen, bei denen mindestens alle 6 Monate Gewicht, Größe, Herzfrequenz und Blutdruck dokumentiert wurden.
Indikatorquelle: RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-008_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-008_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-008 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-009

Anteil Patienten mit ADHS und auffälligen kardiovaskulären Symptomen, Befunden oder Krankenvorgeschichte, die vor Therapieeinleitung mit Stimulanzien (Methylphenidat oder Dexamphetamin) an einen Kardiologen überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-009_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-009_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-009 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-010

Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-010_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-010_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-010 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Qualitätsindikatoren (3/11)

ADHS-011

Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem Spezialisten vorstellten und auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-011_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-011_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-011 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-012

Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine diagnostische Abklärung mittels altersentsprechender, standardisierter, mehrdimensionaler Testverfahren (z.B. BUEVA, BUEGA) erfolgte.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-012_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-012_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-012 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-013

Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine ADHS-spezifische Fragebogendiagnostik anhand normierter Verfahren, in Bezug auf mindestens zwei unterschiedliche Lebenskontexte durchgeführt und dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-013_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-013_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-013 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-014

Anteil Patienten ≥ 6 Jahre mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen ein mehrdimensionales Intelligenztestverfahren durchgeführt und dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-014_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-014_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-014 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-015

Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte oder Lehrer kurz nach Beginn der medikamentösen Behandlung Follow-up-Ratingskalen ausgefüllt haben.
Indikatorquelle: Faraone SV et al., 2019 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-015_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-015_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-015 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Qualitätsindikatoren (4/11)

ADHS-016

Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekamen und mindestens 2 Nachuntersuchungen pro Jahr dokumentiert wurden, die eine Besprechung der Medikation, schulischen Fortschritte und des Behandlungsplans umfassten.
Indikatorquelle: in Anlehnung an NQF, 2014 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-016_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-016_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-016 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-017

Anteil Patienten mit ADHS und Medikation mit Stimulanzien, bei denen alle sechs Monate mögliche Nebenwirkungen dokumentiert wurden.
Indikatorquelle: RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-017_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-017_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-017 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-018

Anteil Patienten mit ADHS, denen Psychotherapie/psychosoziale Interventionen/Elterntraining empfohlen und alle 6 Monate eine Verlaufskontrolle der Symptomatik durchgeführt wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-018_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-018_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-018 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-019

Anteil Patienten mit ADHS, die während der Einleitungsphase einer medikamentösen Behandlung innerhalb von 14 Tagen auf Symptomreduktion und mögliche Nebenwirkungen untersucht oder diese erfragt wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Guidelinecentral, 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-019_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-019_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-019 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-020

Anteil Patienten mit ADHS und mindestens 5 dokumentierten ICD-10-Kriterien.
Indikatorquelle: in Anlehnung an NQF, 2014 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-020_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-020_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-020 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Qualitätsindikatoren (5/11)

ADHS-021

Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte an einem ADHS-spezifischen Elterntraining teilgenommen haben.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-021_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-021_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-021 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-022

Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, bei denen eine Beratung des extrafamiliären Bezugssystems (Kindergarten/Schule), ggf. mit therapeutischer Intervention in telefonischer oder persönlicher Form durchgeführt und dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-022_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-022_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-022 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-023

Anteil Patienten mit ADHS, bei denen der Bedarf an schulischer Unterstützung und/oder Möglichkeiten der Erziehungshilfe mit den Eltern/Sorgeberechtigten/nahen Bezugspersonen besprochen und dokumentiert wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-023_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-023_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-023 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-024

Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte Informationen über die Diagnose und den Behandlungsplan erhielten.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-024_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-024_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-024 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-025

Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte über mögliche unerwünschte Wirkungen einer medikamentösen Behandlung informiert wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-025_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-025_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-025 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Qualitätsindikatoren (6/11)

ADHS-026

Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, für die eine verhaltenstherapeutische Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten empfohlen und dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-026_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-026_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-026 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-027

Anteil Patienten mit ADHS, die psychologische, pharmakologische oder pädagogische Interventionen erhielten.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-027_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-027_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-027 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-028

Anteil Patienten mit ADHS, die eine medikamentöse Behandlung benötigten und zunächst ein Stimulans verschrieben wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-028_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-028_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-028 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-029

Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verschrieben bekamen trotz kardiologischer Auffälligkeiten oder bekanntem Substanzmissbrauch bei Patient und/oder Eltern.
(Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: in Anlehnung an Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-029_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-029_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-029 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-030

Anteil Patienten mit ADHS, die Atomoxetin verschrieben bekamen trotz kardiologischer Auffälligkeiten. (Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: in Anlehnung an Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-030_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-030_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-030 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Qualitätsindikatoren (7/11)

ADHS-031

Anteil Patienten mit ADHS, deren Behandlung mit Stimulanzien von einem Hausarzt begonnen wurde. (Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: Gill P et al., 2014 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-031_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-031_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-031 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-032

Anteil Patienten mit ADHS und Tourette-Syndrom oder Tic-Störung, denen bei einer Pharmakotherapie Stimulanzien oder alternativ Atomoxetin oder Guanfacin verordnet wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-032_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-032_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-032 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-033

Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekamen, bei denen einmal im Jahr ein Auslassversuch für mindestens 7 Tage dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL ADHS, 2017 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-033_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-033_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-033 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-034

Anteil Patienten mit ADHS ohne psychiatrische Komorbidität oder hoher Impulsivität, denen Antipsychotika (z.B. Risperidon, Aripiprazol oder Quetiapin) verordnet wurden.
(Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL ADHS, 2017 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-034_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-034_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-034 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-035

Anteil Patienten mit ADHS, bei denen Stimulanzien ohne Anzeichen einer Verbesserung nach spätestens 8 Wochen abgesetzt wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-035_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-035_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-035 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Qualitätsindikatoren (8/11)

ADHS-036

Anteil Patienten mit ADHS, die unter Gabe von Stimulanzien unerwünschte Nebenwirkungen entwickeln und die Stimulanzienverordnung beendet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-036_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-036_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-036 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-037

Anteil Patienten mit ADHS, die ohne vorangegangene bzw. gleichzeitige psychosoziale Intervention/Psychotherapie medikamentös behandelt wurden.
(Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL ADHS, 2017 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-037_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-037_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-037 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-038

Anteil Patienten < 6 Jahre mit neu gestellter ADHS-Diagnose, denen ein ADHS-spezifisches Unterstützungs-/Strukturierungsangebot empfohlen wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-038_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-038_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-038 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-039

**Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose und SSV, bei denen längerfristige verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbezug der Eltern/Sorgeberechtigten
, Familie und Bezugssysteme, ggf. auch Jugendhilfemaßnahmen, Gruppentherapien/soziales Gruppensetting oder eine institutionelle Betreuung zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens empfohlen und dokumentiert wurden.**
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-039_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-039_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-039 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-040

Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, bei denen eine verhaltenstherapeutische Intervention empfohlen und dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-040_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-040_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-040 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Qualitätsindikatoren (9/11)

ADHS-041

Anteil Patienten mit ADHS und Lernstörung, die eine psychoedukative Intervention erhielten.
Indikatorquelle: in Anlehnung an RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-041_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-041_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-041 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-042

Anteil Patienten mit ADHS, die Maßnahmen der Jugendhilfe in Anspruch genommen haben.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-042_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-042_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-042 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-043

Anteil Patienten mit ADHS und komorbider Störung, die eine Psychotherapie erhielten und/oder zur psychiatrischen oder psychologischen Beurteilung zu einem Facharzt oder Psychologen überwiesen wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-043_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-043_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-043 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-044

Anteil Patienten mit ADHS, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem generischen oder ADHS-spezifischen Instrument erfasst wurde.
Indikatorquelle: Galloway H, Newman E, 2017 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-044_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-044_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-044 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-045

Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekommen und zuvor einen Zeitplan für Wiedervorstellungen zur Verlaufskontrolle erhielten.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-045_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-045_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-045 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Qualitätsindikatoren (10/11)

ADHS-046

Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, denen ein individueller Behandlungsplan mit inhaltlich definierten, alltagsrelevanten Therapiezielen ausgestellt und dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-046_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-046_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-046 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-047

Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekommen und mit denen zuvor die Dauer der Behandlung und die Kriterien, die ein Absetzen der Medikation erforderlich machen, erörtert wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-047_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-047_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-047 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-048

Anteil Patienten mit ADHS, bei denen alle derzeit verordneten Medikamente (auch nicht-ADHS-Medikamente) dokumentiert wurden.
Indikatorquelle: RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-048_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-048_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-048 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-049

Anteil Patienten mit ADHS, für die im Arztbrief nach Erstdiagnose an den überweisenden Arzt Therapie- und Interventionsempfehlungen formuliert und dokumentiert wurden.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-049_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-049_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-049 Anmerkungen / Hinweise

ADHS-050

Anteil Patienten mit ADHS und eingeleiteter therapeutischer Maßnahme, bei denen im Anschluss an eine Verlaufskontrolle ein Arztbrief an den überweisenden Arzt versandt wurde.
Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-050_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-050_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-050 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Qualitätsindikatoren (11/11)

ADHS-051

Anteil Patienten mit ADHS, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten eingeholt wurde.
Indikatorquelle: Zima BT et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ADHS-051_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ADHS-051_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

ADHS-051 Anmerkungen / Hinweise

ADHS - Schluss

Haben wir bei ADHS wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht in jedem Fall noch zu berücksichtigen wären?

Schlussbemerkung

Haben wir grundsätzlich etwas vergessen bzw. sollte noch ein Indikator mit aufgenommen werden?

Die Umfrage ist beendet. Vielen Dank für die Teilnahme.

Das Fenster kann nun geschlossen werden.

QualiPäd - Somatische Erkrankungen (gesamt)

Konsentierung QualiPäd-Qualitätsindikatoren

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

danke für Ihre Bereitschaft, die „QualiPäd"-Qualitätsindikatoren zu konsentieren. Informationen zum Projekt hatten wir Ihnen bereits postalisch zugesandt – Sie finden diese auch nochmals hier: https://hessenbox.uni-marburg.de/getlink/fiB7ACe6RuCV3xvTd9XxajqH/

Wir bitten Sie im Folgenden, potenzielle Indikatoren für die Krankheitsbilder ***Tonsillitis***, ***Neurodermitis***, ***Otitis media*** und ***Asthma bronchiale*** anhand der Kriterien **Relevanz** und **Machbarkeit** zu bewerten.

Bitte bewerten Sie diese Indikatoren nach den für die Studie geltenden Definitionen (nochmals als „Pop-up"-Fenster einsehbar, wenn Sie den Mauscursor über das kleine „i" am Ende der Quelle zu jedem Indikator bewegen).

Anleitung: Bitte bewerten Sie jeden Indikator hinsichtlich der Kriterien **Relevanz** und **Machbarkeit** auf einer Skala von 1 (niedrig) bis 9 (hoch) durch Klicken auf die jeweilige Zahl. Wenn es Ihnen nicht möglich ist, den Indikator zu bewerten, wählen Sie bitte das Kästchen "nicht zu beurteilen" entsprechend aus. In diesem Fall wären wir für einen kurzen Hinweis / Kommentar in dem entsprechenden Feld dankbar.

Sollten Sie Anmerkungen oder Zweifel hinsichtlich des Indikators haben, vermerken Sie diese bitte ebenfalls im Kommentarfeld.

Fragen? Bei technischen Fragen können Sie sich gerne telefonisch an 06421/28-66244 oder per Email an: ive@uni-marburg.de wenden.

Bei fachlichen Fragen / Hinweisen steht Ihnen Herr Prof. Dr. Geraedts gerne telefonisch unter 06421/28-66243 oder per Email unter geraedts@uni-marburg.de zur Verfügung.

Tonsillitis - Qualitätsindikatoren (1/4)

Tonsillitis (TO)
- 17 Qualitätsindikatoren
- 4 Befragungsseiten

TO-001

Anteil Patienten im Alter von 3-14 Jahren mit Halsschmerzen, deren Körpertemperatur gemessen wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-001_Relevanz	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
TO-001_Machbarkeit	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

Anmerkungen / Hinweise

TO-002

Anteil Patienten mit Tonsillitis, bei denen der Center-Score (Patienten ≥15 Jahre)/ McIsaac-Score (Patienten im Alter von 3-14 Jahren) oder FeverPAIN-Score dokumentiert ist.
Indikatorquelle: Ministry of Public Health Qatar: National Clinical Guidelines, 2019 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-002_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-002_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-003

Anteil Patienten mit Verdacht auf Tonsillitis, bei denen ein Rachenabstrich auf GAS-Pharyngitis (Gruppe A Streptokokken) mittels Schnelltest (GABHS) und/oder einer mikrobiologischen Kultur untersucht wurde.
Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-003_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-003_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-004

Anteil Patienten mit akuter Tonsillitis/Pharyngitis, die mit einem β-hämolysierenden Streptokokken-A-Schnelltest untersucht wurden.
Indikatorquelle: Doubova SV et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-004_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-004_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-005

Anteil Patienten mit akuter Pharyngitis, bei denen der Streptokokken-Antikörper Titer bestimmt wurde.
Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-005_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-005_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Tonsillitis - Qualitätsindikatoren (2/4)

TO-006

Anteil Patienten mit einem negativen Antigen-Schnelltest (GABHS-Schnelltest zum Nachweis β-hämolysierender Streptokokken der Gruppe A), bei denen eine mikrobiologische Diagnostik erfolgte.
Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-006_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-006_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-007

Anteil Patienten mit einem positiven Antigen-Schnelltest (GABHS-Schnelltest zum Nachweis β-hämolysierender Streptokokken der Gruppe A), bei denen keine mikrobiologische Diagnostik erfolgte.
Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-007_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-007_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-008

Anteil Patienten mit akuter Streptokokken-Tonsillitis, bei denen nach beendeter Therapie routinemäßig Blut- oder Urinuntersuchungen oder kardiologische Diagnostik (wie EKG) durchgeführt wurden.
Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-008_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-008_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-009

Anteil Patienten mit einer GAS-Pharyngitis (Gruppe A Streptokokken), die mit einer begleitenden Corticosteroid-Therapie behandelt wurden.
Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-009_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-009_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-010

Anteil Patienten mit Halsschmerzen und keinen weiteren Symptomen oder Anzeichen einer Tonsillitis, denen Antibiotika verordnet wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-010_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-010_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Tonsillitis - Qualitätsindikatoren (3/4)

TO-011

Anteil Patienten < 4 Jahre mit Halsschmerzen und Husten, die nicht stationär behandlungspflichtig waren und denen Antibiotika verordnet wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-011_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-011_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-012

Anteil Patienten, bei denen eine Streptokokken-Pharyngitis oder Streptokokken-Tonsillitis diagnostiziert wurde und denen beim ersten Arztbesuch ein spezifisches Antibiotikum (Benzathin-Penicillin G oder Procain-Penicillin G oder Amoxicillin) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Doubova SV et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-012_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-012_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-013

Anteil Patienten > 1 Jahr mit akuter Tonsillitis, denen Antibiotika zur systemischen Anwendung verordnet wurden und die Chinolone erhielten.
Indikatorquelle: Adriaenssens N et al., 2011 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-013_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-013_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-014

Anteil Patienten im Alter von 3-14 Jahren, die als Hochrisikopatienten eingestuft wurden oder die positiv auf β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A (GABHS) getestet wurden und allergisch auf Penicillin reagieren, denen orales Erythromycin verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-014_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-014_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-015

Anteil Patienten mit rezidivierenden akuten Halsschmerzen und mit körperlichen Allgemeinsymptomen oder Funktionsbeeinträchtigungen in den Krankheitsepisoden, bei denen die Indikation zur Tonsillektomie gestellt wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-015_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-015_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Tonsillitis - Qualitätsindikatoren (4/4)

TO-016

Anteil Patienten mit häufig rezidivierender akuter Tonsillitis, denen die Indikation zur Tonsillektomie/Adenotonsillektomie gestellt wurde.
Indikatorquelle: Paediatrics & Child Health Division, 2008 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-016_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-016_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

TO-017

Anteil Patienten mit Halsschmerzen, deren Eltern darauf hingewiesen wurden, ihnen ausreichend Flüssigkeit zu geben.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
TO-017_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
TO-017_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Tonsillitis - Schluss

Haben wir bei Tonsillitis wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht auf jeden Fall noch zu berücksichtigen wären?

Neurodermitis - Qualitätsindikatoren (1/6)

Neurodermitis (ND)
- 28 Qualitätsindikatoren
- 6 Befragungsseiten

ND-001

Anteil Patienten mit Verdachtsdiagnose Neurodermitis, bei denen ein Prick-Test durchgeführt wurde.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-001_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-001_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-002

Anteil Patienten mit Verdachtsdiagnose Neurodermitis, bei denen IgE-Antikörper bestimmt wurden.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-002_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-002_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-003

Anteil Neurodermitispatienten, bei denen vor Therapiebeginn mit Azathioprin die Thiopurinmethyltransferase (TPMT) bestimmt wurde.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-003_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-003_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-004

Anteil Neurodermitispatienten, die bei Ekzemen ein topisches Glukokortikosteroid verordnet bekommen.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-004_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-004_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-005

Anteil Neurodermitispatienten mit Ekzemen im Gesicht, in den Achselhöhlen oder in den Leisten, die hochpotente Glukokortikosteoride (Klasse IV) verordnet bekommen.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-005_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-005_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Neurodermitis - Qualitätsindikatoren (2/6)

ND-006

Anteil Neurodermitispatienten, die länger als einen Monat mit oralen Glukokortikosteroiden behandelt werden.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-006_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-006_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-007

Anteil Neurodermitispatienten, mit moderaten bis schwer ausgeprägten Ekzemen, die nach Behandlungsende des Schubs über mindestens einen Monat an 2 Tagen pro Woche topische Glukokortikosteroide oder topische Calcineurininhibitoren verordnet bekommen.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-007_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-007_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-008

Anteil Neurodermitispatienten, die länger als ein Jahr mit Cyclosporin behandelt werden.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-008_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-008_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-009

Anteil Neurodermitispatienten mit Ekzemen im Gesicht, in den Achselhöhlen, in den Leisten oder im Genitalbereich, die topische Calcineurininhibitoren verordnet bekommen.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-009_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-009_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-010

Anteil Neurodermitispatienten, die ein orales Antibiotikum ohne eindeutige Anzeichen einer bakteriellen Superinfektion verordnet bekommen.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-010_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-010_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Neurodermitis - Qualitätsindikatoren (3/6)

ND-011

Anteil Neurodermitispatienten, die eine topische Therapie mit der Kombination eines Antibiotikums und eines Glukokortikosteroids verodnet bekommen.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-011_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-011_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-012

Anteil Neurodermitispatienten, die eine PUVA-Phototherapie verordnet bekommen.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-012_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-012_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-013

Anteil Neurodermitispatienten, die Basistherapeutika verordnet bekommen.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-013_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-013_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-014

Anteil Neurodermitispatienten, denen bei moderaten bis schweren Schüben feuchte Umschläge, lokal oder am ganzen Körper, in Kombination mit topischen Glukokortikosteroiden verordnet werden.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-014_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-014_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-015

Anteil Neurodermitispatienten mit schlecht eingestelltem oder therapierefraktärem Ekzem, einschließlich wiederkehrender Infektionen oder Ekzem bedingten psychosozialen Problemen, die zu einem Dermatologen überwiesen wurden.
Indikatorquelle: NICE, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-015_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-015_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Neurodermitis - Qualitätsindikatoren (4/6)

ND-016

Anteil Neurodermitispatienten mit moderaten oder schweren Ekzemen, die durch eine optimale Behandlung nicht einstellbar sind, und die zur fachärztlichen Untersuchung auf mögliche Nahrungsmittel- und andere Allergien überwiesen wurden.
Indikatorquelle: NICE, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-016_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-016_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-017

Anteil Neurodermitispatienten mit Verdacht auf Eczema herpeticatum, die sofort mit systemischem Aciclovir behandelt und am selben Tag an einen Dermatologen überwiesen wurden.
Indikatorquelle: NICE, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-017_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-017_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-018

Anteil aller Mütter, denen zur Vorbeugung einer Neurodermitis beim Baby in der Stillzeit eine Ausschlussdiät empfohlen wurde.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-018_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-018_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-019

Anteil Neurodermitispatienten mit einem individuellen Verhaltensplan.
Indikatorquelle: Child Health BC *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-019_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-019_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-020

Anteil Neurodermitispatienten, deren Schweregrad des Ekzems bei jedem Arztbesuch dokumentiert wird.
Indikatorquelle: NICE, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-020_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-020_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Neurodermitis - Qualitätsindikatoren (5/6)

ND-021

Die Praxis kann Phototherapien durchführen.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-021_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-021_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-022

Die Praxis bietet Neurodermitispatienten bzw. deren Eltern mindestens zweimal im Jahr ein Schulungsprogramm an.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-022_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-022_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-023

Anteil Neurodermitispatienten mit moderaten bis schweren Ekzemen, die eine systemische Therapie erhalten.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-023_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-023_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-024

Anteil Neurodermitispatienten, deren Behandlung nach Schweregrad des Ekzems gemäß Stufentherapie erfolgt und die Patientenschulungen erhalten.
Indikatorquelle: NICE, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-024_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-024_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-025

Anteil Neurodermitispatienten, die unter einer Phototherapie Komplikationen (z.B. Verbrennungen) entwickeln.
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-025_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-025_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Neurodermitis - Qualitätsindikatoren (6/6)

ND-026

Anteil Neurodermitispatienten, die Symptome (z.B. Jucken) sowie emotionale und krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen aufweisen.

Indikatorquelle: Farin E et al., 2012 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-026_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-026_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-027

Anteil Neurodermitispatienten, die sich stigmatisiert fühlen, wenn andere Personen den Zustand der Haut sehen. (erkrankungsspezifische Lebensqualität)

Indikatorquelle: Farin E et al., 2012 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-027_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-027_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

ND-028

Anteil Konsultationen von Neurodermitispatienten, in denen ihr psychisches Befinden und ihre Lebensqualität - und das ihrer Familie - besprochen und dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: NICE, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
ND-028_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
ND-028_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Neurodermitis - Schluss

Haben wir bei der Neurodermitis wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht in jedem Fall noch zu berücksichtigen wären?

Otitis media - Qualitätsindikatoren (1/7)

Otitis media (OM)
- 36 Qualitätsindikatoren
- 7 Befragungsseiten

OM-001

Anteil Patienten mit akuter Otitis media, die auf alle drei klinischen Kriterien einer akuten Otitis media (akuter Beginn, Mittelohrerguss, Mittelohrentzündung) untersucht wurden.
Indikatorquelle: Ewald DA et al, 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-001_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-001_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-002

Anteil Patienten im Alter von 2 Monaten-12 Jahren mit Otitis media und Ergussbildung, denen keine systemischen Corticosteroide verordnet wurden.
Indikatorquelle: NQF *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-002_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-002_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-003

Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, denen systemische Analgetika (Paracetamol oder Ibuprofen) verordnet wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-003_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-003_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-004

Anteil Patienten mit akuter Otitis media, die Antibiotika benötigten, und mit anamnestisch wiederholten Amoxizillin-refraktären akuten Mittelohrentzündungen ODER mit gleichzeitiger eitriger Konjunktivitis ODER mit einer Amoxizillingabe in den letzten 30 Tagen, denen Clavulansäure als Beta-Lactamase Inhibitor verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-004_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-004_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-005

Anteil Patienten im Alter von 2 Monaten-12 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung, denen weder Antihistaminika noch abschwellende Mittel verordnet oder empfohlen wurden.
Indikatorquelle: NQF *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-005_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-005_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Otitis media - Qualitätsindikatoren (2/7)

OM-006

Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, deren Symptome nach 24-48 Stunden unverändert blieben oder sich verschlimmerten, und denen dann Antibiotika verordnet wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-006_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-006_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-007

Anteil Patienten ≥ 12 Monate mit akuter Otitis media mit leichtem Unwohlsein, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-007_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-007_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-008

Anteil Patienten < 6 Monate mit akuter Otitis media, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-008_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-008_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-009

Anteil Patienten ≥ 6 Monate mit schwer ausgeprägten Symptomen, schlechtem Allgemeinbefinden, einer sicheren akuten Otitis media Diagnose oder einer beidseitigen akuten Otitis media, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-009_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-009_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-010

Anteil Patienten mit akuter Otitis media und schwer ausgeprägten Symptomen (mäßige oder schwere Otalgie, Otalgie über mindestens 48 Stunden oder einer Körpertemperatur von 39 Grad Celsius oder höher), denen ein Antibiotikum verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-010_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-010_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Otitis media - Qualitätsindikatoren (3/7)

OM-011

Anteil Patienten mit akuter Otitis media, denen nach mehr als 24-48 Stunden beeinträchtigender Beschwerdesymptomatik ein Antibiotikum verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-011_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-011_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-012

Anteil Patienten mit akuter Otitis media ohne Abklingen der Entzündungszeichen binnen 48 Stunden, denen dann ein Antibiotikum verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-012_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-012_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-013

Anteil Patienten mit akuter Otitis media, denen eines der folgenden Antibiotika verordnet wurde: Amoxicillin 45 mg/kg/Tag über 5 Tage oder, bei Vorliegen einer Penicillinallergie, Roxithromycin 2,5 mg/kg (max. 150 mg) oral 12-stündlich für 5 Tage oder Cefaclor 10 mg/kg bis zu 250 mg oral 8-stündlich für 5 Tage.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-013_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-013_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-014

Anteil Patienten im Alter von 1-3 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung und einem ansonsten guten Gesundheitszustand, bei denen in der initialen Behandlungsphase (bis zu 12 Wochen) eine Myringotomie mit oder ohne Einlage eines Paukenröhrchens durchgeführt wurde.
Indikatorquelle: RAND, 2000 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-014_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-014_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-015

Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, mit denen eine Verlaufskontrolle nach 48 Stunden vereinbart wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-015_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-015_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Otitis media - Qualitätsindikatoren (4/7)

OM-016

Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung, die nach 3 Monaten nachuntersucht wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-016_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-016_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-017

Anteil Patienten < 3 Jahre mit beidseitiger persistierender Otitis media mit Ergussbildung, die zur Verlaufskontrolle alle 3 Monate untersucht wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-017_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-017_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-018

Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung und einer Hörminderung von weniger als 25 dB, die zur Verlaufskontrolle alle 3 Monate untersucht wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-018_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-018_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-019

Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung ohne Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensprobleme, die zur Verlaufskontrolle alle 3 Monate untersucht wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-019_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-019_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-020

Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Patienten mit chronischer Otitis media, bei denen Sprach- und allgemeine Entwicklungverzögerungen bestehen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-020_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-020_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Otitis media - Qualitätsindikatoren (5/7)

OM-021

Anteil Patienten mit akuter Otitis media und bestehenden Fehlbildungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-021_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-021_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-022

Anteil Patienten mit akuter Otitis media und einem länger als 3 Monate andauernden Erguss mit beidseitiger Hörminderung (größer als 20 dB), die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-022_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-022_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-023

Anteil Patienten mit mehr als 4 symptomatischen akuten Otitis media Rezidiven in 6 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-023_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-023_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-024

Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Cholesteatom, Mastoiditis oder Fazialisparese, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-024_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-024_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-025

Anteil Patienten mit akuter Otitis media und chronischer Trommelfellperforation und die nach 3 Monaten nicht auf die Behandlung ansprachen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-025_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-025_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Otitis media - Qualitätsindikatoren (6/7)

OM-026

Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Immunsuppression, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-026_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-026_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-027

Anteil Patienten ≥ 3 Jahre mit persistierender beidseitiger Otitis media mit Ergussbildung, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-027_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-027_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-028

Anteil Patienten ≥ 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung mit Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensproblemen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-028_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-028_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-029

Anteil Patienten mit länger als 3 Monate andauernder Otitis media mit Ergussbildung und Anzeichen für eine Hörminderung, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-029_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-029_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-030

Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und mindestens 3 Episoden einer akuten Otitis media binnen 6 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-030_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-030_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Otitis media - Qualitätsindikatoren (7/7)

OM-031

Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und mindestens 4 Episoden einer akuten Otitis media binnen 12 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-031_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-031_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-032

Anteil Patienten < 3 Jahre mit beidseitiger persistierender Otitis media mit Ergussbildung, die zu einer Operation überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-032_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-032_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-033

Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung und einer Hörminderung von weniger als 25 dB, die zu einer Operation überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-033_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-033_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-034

Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung ohne Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensprobleme, die zu einer Operation überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-034_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-034_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-035

Anteil der Patienten mit akuter Otitis media und Antibiotikaverordnung (bzw. deren Eltern), die über den natürlichen Verlauf der Erkrankung einschließlich der durchschnittlichen Krankheitsdauer (bei akuter Otitis media 4 Tage) aufgeklärt wurden.
Indikatorquelle: March-López P et al., 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-035_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-035_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

OM-036

Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und anhaltenden Symptomen, die zur Audiometrie überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
OM-036_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
OM-036_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Otitis media - Schluss

Haben wir bei Otitis media wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht in jedem Fall noch zu berücksichtigen wären?

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (1/17)

Asthma bronchiale (AB)
- 84 Qualitätsindikatoren
- 17 Befragungsseiten

AB-001

Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Bewusstseinszustand erfasst wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-001_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-001_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-002

Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Pulsfrequenz erfasst wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-002_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-002_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-003

Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Atemarbeit beurteilt wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-003_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-003_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-004

Anteil Asthmapatienten, bei denen Körpergewicht und -größe mindestens einmal jährlich gemessen wurden.
Indikatorquelle: Backer V et al., 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-004_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-004_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-005

Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Sauerstoffpartialdruck (SpO_2-Wert) erfasst wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-005_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-005_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (2/17)

AB-006

Anteil Asthmapatienten an allen neu diagnostizierten Asthmpatienten und allen Patienten, die im 2-Jahreszeitraum erstmalig Asthmamedikamente veordnet bekamen, bei denen zur Allergiediagnostik das spezifische IgE bestimmt oder ein Prick-Hauttest durchgeführt wurde.
Indikatorquelle: Backer V et al., 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-006_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-006_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-007

Anteil Asthmapatienten, bei denen im Zeitraum von 3 Monaten vor bis 3 Monaten nach der Diagnosestellung eine Spirometrie und eine weitere objektivierende Untersuchung zur Diagnosesicherung (Messung der Stickstoffmonoxid-Konzentration in der Ausatemluft [FeNO-Werte] oder Reversibilitäts- oder Variabilitätsbestimmung) durchgeführt und dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: NICE *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-007_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-007_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-008

Anteil Asthmapatienten, bei denen das im Reversibilitätstest ermittelte FEV1/FVC- Verhältnis > 75% beträgt.
Indikatorquelle: Holton CH et al., 2010 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-008_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-008_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-009

Durchschnittlicher FEV1-Wert aller Asthmapatienten im Reversibilitätstest.
Indikatorquelle: Holton CH et al., 2010 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-009_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-009_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-010

Anteil Asthmapatienten mit Schlafstörungen aufgrund des Asthmas.
Indikatorquelle: Geraedts M et al., 2001 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-010_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-010_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (3/17)

AB-011

Durchschnittliche Anzahl der vom Asthmapatienten selbst angegebenen symptomfreien Tage innerhalb der letzten 4 Wochen, die in der Patientenakte dokumentiert wurden.
Indikatorquelle: To T et al., 2011 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-011_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-011_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-012

Anteil Asthmapatienten, die mehr als dreimal wöchentlich kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (SABA) verwenden und keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen.
Indikatorquelle: Caughey GE et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-012_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-012_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-013

Anteil Asthmapatienten, die mehr als dreimal wöchentlich langwirkende Beta-2-Sympathomimetika (LABA) verwenden und keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen.
Indikatorquelle: Caughey GE et al., 2015 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-013_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-013_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-014

Durchschnittliche Häufigkeit der Verwendung eines Notfallsprays in der letzten Woche bei allen Asthmapatienten.
Indikatorquelle: Nguyen KH et al. , 2011 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-014_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-014_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-015

Anteil Asthmapatienten ≤ 19 Jahre, bei denen der Raucherstatus (aktiv und/oder passiv) in den vorangegangenen 12 Monaten erfasst wurde.
Indikatorquelle: NICE *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-015_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-015_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (4/17)

AB-016

Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Asthmakontrollgrad mindestens alle 6 Monate kontrolliert wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-016_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-016_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-017

Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, bei denen mindestens alle 6 Monate eine medizinische Verlaufskontrolle durchgeführt wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-017_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-017_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-018

Anteil Asthmapatienten, deren Asthmakontrollgrad bei jedem Arztbesuch überprüft wird (Symptomhäufigkeit, nächtliches Erwachen, Häufigkeit der Verwendung von schnellwirkenden Beta-2-Sympathomimetika, Aktivitätsunterbrechungen und Inanspruchnahme der Notfallversorgung).
Indikatorquelle: Cicutto L et al., 2014 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-018_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-018_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-019

Anteil Asthmapatienten mit kontrolliertem Asthma.
Indikatorquelle: GBA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-019_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-019_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-020

Anteil Asthmapatienten mit teil- oder unkontrolliertem Asthma.
Indikatorquelle: GBA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-020_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-020_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (5/17)

AB-021

Anteil Asthmapatienten, die binnen 8 Wochen nach dem Beginn einer Therapie mit einem inhalativen Corticosteroid (ICS) oder nach einer Steigerung der Dosierung einen kontrollierten Asthmagrad erreichten.
Indikatorquelle: Hansen S et al., 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-021_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-021_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-022

Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Behandlung mindestens alle 6 Monate auf Nebenwirkungen kontrolliert wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-022_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-022_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-023

Anteil Asthmapatienten, deren medikamentöse Behandlung regelmäßig hinsichtlich unerwünschter Medikamentennebenwirkungen überprüft wird.
Indikatorquelle: To T et al., 2010 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-023_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-023_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-024

Anteil Asthmapatienten mit bereits verordneter Asthmamedikation, bei denen vor Beginn einer neuen medikamentösen Therapie die Einhaltung der bestehenden Therapien überprüft wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-024_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-024_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-025

Anteil der Kinder mit Verdachtsymptomen auf ein persistierendes Asthma, die als Therapieversuch Salbutamol, Montelukast oder ein inhalatives Corticosteroid (ICS) erhielten und deren Ansprechen binnen 3 Monaten überprüft wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-025_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-025_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (6/17)

AB-026

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit beständig unkontrolliertem Asthma, denen ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-026_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-026_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-027

Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-027_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-027_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-028

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, deren Asthma mit einem Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA) nicht gut eingestellt ist und die eine Langzeittherapie benötigen, denen versuchsweise ein niedrig dosiertes inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-028_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-028_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-029

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, deren Asthma mit einem niedrig dosierten inhalativen Corticosteroid (ICS) nicht gut eingestellt ist und die eine Langzeittherapie benötigen, denen versuchsweise ein mitteldosiertes inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-029_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-029_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-030

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, die dauerhaft oder häufig ein systemisches Corticosteroid benötigen, denen die niedrigst nötige tägliche Corticosteroiddosis als Tablette verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-030_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-030_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (7/17)

AB-031

Anteil Asthmapatienten mit einem Peak-Flow-Wert < 60%, denen ein orales Corticosteroid verordnet wurde. (Bezugsmesszeitpunkt: aktuellster Wert der letzten 2 Jahre)
Indikatorquelle: Campbell SM et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-031_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-031_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-032

Anteil Asthmapatienten < 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und denen ein orales Beta-2-Sympathomimetikum verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-032_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-032_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-033

Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem leichten oder mittlelgradigen Asthmaanfall vorstellten, und denen ein inhalatives Beta-2-Sympathomimetikum mit Spacer verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-033_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-033_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-034

Durchschnittliche Anzahl der vom Asthmapatienten selbst angegebenen Tage ohne Einnahme von Beta-2-Sympathomimetika innerhalb der letzten 4 Wochen, die in der Patientenakte dokumentiert wurden.
Indikatorquelle: To T et al., 2011 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-034_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-034_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-035

Anteil der Kinder mit Verdachtsymptomen auf ein persistierendes Asthma, die als Therapieversuch Salbutamol, Montelukast oder ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet bekamen.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-035_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-035_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (8/17)

AB-036

Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre mit intermittierendem Asthma, denen ein inhalatives kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-036_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-036_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-037

Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre mit intermittierendem Asthma, denen ein orales kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-037_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-037_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-038

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit intermittierendem Asthma, denen ein inhalatives kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-038_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-038_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-039

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit intermittierendem Asthma, denen ein orales kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-039_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-039_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-040

Anteil Asthmapatienten mit dokumentierten belastungsinduzierten Bronchospasmen, denen ein kurzwirksamer Bronchodilatator zur Anwendung vor körperlicher Belastung verordnet wurde. (Bezugszeitraum: letzte 2 Jahre)
Indikatorquelle: Campbell SM et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-040_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-040_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (9/17)

AB-041

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit häufig intermittierendem Asthma, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen Seretide verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-041_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-041_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-042

Anteil Asthmapatienten, die neu auf die Kombination aus einem langwirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) und einem inhalativen Corticosteroid (ICS) eingestellt wurden, und die in den beiden vorausgehenden Jahren keine Antiasthmatika, auch nicht als Begleitmedikation, verordnet bekamen.
Indikatorquelle: Heibert Arnlind M et al., 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-042_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-042_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-043

Anteil Asthmapatienten mit verordnetem langwirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA), die in den beiden vorausgehenden Jahren keine inhalativen Corticosteroide (ICS) verordnet bekamen.
Indikatorquelle: Heibert Arnlind M et al., 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-043_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-043_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-044

Anteil Asthmapatienten mit einer Dauermedikation, die eine Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (LABA) erhalten.
Indikatorquelle: GBA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-044_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-044_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-045

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit häufig intermittierendem Asthma, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen ein Leukotrienrezeptorantagonist (LTRA) oder ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-045_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-045_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (10/17)

AB-046

Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen ein Leukotrienrezeptorantagonist (LTRA) verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-046_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-046_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-047

Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten und auf die erste Behandlung nicht ansprachen, denen dann Ipratropiumbromid inhalativ verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-047_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-047_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-048

Anteil Asthmapatienten > 2 Jahre, die sich mit einem leichten oder mittlelgradigen Asthmaanfall vorstellten, und denen Theophyllin verordnet wurde.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-048_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-048_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-049

Anteil Asthmapatienten > 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und die Antibiotika erhielten, ohne Vorliegen einer weiteren Erkrankung mit Bedarf für eine Antibiotikatherapie.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-049_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-049_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-050

Anteil Asthmapatienten, deren Pharmakotherapie (zumeist) nicht indizierte Medikamente enthält unter allen Asthmakranken mit Pharmakotherapie (Expektoranzien, Antitussiva, Barbiturate, NSAR).
Indikatorquelle: Geraedts M et al., 2002 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-050_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-050_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (11/17)

AB-051

Anteil Asthmapatienten mit Verdacht auf schweres Asthma, die an einen Lungenfacharzt oder ein Lungenfachzentrum überwiesen wurden.
Indikatorquelle: NICE Asthma Guideline, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-051_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-051_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-052

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit beständig unkontrolliertem Asthma, die die Maximaldosis eines inhalativen Corticosteroids (ICS) benötigen, und die zu einem Spezialisten (pädiatrischen Lungenfacharzt) überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-052_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-052_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-053

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, die dauerhaft oder häufig ein systemisches Corticosteroid benötigen, die an einen pädiatrischen Lungenfacharzt überwiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-053_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-053_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-054

Anteil Asthmapatienten mit oralen Corticosteroiden als Langzeittherapie, die zu einem Lungenfacharzt überwiesen wurden. (Bezugszeitraum: letzte 2 Jahre)
Indikatorquelle: Campbell SM et al., 2005 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-054_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-054_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-055

Anteil Asthmapatienten, die nach Behandlung eines Asthmaanfalls durch einen Notfalldienst binnen 2 Arbeitstagen von ihrem Hausarzt nachuntersucht wurden.
Indikatorquelle: NICE Asthma Guideline, 2013 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-055_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-055_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (12/17)

AB-056

Anteil Patienten < 6 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall in der hausärztlichen / pädiatrischen Primärversorgung vorgestellt und nach 4-6 Hüben eines Beta-2-Sympathomimetikums keine Verbesserung gezeigt haben, die dann notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-056_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-056_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-057

Anteil der Patienten ≥ 6 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall in der hausärztlichen / pädiatrischen Primärversorgung vorgestellt und nach 8-12 Hüben eines Beta-2-Sympathomimetikums keine Verbesserung gezeigt haben, die dann notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-057_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-057_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-058

Dieser Indikator ist entfallen und wird nur aus Gründen der durchgehenden Nummerierung hier aufgeführt.

AB-059

Anteil Asthmapatienten, die darüber informiert wurden, welche Faktoren Asthma verstärken und wie diese vermieden werden können.
Indikatorquelle: Diette GB et al., 2001a *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-059_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-059_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-060

Anteil Asthmapatienten, denen eine Asthma-Schulung empfohlen wurde und die an einer Schulung teilgenommen haben.

Indikatorquelle: GBA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-060_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-060_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (13/17)

AB-061

Anteil Asthmapatienten mit verordnetem inhalativen Asthmamedikament, die in der Anwendung des Inhalationsgeräts geschult wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-061_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-061_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-062

Anteil Asthmapatienten mit inhalativer Medikation, deren Inhalationstechnik überprüft wurde.
Indikatorquelle: GBA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-062_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-062_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-063

Anteil Asthmapatienten, die regelmäßig ihre Inhalationstechnik vorführen.

Indikatorquelle: Ewald DA et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-063_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-063_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-064

Anteil Asthmapatienten, denen mitgeteilt wurde, wie die Medikation vor (Allergen-)Exposition angepasst werden sollte.
Indikatorquelle: Diette GB et al., 2001a *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-064_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-064_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-065

Anteil Asthmapatienten, die noch nie gegen Pneumokokken geimpft wurden.
Indikatorquelle: Scholle SH et al., 1996 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-065_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-065_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (14/17)

AB-066

Anteil Asthmapatienten mit einem schriftlichen Selbstmanagementplan.
Indikatorquelle: GBA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-066_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-066_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-067

Anteil Asthmapatienten mit einem schriftlichen Verhaltensplan.

Indikatorquelle: Ewald DA et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-067_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-067_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-068

Durchschnittliche Anzahl ungeplanter Praxisbesuche zur Behandlung eines Asthmaanfalls bei Asthmapatienten in den letzten 3 Monaten.

Indikatorquelle: Nguyen KH et al. , 2011 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-068_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-068_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-069

Anteil Asthmapatienten, bei denen in den letzten 12 Monaten mindestens eine Kontrolluntersuchung dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: Ragazzi H et al., 2011 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-069_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-069_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-070

Anteil Asthmapatienten, deren Dosis und Häufigkeit der inhalativen Medikamente dokumentiert ist.
Indikatorquelle: Utsugi-Ozaki M et al., 2009 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-070_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-070_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (15/17)

AB-071

Anteil Asthmapatienten mit bereits verordneter Asthmamedikation, bei denen vor Beginn einer neuen medikamentösen Therapie die Auslösefaktoren erfasst wurden.
Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-071_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-071_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-072

Anteil Asthmapatienten, bei denen in den letzten 12 Monaten der Erhalt einer Influenza-Impfung dokumentiert wurde.
Indikatorquelle: Fox P et al., 2007 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-072_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-072_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-073

Anteil Asthmapatienten, die mit der ärztlichen Empathie zufrieden sind.
Indikatorquelle: Geraedts M et al., 2001 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-073_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-073_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-074

Bei Patienten mit Asthma oder Giemen (pfeifende Atemgeräusche) oder Atemnot: Anteil der im primärärztlichen Versorgungssystem erfolgten ungeplanten oder außerhalb der Sprechzeiten (wochenends, abends, nachts, feiertags) erfolgten Patientenbesuche wegen Symptomen, an allen Patientenbesuchen.
Indikatorquelle: Elliot AJ et al., 2016 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-074_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-074_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-075

Anteil Asthmapatienten, die ein Asthmatagebuch führen.
Indikatorquelle: Geraedts M et al., 2002 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-075_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-075_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (16/17)

AB-076

Anteil Asthmapatienten, deren Eltern mit der Asthmabehandlung zufrieden sind.
Indikatorquelle: Farin E et al., 2012 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-076_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-076_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-077

Anteil Asthmapatienten, die zufrieden sind mit den vom Arzt gegebenen Informationen.
Indikatorquelle: Geraedts M et al., 2001 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-077_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-077_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-078

Anteil Asthmapatienten, die zufrieden sind mit der ärztlichen Behandlung.
Indikatorquelle: Geraedts M et al., 2001 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-078_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-078_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-079

Anteil Asthmapatienten, deren erkrankungsspezifische Lebensqualität sich während der Behandlungszeit verbesserte.
Indikatorquelle: Farin E et al., 2012 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-079_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-079_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-080

Anteil Asthmapatienten, die Veränderungen ihrer Asthma-Erkrankung wahrnehmen.
Indikatorquelle: Farin E et al., 2012 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-080_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-080_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Qualitätsindikatoren (17/17)

AB-081

Anteil Asthmapatienten, deren krankheitsbezogenes Selbstmanagement sich während der Behandlungszeit verbesserte.
Indikatorquelle: Farin E et al., 2012 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-081_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-081_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-082

Anteil Asthmapatienten, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen.
Indikatorquelle: Egidi G, Schelp H, 2009 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-082_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-082_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-083

Anteil Asthmapatienten mit notfallmäßgen Behandlungen.
Indikatorquelle: GBA, 2020 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-083_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-083_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

AB-084

Anteil Asthmapatienten, die in den letzten 6 Monaten wegen Asthmabeschwerden ins Krankenhaus eingewiesen wurden.

Indikatorquelle: Ewald DA et al., 2018 *

	(niedrig) 1	2	3	4	5	6	7	8	(hoch) 9	nicht zu beurteilen
AB-084_Relevanz	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯
AB-084_Machbarkeit	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯	◯

Anmerkungen / Hinweise

Asthma bronchiale - Schluss

Haben wir bei Asthma bronchiale wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht in jedem Fall noch zu berücksichtigen wären?

Schlussbemerkung

Haben wir grundsätzlich etwas vergessen bzw. sollte noch ein Indikator mit aufgenommen werden?

Die Umfrage ist beendet. Vielen Dank für die Teilnahme.

Das Fenster kann nun geschlossen werden.

Philipps Universität Marburg

QualiPäd

Delphi-Panel - Psychiatrische QI

„ADHS“



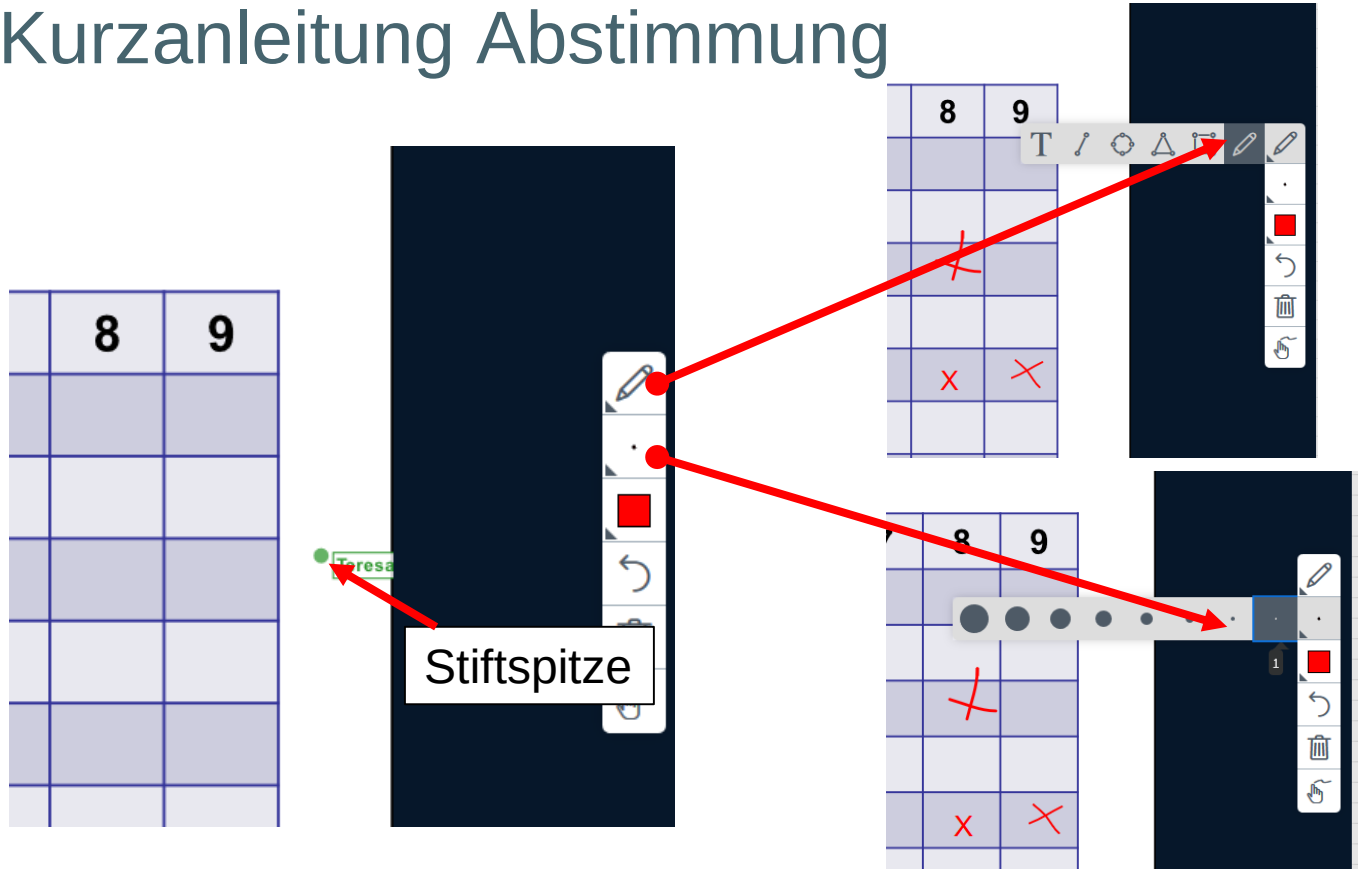
QualiPäd – Delphi-Panel „ADHS“

Einführung

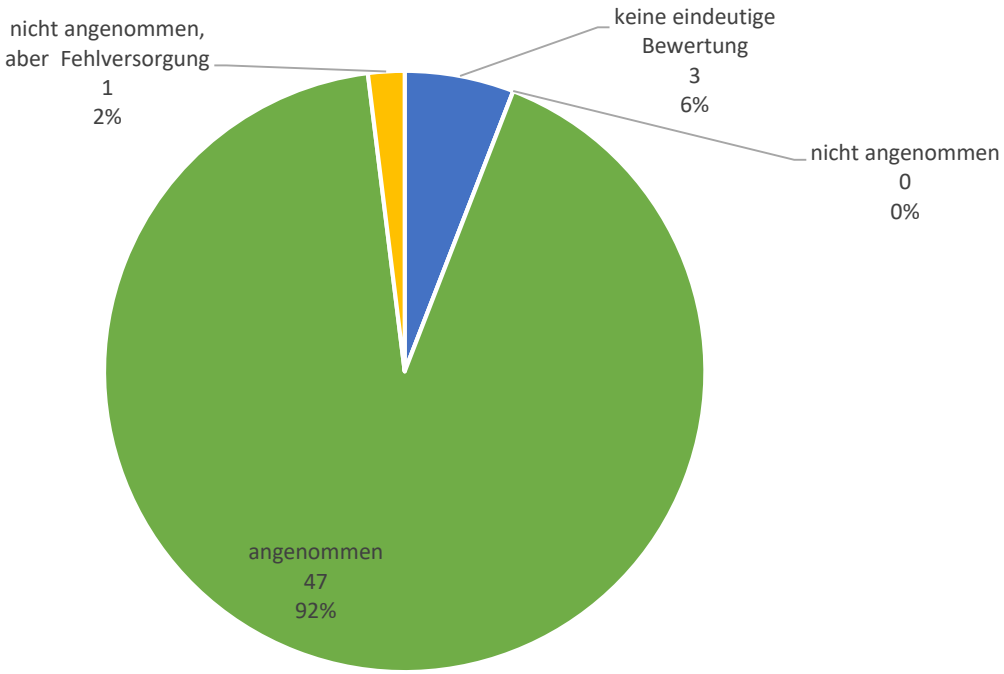
Definition „Relevanz“ und „Machbarkeit“

- **Relevanz / „Validität“**
  - Der Qualitätsindikator wird von einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz oder ausreichendem professionellen Konsens unterstützt.
  - Patienten, die so wie vom Qualitätsindikator spezifiziert behandelt werden, erfahren erkennbaren gesundheitlichen Nutzen.
  - Auf der Basis der professionellen Erfahrungen der Panelmitglieder kann konstatiert werden, dass solche Ärzt:innen als hochqualitativ angesehen werden, die signifikant öfter den Qualitätsindikator befolgen.
  - Der Großteil der Faktoren, die die Ausprägung des Qualitätsindikators determinieren, ist durch die Ärzt:innen beeinflussbar.
- **Machbarkeit**
  - Die Informationen, die notwendig sind, um die Ausprägung eines Qualitätsindikators zu messen, sind hochwahrscheinlich in einer typischen Patientenakte aufzufinden.
  - Schätzungen der Ausprägung eines Qualitätsindikators auf der Basis von Patientenaktendaten und darauf beruhenden Routinedaten sind hochwahrscheinlich reliabel und unverzerrt.
  - Das Fehlen der Dokumentation relevanter Daten zum Qualitätsindikator ist ein Zeichen für schlechte Qualität.

Kurzanleitung Abstimmung



Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde Übersicht



Gesamt: 51 Qualitätsindikatoren

Allgemeine Hinweise zu ADHS

Haben wir bei ADHS wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht auf jeden Fall noch zu berücksichtigen wären?

- „Verlaufsgespräche z.B. mit der Schule/Lehrerin.“
- „ADHS-Symptome bei Screening im Rahmen von gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen“

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (1/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ADHS-001	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und umfassend hinsichtlich mindestens zwei der folgenden Kriterien beurteilt wurden: - körperliche Gesundheit - Entwicklungsstand - psychische Gesundheit	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	2	5	0
ADHS-002	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/ Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und die umfassend untersucht wurden, einschließlich ihrer Bedürfnisse sowie familiärer, sozialer und schulischer Umstände.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	1	0	6	0
ADHS-003	Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine ausführliche Familienanamnese, Eigenanamnese und biografische Anamnese und körperlich-neurologische Untersuchung durchgeführt und dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (2/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ADHS-004	Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine symptomorientierte Anamnese mittels eines (teil)strukturierten Interviews in Bezug auf mindestens zwei Lebensbereiche dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**8**	1	2	4	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
ADHS-005	Anteil Patienten mit ADHS, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
ADHS-006	Anteil Patienten mit ADHS, deren Ausmaß der Beeinträchtigung durch Informationen aus mindestens zwei Quellen (z.B. Eltern/Sorgeberechtigte und Schule) erfragt wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	1	0	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (3/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ADHS-007	Anteil Patienten mit ADHS, bei denen vor der Behandlung mit Stimulanzien oder Atomoxetin Gewicht, Größe, Herzfrequenz und Blutdruck dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
ADHS-008	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien oder Atomoxetin verordnet bekamen, bei denen mindestens alle 6 Monate Gewicht, Größe, Herzfrequenz und Blutdruck dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	2	5	0
ADHS-009	Anteil Patienten mit ADHS und auffälligen kardiovaskulären Symptomen, Befunden oder Krankenvorgeschichte, die vor Therapieeinleitung mit Stimulanzien an einen Kardiologen überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	5	1
		Machbarkeit	**9**	1	0	5	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (4/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-010	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem klinischen Spezialisten vorstellten und auf körperliche Begleiterkrankungen untersucht wurden.	*Relevanz*	**9**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**7**	2	1	4	0
ADHS-011	Anteil Patienten, die sich mit Symptomen/Anzeichen von ADHS bei einem Spezialisten vorstellten und auf komorbide psychische Störungen untersucht wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	0	1	6	0
ADHS-012	Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine diagnostische Abklärung mittels altersentsprechender, standardisierter, mehrdimensionaler Testverfahren (z.B. BUEVA, BUEGA) erfolgte.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	1	2	4	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (5/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-013	Anteil Patienten mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen eine ADHS-spezifische Fragebogendiagnostik anhand normierter Verfahren, in Bezug auf mindestens zwei unterschiedliche Lebenskontexte durchgeführt und dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**8**	0	2	5	0
ADHS-014	Anteil Patienten ≥ 6 Jahre mit ADHS oder Verdacht auf ADHS, bei denen ein mehrdimensionales Intelligenztestverfahren durchgeführt und dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	1	1	5	0
ADHS-015	Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte oder Lehrer kurz nach Beginn der medikamentösen Behandlung Follow-up-Ratingskalen ausgefüllt haben.	*Relevanz*	**9**	1	0	5	1
		Machbarkeit	**9**	0	2	4	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (6/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-016	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekamen und mindestens 2 Nachuntersuchungen pro Jahr dokumentiert wurden, die eine Besprechung der Medikation, schulischen Fortschritte und des Behandlungsplans umfassten.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**6**	1	3	3	0
ADHS-017	Anteil Patienten mit ADHS und Medikation mit Stimulanzien, bei denen alle 6 Monate mögliche Nebenwirkungen dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**6**	1	3	3	0
ADHS-018	Anteil Patienten mit ADHS, denen Psychotherapie/ psychosoziale Interventionen/ Elterntraining empfohlen und alle 6 Monate eine Verlaufskontrolle der Symptomatik durchgeführt wurde.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**7**	2	1	4	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (7/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-019	Anteil Patienten mit ADHS, die während der Einleitungsphase einer medikamentösen Behandlung innerhalb von 14 Tagen auf Symptomreduktion und mögliche Nebenwirkungen untersucht oder diese erfragt wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**7**	0	3	4	0
ADHS-020	Anteil Patienten mit ADHS und mindestens 5 dokumentierten ICD-10-Kriterien.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**8**	0	1	6	0
ADHS-022	Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, bei denen eine Beratung des extrafamiliären Bezugssystems (Kindergarten/Schule), ggf. mit therapeutischer Intervention in telefonischer oder persönlicher Form durchgeführt und dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**4**	3	1	3	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (8/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-023	Anteil Patienten mit ADHS, bei denen der Bedarf an schulischer Unterstützung und/oder Möglichkeiten der Erziehungshilfe mit den Eltern/Sorgeberechtigten/nahen Bezugspersonen besprochen und dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0
ADHS-024	Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/ Sorgeberechtigte Informationen über die Diagnose und den Behandlungsplan erhielten.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	0	2	5	0
ADHS-025	Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/ Sorgeberechtigte über mögliche unerwünschte Wirkungen einer medikamentösen Behandlung informiert wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (9/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-026	Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, für die eine verhaltenstherapeutische Anleitung der Eltern/Sorgeberechtigten empfohlen und dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**5**	2	3	2	0
ADHS-027	Anteil Patienten mit ADHS, die psychologische, pharmakologische oder pädagogische Interventionen erhielten.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	0	3	4	0
ADHS-028	Anteil Patienten mit ADHS, die eine medikamentöse Behandlung benötigten und zunächst ein Stimulans verschrieben wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	6	1
		Machbarkeit	**9**	0	0	6	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (10/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-029	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verschrieben bekamen trotz kardiologischer Auffälligkeiten oder bekanntem Substanzmissbrauch bei Patient und/oder Eltern. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	*Relevanz*	**9**	1	0	4	2
		Machbarkeit	**7**	1	1	3	2
ADHS-030	Anteil Patienten mit ADHS, die Atomoxetin verschrieben bekamen trotz kardiologischer Auffälligkeiten. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	*Relevanz*	**9**	1	0	4	2
		Machbarkeit	**7**	1	0	4	2
ADHS-032	Anteil Patienten mit ADHS und Tourette-Syndrom oder Tic-Störung, denen bei einer Pharmakotherapie Stimulanzien oder alternativ Atomoxetin oder Guanfacin verordnet wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	5	1
		Machbarkeit	**9**	0	1	5	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (11/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ADHS-033	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekamen, bei denen einmal im Jahr ein Auslassversuch für mindestens 7 Tage dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**8**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**5**	1	3	3	0
ADHS-034	Anteil Patienten mit ADHS ohne psychiatrische Komorbidität oder hoher Impulsivität, denen Antipsychotika (z.B. Risperidon, Aripiprazol oder Quetiapin) verordnet wurden. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	*Relevanz*	**9**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**8**	0	3	4	0
ADHS-035	Anteil Patienten mit ADHS, bei denen Stimulanzien ohne Anzeichen einer Verbesserung nach spätestens 8 Wochen abgesetzt wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**7**	1	2	4	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (12/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-036	Anteil Patienten mit ADHS, die unter Gabe von Stimulanzien unerwünschte Nebenwirkungen entwickeln und die Stimulanzienverordnung beendet wurde.	*Relevanz*	**9**	2	1	4	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0
ADHS-037	Anteil Patienten mit ADHS, die ohne vorangegangene bzw. gleichzeitige psychosoziale Intervention/Psychotherapie medikamentös behandelt wurden. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	*Relevanz*	**9**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**7**	1	2	4	0
ADHS-038	Anteil Patienten < 6 Jahre mit neu gestellter ADHS-Diagnose, denen ein ADHS-spezifisches Unterstützungs-/Strukturierungsangebot empfohlen wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	1	1	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (13/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-039	Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose und SSV, bei denen längerfristige verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbezug der Eltern/Sorgeberechtigten, Familie und Bezugssysteme, ggf. auch Jugendhilfemaßnahmen, Gruppentherapien/ soziales Gruppensetting oder eine institutionelle Betreuung zur Behandlung von Störungen des Sozialverhaltens empfohlen und dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	1	2	4	0
ADHS-040	Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, bei denen eine verhaltenstherapeutische Intervention empfohlen und dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**7**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**6**	2	3	2	0
ADHS-041	Anteil Patienten mit ADHS und Lernstörung, die eine psychoedukative Intervention erhielten.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**6**	2	2	3	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (14/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-043	Anteil Patienten mit ADHS und komorbider Störung, die eine Psychotherapie erhielten und/oder zur psychiatrischen oder psychologischen Beurteilung zu einem Facharzt oder Psychologen überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**5**	3	1	3	0
ADHS-045	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekommen und zuvor einen Zeitplan für Wiedervorstellungen zur Verlaufskontrolle erhielten.	*Relevanz*	**8**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**9**	0	3	4	0
ADHS-046	Anteil Patienten mit neu gestellter ADHS-Diagnose, denen ein individueller Behandlungsplan mit inhaltlich definierten, alltagsrelevanten Therapiezielen ausgestellt und dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**5**	1	3	3	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (15/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ADHS-047	Anteil Patienten mit ADHS, die Stimulanzien verordnet bekommen und mit denen zuvor die Dauer der Behandlung und die Kriterien, die ein Absetzen der Medikation erforderlich machen, erörtert wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	0	3	4	0
ADHS-048	Anteil Patienten mit ADHS, bei denen alle derzeit verordneten Medikamente (auch nicht-ADHS-Medikamente) dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	1	0	6	0
ADHS-049	Anteil Patienten mit ADHS, für die im Arztbrief nach Erstdiagnose an den überweisenden Arzt Therapie- und Interventionsempfehlungen formuliert und dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	0	2	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (16/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ADHS-050	Anteil Patienten mit ADHS und eingeleiteter therapeutischer Maßnahme, bei denen im Anschluss an eine Verlaufskontrolle ein Arztbrief an den überweisenden Arzt versandt wurde.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	1	0	6	0
ADHS-051	Anteil Patienten mit ADHS, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten eingeholt wurde.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	1	0	6	0

QualiPäd – Delphi-Panel „ADHS“

Qualitätsindikatoren –

„nicht angenommen“ | Fehlversorgung, Über-/Unterversorgung

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde „nicht angenommen“ | Fehlversorgung (1/1)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ADHS-031	Anteil Patienten mit ADHS, deren Behandlung mit Stimulanzien von einem Hausarzt begonnen wurde. *(Hinweis auf Fehlversorgung)*	*Relevanz*	**3**	3	1	2	1
		Machbarkeit	**8**	1	2	3	1

ADHS-031

Anteil Patienten mit ADHS, deren Behandlung mit Stimulanzien von einem Hausarzt begonnen wurde.

(Hinweis auf Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Gill P et al., 2014

Hinweise / Anmerkungen:

- „Hausarzt = unklar, da nicht sauber definiert. Hausärztlicher Versorgungsbereich= Allgemeinärzte und Pädiater.; Entsprechend spezialisierte Kinder- und Augenärzte können das genauso, insbesondere solche mit Neuropädiatrie oder mit Psychotherapie.“
- „hausärztliche Grundversorgung nach SGB V? Also einschließlich Kinder- und Jugendärzten?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**3**	3	1	2	1
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	1	2	3	1

QualiPäd – Delphi-Panel „ADHS“

Qualitätsindikatoren –
keine eindeutige Bewertung

ADHS-021

Anteil Patienten mit ADHS, deren Eltern/Sorgeberechtigte an einem ADHS-spezifischen Elterntraining teilgenommen haben.

Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**7**	0	1	6	0
Machbarkeit (Bewertung)	**3**	4	2	1	0

ADHS-042

Anteil Patienten mit ADHS, die Maßnahmen der Jugendhilfe in Anspruch genommen haben.

Indikatorquelle: in Anlehnung an Skrundz M et al., 2015

Hinweise / Anmerkungen:

- „Es ist kein Merkmal besonders guter Behandlung, wenn viele dabei sind, die Maßnahmen der Jugendhilfe bekommen. Wenn es notwendig erscheint, dann sollte es passieren.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**7**	1	2	4	0
Machbarkeit (Bewertung)	**4**	2	3	2	0

ADHS-044

Anteil Patienten mit ADHS, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem generischen oder ADHS-spezifischen Instrument erfasst wurde.

Indikatorquelle: Galloway H, Newman E, 2017

Hinweise / Anmerkungen:

- „Es gibt Alternativen.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**7**	1	2	4	0
Machbarkeit (Bewertung)	**9**	1	2	4	0

Philipps Universität Marburg

QualiPäd

Delphi-Panel - Somatische QI

„Asthma bronchiale“



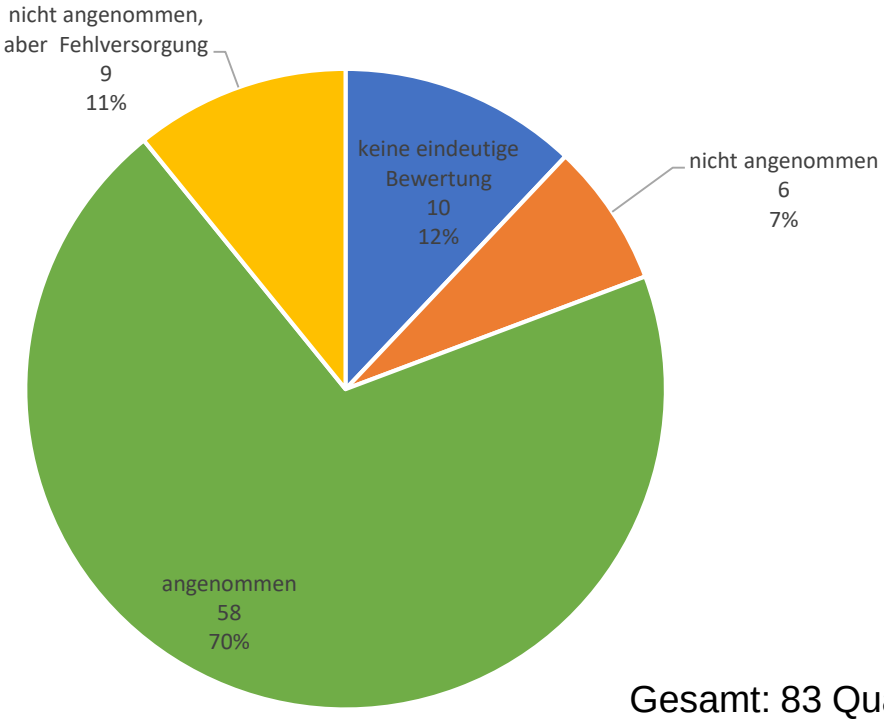
QualiPäd – Delphi-Panel „Asthma bronchiale“

Einführung

Definition „Relevanz“ und „Machbarkeit“

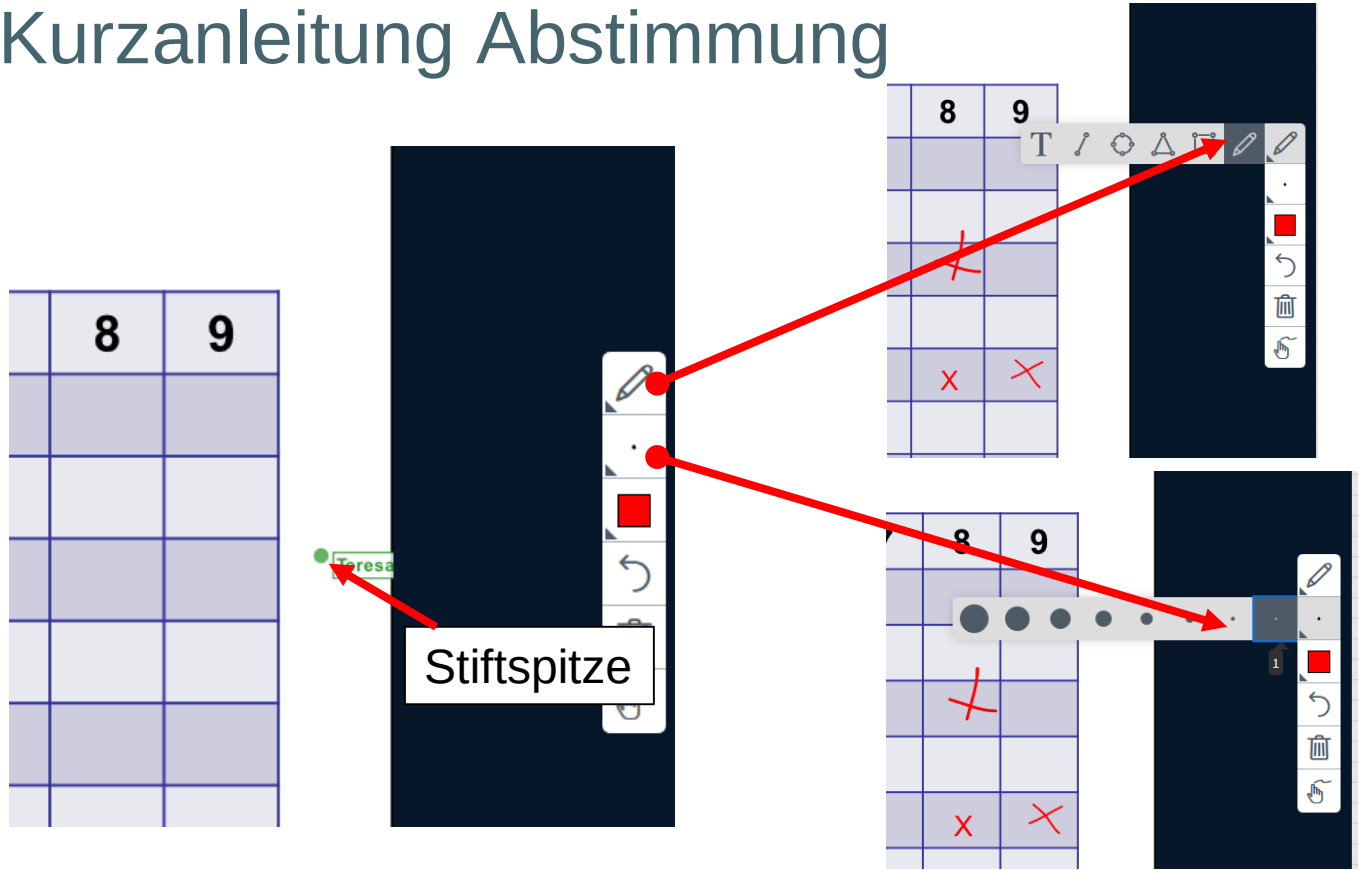
- **Relevanz / „Validität“**
  - Der Qualitätsindikator wird von einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz oder ausreichendem professionellen Konsens unterstützt.
  - Patienten, die so wie vom Qualitätsindikator spezifiziert behandelt werden, erfahren erkennbaren gesundheitlichen Nutzen.
  - Auf der Basis der professionellen Erfahrungen der Panelmitglieder kann konstatiert werden, dass solche Ärzt:innen als hochqualitativ angesehen werden, die signifikant öfter den Qualitätsindikator befolgen.
  - Der Großteil der Faktoren, die die Ausprägung des Qualitätsindikators determinieren, ist durch die Ärzt:innen beeinflussbar.
- **Machbarkeit**
  - Die Informationen, die notwendig sind, um die Ausprägung eines Qualitätsindikators zu messen, sind hochwahrscheinlich in einer typischen Patientenakte aufzufinden.
  - Schätzungen der Ausprägung eines Qualitätsindikators auf der Basis von Patientenaktendaten und darauf beruhenden Routinedaten sind hochwahrscheinlich reliabel und unverzerrt.
  - Das Fehlen der Dokumentation relevanter Daten zum Qualitätsindikator ist ein Zeichen für schlechte Qualität.

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde Übersicht



Gesamt: 83 Qualitätsindikatoren

Kurzanleitung Abstimmung



Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (1/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-001	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Bewusstseinszustand erfasst wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
AB-002	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Pulsfrequenz erfasst wurde.	*Relevanz*	**8**	2	0	5	0
		Machbarkeit	**8**	2	1	4	0
AB-003	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Atemarbeit beurteilt wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (2/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-004	Anteil Asthmapatienten, bei denen Körpergewicht und -größe mindestens einmal jährlich gemessen wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
AB-005	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und deren Sauerstoffpartialdruck (SpO_2-Wert) erfasst wurde.	*Relevanz*	**8**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**8**	1	2	4	0
AB-006	Anteil Asthmapatienten an allen neu diagnostizierten Asthmpatienten und allen Patienten, die im 2-Jahreszeitraum erstmalig Asthmamedikamente veordnet bekamen, bei denen zur Allergiediagnostik das spezifische IgE bestimmt oder ein Prick-Hauttest durchgeführt wurde.	*Relevanz*	**8**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**8**	0	0	7	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (3/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-007	Anteil Asthmapatienten, bei denen im Zeitraum von 3 Monaten vor bis 3 Monaten nach der Diagnosestellung eine Spirometrie und eine weitere objektivierende Untersuchung zur Diagnosesicherung (Messung der Stickstoffmonoxid-Konzentration in der Ausatemluft [FeNO-Werte] oder Reversibilitäts- oder Variabilitätsbestimmung) durchgeführt und dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**8**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**8**	1	0	6	0
AB-008	Anteil Asthmapatienten, bei denen das im Reversibilitätstest ermittelte FEV1/FVC- Verhältnis > 75% beträgt.	*Relevanz*	**9**	0	0	5	2
		Machbarkeit	**9**	0	0	5	2
AB-009	Durchschnittlicher FEV1-Wert aller Asthmapatienten im Reversibilitätstest.	*Relevanz*	**8**	0	1	5	1
		Machbarkeit	**8**	1	0	5	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (4/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-010	Anteil Asthmapatienten mit Schlafstörungen aufgrund des Asthmas.	*Relevanz*	**7**	2	0	5	0
		Machbarkeit	**7**	2	0	5	0
AB-011	Durchschnittliche Anzahl der vom Asthmapatienten selbst angegebenen symptomfreien Tage innerhalb der letzten 4 Wochen, die in der Patientenakte dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**7**	2	1	4	0
		Machbarkeit	**6**	2	3	2	0
AB-012	Anteil Asthmapatienten, die mehr als dreimal wöchentlich kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (SABA) verwenden und keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen.	*Relevanz*	**8**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0
AB-013	Anteil Asthmapatienten, die mehr als dreimal wöchentlich langwirkende Beta-2-Sympathomimetika (LABA) verwenden und keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen.	*Relevanz*	**7**	2	1	4	0
		Machbarkeit	**8**	2	1	4	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (5/16)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
AB-014	Durchschnittliche Häufigkeit der Verwendung eines Notfallsprays in der letzten Woche bei allen Asthmapatienten.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	1	1	5	0
AB-015	Anteil Asthmapatienten ≤ 19 Jahre, bei denen der Raucherstatus (aktiv und/oder passiv) in den vorangegangenen 12 Monaten erfasst wurde.	*Relevanz*	**8**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0
AB-016	Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Asthmakontrollgrad mindestens alle 6 Monate kontrolliert wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
AB-017	Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, bei denen mindestens alle 6 Monate eine medizinische Verlaufskontrolle durchgeführt wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (6/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-019	Anteil Asthmapatienten mit kontrolliertem Asthma.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**8**	1	2	4	0
AB-021	Anteil Asthmapatienten, die binnen 8 Wochen nach dem Beginn einer Therapie mit einem inhalativen Corticosteroid (ICS) oder nach einer Steigerung der Dosierung einen kontrollierten Asthmagrad erreichten.	*Relevanz*	**8**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**8**	2	0	5	0
AB-022	Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Behandlung mindestens alle 6 Monate auf Nebenwirkungen kontrolliert wurde.	*Relevanz*	**8**	0	3	4	0
		Machbarkeit	**8**	1	2	4	0
AB-023	Anteil Asthmapatienten, deren medikamentöse Behandlung regelmäßig hinsichtlich unerwünschter Medikamentennebenwirkungen überprüft wird.	*Relevanz*	**8**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (7/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-024	Anteil Asthmapatienten mit bereits verordneter Asthmamedikation, bei denen vor Beginn einer neuen medikamentösen Therapie die Einhaltung der bestehenden Therapien überprüft wurde.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	1	2	4	0
AB-025	Anteil der Kinder mit Verdachtsymptomen auf ein persistierendes Asthma, die als Therapieversuch Salbutamol, Montelukast oder ein inhalatives Corticosteroid (ICS) erhielten und deren Ansprechen binnen 3 Monaten überprüft wurde.	*Relevanz*	**8**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0
AB-027	Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (8/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-029	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, deren Asthma mit einem niedrig dosierten inhalativen Corticosteroid (ICS) nicht gut eingestellt ist und die eine Langzeittherapie benötigen, denen versuchsweise ein mitteldosiertes inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0
AB-033	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem leichten oder mittlelgradigen Asthmaanfall vorstellten, und denen ein inhalatives Beta-2-Sympathomimetikum mit Spacer verordnet wurde.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
AB-034	Durchschnittliche Anzahl der vom Asthmapatienten selbst angegebenen Tage ohne Einnahme von Beta-2-Sympathomimetika innerhalb der letzten 4 Wochen, die in der Patientenakte dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**7**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**8**	2	0	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (9/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-035	Anteil der Kinder mit Verdachtsymptomen auf ein persistierendes Asthma, die als Therapieversuch Salbutamol, Montelukast oder ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet bekamen.	*Relevanz*	**8**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0
AB-036	Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre mit intermittierendem Asthma, denen ein inhalatives kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	0	0	7	0
AB-038	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit intermittierendem Asthma, denen ein inhalatives kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
AB-040	Anteil Asthmapatienten mit dokumentierten belastungsinduzierten Bronchospasmen, denen ein kurzwirksamer Bronchodilatator zur Anwendung vor körperlicher Belastung verordnet wurde. (Bezugszeitraum: letzte 2 Jahre)	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**8**	1	0	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (10/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-045	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit häufig intermittierendem Asthma, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen ein Leukotrienrezeptorantagonist (LTRA) oder ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.	*Relevanz*	**8**	2	0	5	0
		Machbarkeit	**8**	2	0	5	0
AB-051	Anteil Asthmapatienten mit Verdacht auf schweres Asthma, die an einen Lungenfacharzt oder ein Lungenfachzentrum überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0
AB-052	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit beständig unkontrolliertem Asthma, die die Maximaldosis eines inhalativen Corticosteroids (ICS) benötigen, und die zu einem Spezialisten (pädiatrischen Lungenfacharzt) überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (11/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-053	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, die dauerhaft oder häufig ein systemisches Corticosteroid benötigen, die an einen pädiatrischen Lungenfacharzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**9**	1	0	6	0
AB-054	Anteil Asthmapatienten mit oralen Corticosteroiden als Langzeittherapie, die zu einem Lungenfacharzt überwiesen wurden. (Bezugszeitraum: letzte 2 Jahre)	*Relevanz*	**9**	1	0	5	1
		Machbarkeit	**9**	1	0	5	1
AB-055	Anteil Asthmapatienten, die nach Behandlung eines Asthmaanfalls durch einen Notfalldienst binnen 2 Arbeitstagen von ihrem Hausarzt nachuntersucht wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	6	1
		Machbarkeit	**9**	0	1	5	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (12/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-056	Anteil Patienten < 6 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall in der hausärztlichen / pädiatrischen Primärversorgung vorgestellt und nach 4-6 Hüben eines Beta-2-Sympathomimetikums keine Verbesserung gezeigt haben, die dann notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**8**	0	1	6	0
AB-059	Anteil Asthmapatienten, die darüber informiert wurden, welche Faktoren Asthma verstärken und wie diese vermieden werden können.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
AB-060	Anteil Asthmapatienten, denen eine Asthma-Schulung empfohlen wurde und die an einer Schulung teilgenommen haben.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (13/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-061	Anteil Asthmapatienten mit verordnetem inhalativen Asthmamedikament, die in der Anwendung des Inhalationsgeräts geschult wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
AB-062	Anteil Asthmapatienten mit inhalativer Medikation, deren Inhalationstechnik überprüft wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
AB-063	Anteil Asthmapatienten, die regelmäßig ihre Inhalationstechnik vorführen.	*Relevanz*	**8**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**8**	1	2	4	0
AB-064	Anteil Asthmapatienten, denen mitgeteilt wurde, wie die Medikation vor (Allergen-)Exposition angepasst werden sollte.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0
AB-066	Anteil Asthmapatienten mit einem schriftlichen Selbstmanagementplan.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	2	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (14/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-067	Anteil Asthmapatienten mit einem schriftlichen Verhaltensplan.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**8**	1	2	4	0
AB-069	Anteil Asthmapatienten, bei denen in den letzten 12 Monaten mindestens eine Kontrolluntersuchung dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
AB-070	Anteil Asthmapatienten, deren Dosis und Häufigkeit der inhalativen Medikamente dokumentiert ist.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	2	5	0
AB-071	Anteil Asthmapatienten mit bereits verordneter Asthmamedikation, bei denen vor Beginn einer neuen medikamentösen Therapie die Auslösefaktoren erfasst wurden.	*Relevanz*	**8**	1	2	4	0
		Machbarkeit	**8**	1	2	4	0
AB-072	Anteil Asthmapatienten, bei denen in den letzten 12 Monaten der Erhalt einer Influenza-Impfung dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (15/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-073	Anteil Asthmapatienten, die mit der ärztlichen Empathie zufrieden sind.	*Relevanz*	**8**	1	1	4	1
		Machbarkeit	**6**	2	1	3	1
AB-076	Anteil Asthmapatienten, deren Eltern mit der Asthmabehandlung zufrieden sind.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**5**	2	2	3	0
AB-077	Anteil Asthmapatienten, die zufrieden sind mit den vom Arzt gegebenen Informationen.	*Relevanz*	**8**	0	1	5	1
		Machbarkeit	**6**	2	1	3	1
AB-078	Anteil Asthmapatienten, die zufrieden sind mit der ärztlichen Behandlung.	*Relevanz*	**8**	0	1	5	1
		Machbarkeit	**7**	2	1	3	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (16/16)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
AB-079	Anteil Asthmapatienten, deren erkrankungsspezifische Lebensqualität sich während der Behandlungszeit verbesserte.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**8**	2	1	4	0
AB-080	Anteil Asthmapatienten, die Veränderungen ihrer Asthma-Erkrankung wahrnehmen.	*Relevanz*	**9**	0	0	6	1
		Machbarkeit	**8**	1	1	4	1
AB-081	Anteil Asthmapatienten, deren krankheitsbezogenes Selbstmanagement sich während der Behandlungszeit verbesserte.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0
AB-082	Anteil Asthmapatienten, die an einem Disease-Management-Programm (DMP) teilnehmen.	*Relevanz*	**9**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „nicht angenommen“ (1/2)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
AB-030	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, die dauerhaft oder häufig ein systemisches Corticosteroid benötigen, denen die niedrigst nötige tägliche Corticosteroiddosis als Tablette verordnet wurde.	*Relevanz*	**2**	5	0	1	1
		Machbarkeit	**6**	3	0	3	1
AB-031	Anteil Asthmapatienten mit einem Peak-Flow-Wert < 60%, denen ein orales Corticosteroid verordnet wurde. (Bezugsmesszeitpunkt: aktuellster Wert der letzten 2 Jahre)	*Relevanz*	**2**	3	1	1	2
		Machbarkeit	**5**	1	2	2	2
AB-047	Anteil Asthmapatienten ≥ 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten und auf die erste Behandlung nicht ansprachen, denen dann Ipratropiumbromid inhalativ verordnet wurde.	*Relevanz*	**3**	4	2	1	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „nicht angenommen“ (2/2)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
AB-065	Anteil Asthmapatienten, die noch nie gegen Pneumokokken geimpft wurden.	*Relevanz*	**2**	6	0	1	0
		Machbarkeit	**8**	2	0	5	0
AB-074	Bei Patienten mit Asthma oder Giemen (pfeifende Atemgeräusche) oder Atemnot: Anteil der im primärärztlichen Versorgungssystem erfolgten ungeplanten oder außerhalb der Sprechzeiten (wochenends, abends, nachts, feiertags) erfolgten Patientenbesuche wegen Symptomen, an allen Patientenbesuchen.	*Relevanz*	**3**	4	1	2	0
		Machbarkeit	**5**	2	4	1	0
AB-084	Anteil Asthmapatienten, die in den letzten 6 Monaten wegen Asthmabeschwerden ins Krankenhaus eingewiesen wurden.	*Relevanz*	**3**	4	1	2	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0

QualiPäd – Delphi-Panel „Asthma bronchiale“

Qualitätsindikatoren –

„nicht angenommen“ | Fehlversorgung, Über-/Unterversorgung

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde „nicht angenommen“ | Fehlversorgung (1/3)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
AB-037	Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre mit intermittierendem Asthma, denen ein orales kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.	*Relevanz*	**1**	4	0	2	1
		Machbarkeit	**8**	1	0	5	1
AB-039	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit intermittierendem Asthma, denen ein orales kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.	*Relevanz*	**1**	5	0	1	1
		Machbarkeit	**8**	2	0	4	1
AB-041	Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit häufig intermittierendem Asthma, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen Seretide verordnet wurde.	*Relevanz*	**2**	4	2	1	0
		Machbarkeit	**8**	2	1	4	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde „nicht angenommen“ | Fehlversorgung (2/3)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
AB-042	Anteil Asthmapatienten, die neu auf die Kombination aus einem langwirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA) und einem inhalativen Corticosteroid (ICS) eingestellt wurden, und die in den beiden vorausgehenden Jahren keine Antiasthmatika, auch nicht als Begleitmedikation, verordnet bekamen.	*Relevanz*	**3**	4	0	3	0
		Machbarkeit	**8**	1	0	6	0
AB-043	Anteil Asthmapatienten mit verordnetem langwirkenden Beta-2-Sympathomimetikum (LABA), die in den beiden vorausgehenden Jahren keine inhalativen Corticosteroide (ICS) verordnet bekamen.	*Relevanz*	**3**	4	0	3	0
		Machbarkeit	**9**	1	0	6	0
AB-044	Anteil Asthmapatienten mit einer Dauermedikation, die eine Monotherapie mit langwirkenden Beta-2-Sympathomimetika (LABA) erhalten.	*Relevanz*	**2**	4	1	2	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde „nicht angenommen“ | Fehlversorgung (3/3)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
AB-048	Anteil Asthmapatienten > 2 Jahre, die sich mit einem leichten oder mittlelgradigen Asthmaanfall vorstellten, und denen Theophyllin verordnet wurde.	*Relevanz*	**1**	6	0	1	0
		Machbarkeit	**8**	3	0	4	0
AB-049	Anteil Asthmapatienten > 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und die Antibiotika erhielten, ohne Vorliegen einer weiteren Erkrankung mit Bedarf für eine Antibiotikatherapie.	*Relevanz*	**1**	5	0	2	0
		Machbarkeit	**8**	2	0	5	0
AB-050	Anteil Asthmapatienten, deren Pharmakotherapie (zumeist) nicht indizierte Medikamente enthält unter allen Asthmakranken mit Pharmakotherapie (Expektoranzien, Antitussiva, Barbiturate, NSAR).	*Relevanz*	**1**	5	1	1	0
		Machbarkeit	**8**	2	1	4	0

QualiPäd – Delphi-Panel „Asthma bronchiale“

Qualitätsindikatoren –
keine eindeutige Bewertung

AB-018

Anteil Asthmapatienten, deren Asthmakontrollgrad bei jedem Arztbesuch überprüft wird (Symptomhäufigkeit, nächtliches Erwachen, Häufigkeit der Verwendung von schnellwirkenden Beta-2-Sympathomimetika, Aktivitätsunterbrechungen und Inanspruchnahme der Notfallversorgung).

Indikatorquelle: Cicutto L et al., 2014

Hinweise / Anmerkungen:

- „Man sollte spezifizieren, ob mit Arztbesuch auch Konsultationen aus anderen Gründen gemeint sind, oder nur pneumologische Vorstellungen. Daher wenige Punkte bei Machbarkeit.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**8**	0	2	5	0
Machbarkeit (Bewertung)	**5**	1	3	3	0

Hinweis

Der QI wäre aufgrund Bewertung eindeutig angenommen; der Experten-Hinweis ist aber überaus hilfreich: u.U. wäre es sinnvoll, den QI umzuformulieren, z.B.:

„Anteil Asthmapatienten, deren Asthmakontrollgrad bei jedem planmäßigen Asthmakontrolltermin überprüft wird (…)“

AB-020

Anteil Asthmapatienten mit kontrolliertem Asthma.

Indikatorquelle: GBA, 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	3	1	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	2	1	4	0

AB-026

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren mit beständig unkontrolliertem Asthma, denen ein inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	2	2	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**7**	2	1	4	0

AB-028

Anteil Asthmapatienten im Alter von 5-12 Jahren, deren Asthma mit einem Leukotrienrezeptorantagonisten (LTRA) nicht gut eingestellt ist und die eine Langzeittherapie benötigen, denen versuchsweise ein niedrig dosiertes inhalatives Corticosteroid (ICS) verordnet wurde.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „eine Frage der Adhärenz - QI für Praxis?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	1	3	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**6**	2	2	3	0

AB-032

Anteil Asthmapatienten < 2 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall vorstellten, und denen ein orales Beta-2-Sympathomimetikum verordnet wurde.

(Hinweis auf Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „Nur probatorisch initial für kurze Zeit“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**5**	3	1	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	0	0	7	0

AB-046

Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre, die einer Langzeittherapie bedürfen, denen ein Leukotrienrezeptorantagonist (LTRA) verordnet wurde.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „ohne Kontrolle Unsinn“
- „Monotherapie nur bis 2. LJ“
- „ICS ist die bevorzugte Therapieoption. Soll hier für hohen Anteil LTRA eine geringe Behandlungsqualität abgebildet werden?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**5**	2	2	2	1
Machbarkeit (Bewertung)	**7**	2	1	3	1

AB-057

Anteil der Patienten ≥ 6 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall in der hausärztlichen / pädiatrischen Primärversorgung vorgestellt und nach 8-12 Hüben eines Beta-2-Sympathomimetikums keine Verbesserung gezeigt haben, die dann notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wurden.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „warum hier 8-12 Hübe? vgl. AB-056“
  (*„AB-056: Anteil Patienten < 6 Jahre, die sich mit einem Asthmaanfall in der hausärztlichen / pädiatrischen Primärversorgung vorgestellt und nach 4-6 Hüben eines Beta-2-Sympathomimetikums keine Verbesserung gezeigt haben, die dann notfallmäßig ins Krankenhaus eingewiesen wurden.“)*

	Median	**Häufigkeit 1 bis 3**	**Häufigkeit 4 bis 6**	**Häufigkeit 7 bis 9**	**Häufigkeit 0**
Relevanz (Bewertung)	**6**	3	1	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	0	2	5	0

AB-068

Durchschnittliche Anzahl ungeplanter Praxisbesuche zur Behandlung eines Asthmaanfalls bei Asthmapatienten in den letzten 3 Monaten.

Indikatorquelle: Nguyen KH et al. , 2011

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	3	1	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**7**	0	2	5	0

Hinweis:
vgl. auch AB-083 (zwei Folien weiter):
„**Anteil Asthmapatienten mit notfallmäßigen Behandlungen.“**

AB-075

Anteil Asthmapatienten, die ein Asthmatagebuch führen.

Indikatorquelle: Geraedts M et al., 2002

Hinweise / Anmerkungen:

- „Nur bei Langzeitbehandlung“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	2	2	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	1	2	4	0

AB-083

Anteil Asthmapatienten mit notfallmäßigen Behandlungen.

Indikatorquelle: GBA, 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	3	2	2	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	1	1	5	0

Philipps Universität Marburg

QualiPäd

Delphi-Panel - Psychiatrische QI

„Depression“



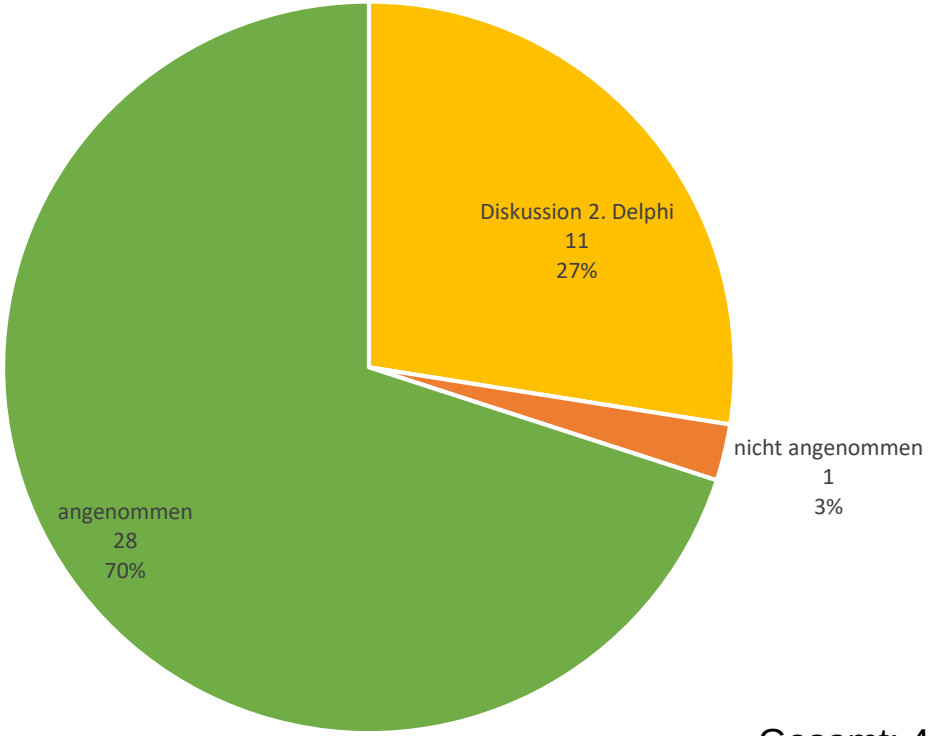
QualiPäd – Delphi-Panel „Depression“

Einführung

Definition „Relevanz“ und „Machbarkeit“

- **Relevanz / „Validität“**
  - Der Qualitätsindikator wird von einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz oder ausreichendem professionellen Konsens unterstützt.
  - Patienten, die so wie vom Qualitätsindikator spezifiziert behandelt werden, erfahren erkennbaren gesundheitlichen Nutzen.
  - Auf der Basis der professionellen Erfahrungen der Panelmitglieder kann konstatiert werden, dass solche Ärzt:innen als hochqualitativ angesehen werden, die signifikant öfter den Qualitätsindikator befolgen.
  - Der Großteil der Faktoren, die die Ausprägung des Qualitätsindikators determinieren, ist durch die Ärzt:innen beeinflussbar.
- **Machbarkeit**
  - Die Informationen, die notwendig sind, um die Ausprägung eines Qualitätsindikators zu messen, sind hochwahrscheinlich in einer typischen Patientenakte aufzufinden.
  - Schätzungen der Ausprägung eines Qualitätsindikators auf der Basis von Patientenaktendaten und darauf beruhenden Routinedaten sind hochwahrscheinlich reliabel und unverzerrt.
  - Das Fehlen der Dokumentation relevanter Daten zum Qualitätsindikator ist ein Zeichen für schlechte Qualität.

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde Übersicht



Gesamt: 40 Qualitätsindikatoren

Allgemeine Hinweise zu Depression

Haben wir bei der Depression wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht auf jeden Fall noch zu berücksichtigen wären?

- „Erreichbarkeit des Versorgers. Sind ggf. kurzfristige Termine trotz vollem Terminplan möglich?“
- „Screening auf Depression bei gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen?“
- „manische Phasen erfragt? (höhere Gefahr im KJP-Bereich sich entwickelnde bipolare Störungen zu übersehen) ; ; Familienanamnese erhoben? (andere psychische Störungen bei Eltern und Geschwister, wichtig für Ätiologie, Behandlungsplanung und DD).; ; unterscheidung von rezidivierenden depressiven Störungen (F33), Erstereignissen (F32) und Dysthymie (F34)“
- „psychische Erkrankung der Eltern“

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (1/9)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
DEPR-001	Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, bei denen das Funktionsniveau bestimmt wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	0	2	5	0
DEPR-003	Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, bei denen ein Ausschluss organischer Ursachen erfolgte.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**7**	0	3	4	0
DEPR-004	Anteil Patienten mit Depression, die auf folgende Begleiterkrankungen untersucht wurden: - Substanzmissbrauch - körperliche Erkrankungen - Angststörungen, Zwangsstörungen	*Relevanz*	**9**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**7**	1	2	4	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (2/9)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
DEPR-005	Anteil Patienten mit Depression, bei denen der Schweregrad entsprechend der ICD-10-Kriterien bestimmt wurde.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**7**	0	3	4	0
DEPR-007	Anteil Patienten mit Depression, bei denen mindestens 5 der ICD-10-Kriterien für eine Depression dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	0	1	6	0
DEPR-008	Anteil Patienten mit Depression, deren Symptomatik bei der Diagnosestellung und während der Behandlung mit einem standardisierten Erhebungsinstrument beurteilt wurde.	*Relevanz*	**7**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**8**	1	2	4	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (3/9)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
DEPR-009	Anteil Patienten mit Depression, bei denen während der ersten 3 Monate nach Diagnosestellung mindestens 3 Kontrolltermine stattfanden.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**8**	2	1	4	0
DEPR-010	Anteil Patienten mit Depression, bei denen bei jedem Kontrolltermin der Grad der Remission und mögliche Nebenwirkungen der antidepressiven Medikation beurteilt und dokumentiert wurden.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	0	2	5	0
DEPR-011	Anteil Patienten mit Depression, die nach Erstvorstellung mindestens für 12 Monate regelmäßige Kontrolltermine (mindestens einmal im Quartal) erhielten.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	0	2	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (4/9)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
DEPR-012	Anteil Patienten mit Depression, bei denen nach unzureichender Wirksamkeit 4-wöchiger medikamentöser bzw. 12-wöchiger psychotherapeutischer Intervention mindestens eine der folgenden Maßnahmen eingeleitet wurde: - Wahl eines anderen Psychotherapieverfahrens - Wahl eines anderen Antidepressivums - Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Antidepressivum - Änderung des Behandlungssettings von ambulant auf tagesklinisch oder stationär Indikatorquelle: in Anlehnung an RAND, 2000	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	1	1	5	0
DEPR-013	Anteil Patienten mit Depression und antidepressiver Medikation, mit denen innerhalb von 2 Wochen nach Behandlungsbeginn ein Kontrolltermin vereinbart wurde.	*Relevanz*	**8**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**8**	2	1	4	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (5/9)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
DEPR-014	Anteil Patienten mit Verdacht auf Depression, die bei Erstvorstellung auf selbstverletzendes Verhalten und/oder Suizidalität untersucht wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**7**	1	2	4	0
DEPR-015	Anteil Patienten mit Depression, bei denen eine klinische Beurteilung des Suizidrisikos bei jedem Kontakt dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**6**	0	4	3	0
DEPR-016	Anteil Patienten mit Depression, die altersgerecht gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten über die Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt wurden.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**7**	1	1	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (6/9)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
DEPR-017	Anteil Patienten mit Depression, die vor der Antidepressiva-Verschreibung gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten über Wirksamkeit, mögliche Nebenwirkungen, die voraussichtliche Behandlungsdauer und Folgen bei eigenmächtig abgesetzter Medikation, informiert wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	0	3	4	0
DEPR-019	Anteil Patienten mit Depression, die zu körperlicher Aktivität beraten oder ermutigt wurden.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**6**	2	4	1	0
DEPR-020	Anteil Patienten mit leichter oder mittelgradiger depressiver Episode, denen spätestens 30 Tage nach Diagnosestellung eine Psychotherapie oder eine antidepressive Medikation mit Fluoxetin angeboten wurde.	*Relevanz*	**8**	0	1	5	0
		Machbarkeit	**5**	2	2	2	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (7/9)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
DEPR-022	Anteil Patienten mit Depression, denen mindestens ein Antidepressivum in der empfohlenen Mindestdosierung verordnet wurde.	*Relevanz*	**7**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**9**	1	1	5	0
DEPR-024	Anteil Patienten mit Depression und 2 Monate anhaltender Symptomfreiheit, denen ein Antidepressivum für die Dauer von mindestens 6 Monaten verschrieben wurde.	*Relevanz*	**7**	0	3	3	1
		Machbarkeit	**6**	0	4	2	1
DEPR-029	Anteil Patienten mit einer leichten Depression, die innerhalb von 6 Wochen nach Diagnosestellung mindestens 2 Termine in Form einer kurzen unterstützenden Beratung (d.h. Problemlösung, Aufklärung, aktives Zuhören) erhielten.	*Relevanz*	**7**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**6**	2	2	3	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (8/9)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
DEPR-030	Anteil Patienten mit schwerer depressiver Episode, denen eine Kombinationstherapie (Psychotherapie und Antidepressivum) angeboten wurde.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	0	2	5	0
DEPR-032	Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 30 Tagen nach der Diagnosestellung ein Wiedervorstellungstermin erhielten.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**8**	1	0	6	0
DEPR-033	Anteil Patienten mit positivem Screening auf Depression oder Erfüllung der ICD-10-Kriterien, die an einen Facharzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**8**	2	0	5	0
		Machbarkeit	**8**	0	2	5	0
DEPR-034	Anteil Patienten mit Depression, deren gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem generischen oder Depressions-spezifischen Instrument erfasst wurde.	*Relevanz*	**7**	0	3	4	0
		Machbarkeit	**7**	1	1	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (9/9)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
DEPR-036	Anteil Patienten mit Depression, deren Gesundheitszustand zu Beginn und am Ende jedes Behandlungsschrittes (z.B. Psychotherapie, medikamentöse Behandlung) dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**8**	0	0	6	1
		Machbarkeit	**8**	1	1	4	1
DEPR-037	Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 12 Monaten einen (oder mehrere) Suizidversuch(e) unternommen haben.	*Relevanz*	**8**	3	0	4	0
		Machbarkeit	**8**	0	2	4	1
DEPR-038	Anteil Patienten mit Depression, bei denen eine Kommunikation zwischen Facharzt und Hausarzt hinsichtlich der Diagnose stattfand.	*Relevanz*	**7**	1	2	4	0
		Machbarkeit	**3**	5	1	1	0
DEPR-040	Anteil Patienten mit Depression, die innerhalb von 12 Monaten nach stationärem Aufenthalt aufgrund einer psychischen Störung Suizid begangen.	*Relevanz*	**8**	1	1	3	2
		Machbarkeit	**3**	3	1	0	3

QualiPäd – Delphi-Panel „Depression“

Qualitätsindikatoren –

„nicht angenommen“ | Fehlversorgung, Über-/Unterversorgung

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „nicht angenommen“

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
DEPR-026	Anteil Patienten mit Depression, denen Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als zwei Wochen verordnet wurden.	*Relevanz*	**1**	7	0	0	0
		Machbarkeit	**1**	5	1	1	0

QualiPäd – Delphi-Panel „Depression“

Qualitätsindikatoren –
keine eindeutige Bewertung

DEPR-002

Anteil Patienten ≥ 12 Jahre mit Depression, die eine sexuelle Funktionsstörung aufweisen.

Indikatorquelle: in Anlehnung an Bernando M et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „Dieser Themenkomplex setzt großes Vertrauen voraus mit vorangegangenen, Vertrauen schaffenden Gesprächen. Sehr zeitintensiv und somit stehen meist leichter zugängliche Themen im Vordergrund“
- „Patientengut erst in der Entwicklung. Sexuelle Aktivität bei Jugendlichen breit gestreut.“
- „wird nur auf Nachfrage angegeben, die häufig nicht erfolgt.; vermutlich leider selten in Patientenakte zu finden. ; wird m.E.n. eher bei medikamentöser Therapie der Depression erfragt, als bei der Grunderkrankung selbst.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	1	3	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**3**	5	2	0	0

DEPR-006

Anteil Patienten mit neu diagnostizierter Depression, deren Symptomatik innerhalb von 8-12 Wochen nach Erstdiagnose erneut mit einem standardisierten Erhebungsinstrument beurteilt wurde.

Indikatorquelle: Lewandowski RE et al., 2013

Hinweise / Anmerkungen:

- „Es muss kein standardisiertes Erhebungsinstrument sein."
- „habe ich noch nie erlebt, dass der BDI oder FBB-Depression so schnell erneut zur Anwendung kam.; setzt ja auch voraus, dass es nach 8-12 Wochen zur ärztlichen re-evaluation gekommen ist (d.h. so schnell wieder Termine vorhanden waren)."

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	0	4	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	0	3	4	0

DEPR-018

Anteil Patienten mit Depression, die eine Aufklärung zu Selbsthilfe- und Angehörigengruppen erhielten.

Indikatorquelle: QISA, 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Betrifft doch eher die Eltern.“
- „gibt es hier Angebote für depressive Jugendliche bzw. deren Angehörigen?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	0	4	2	1
Machbarkeit (Bewertung)	**4**	3	3	0	1

DEPR-021

Anteil Patienten mit Depression, denen für mindestens 60 Tage Antidepressiva verordnet wurden.

Indikatorquelle: Lewandowski RE et al., 2013

Hinweise / Anmerkungen:

- Ungeeignete Präparierung von medikamentöser Behandlung. AD-Therapie als Option, nicht aber als obligater Behandlungsteil!

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**5**	1	3	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	0	2	5	0

DEPR-023

Anteil Patienten mit Depression und antidepressiver Medikation (d.h. alle Antidepressiva außer Fluoxetin bei Kindern ≥ 8 Jahren), deren Eltern/Sorgeberechtigte eine dokumentierte Aufklärung über die Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation erhielten.

Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2013

Hinweise / Anmerkungen:

- „machen wohl die meisten, aber hat kaum relevante Auswirkungen aus meiner Sicht. (ganz seltene Ausnahmen).“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	1	3	2	1
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	0	2	4	1

DEPR-025

Anteil Patienten mit Depression, denen trizyklische Antidepressiva verschrieben wurden.

(Hinweis auf Fehlversorgung)

Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2013

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**8**	2	0	3	2
Machbarkeit (Bewertung)	**9**	0	0	4	3

DEPR-027

Anteil Patienten mit Depression, denen Johanniskraut verschrieben wurde.

(Hinweis auf Fehlversorgung)

Indikatorquelle: in Anlehnung an AWMF S3-LL Behandlung von depressiven Störungen bei Kindern und Jugendlichen, 2013

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**5**	2	2	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	2	0	5	0

DEPR-028

Anteil Patienten mit therapieresistenten schweren depressiven Episoden in ambulanter Behandlung, die innerhalb der letzten 12 Monate über die Möglichkeit zur Elektrokonvulsionstherapie (EKT) informiert wurden.

Indikatorquelle: in Anlehnung an Großimlinghaus I et al., 2013

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**5**	2	2	2	1
Machbarkeit (Bewertung)	**5**	2	2	2	1

DEPR-031

Anteil Patienten mit Depression, bei denen 2 Monate nach Erstdiagnosestellung trotz anhaltender Krankheitssymptomatik keine spezifische Therapie eingeleitet wurde.

(Hinweis auf Fehlversorgung)

Indikatorquelle: in Anlehnung an QISA, 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Gründe müssten hier wohl auch erfragt werden.; liegt ja oft an fehlenden Therapieplätzen oder Wartezeiten in Praxen zur SSRI-Medikation.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	1	3	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**4**	3	2	2	0

DEPR-035

Anteil Patienten mit Depressionen, für die ein gemeinsam mit ihrem Arzt erstellter schriftlicher, individuell abgestimmter Behandlungsplan vorlag.

Indikatorquelle: in Anlehnung an Forsner T et al., 2010

Hinweise / Anmerkungen:

- „das wird i.d.R. max. ein Arztbrief sein, der dann bestenfalls auch an den Patienten (seine Eltern) verschickt wurde, oder?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	0	4	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**4**	3	1	3	0

DEPR-039

Anteil Patienten mit neu diagnostizierter Depression, die innerhalb von 3 Monaten an mindestens 10 Sitzungen von mindestens 30 Minuten Dauer einer Psychotherapie teilgenommen haben.

Indikatorquelle: in Anlehnung an Kramer TL et al., 2003

Hinweise / Anmerkungen:

- „Gibt die tatsächliche Versorgung nicht her. Leider Wartezeiten.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	2	2	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**2**	5	0	2	0

Philipps Universität Marburg

QualiPäd

Delphi-Panel - Psychiatrische QI

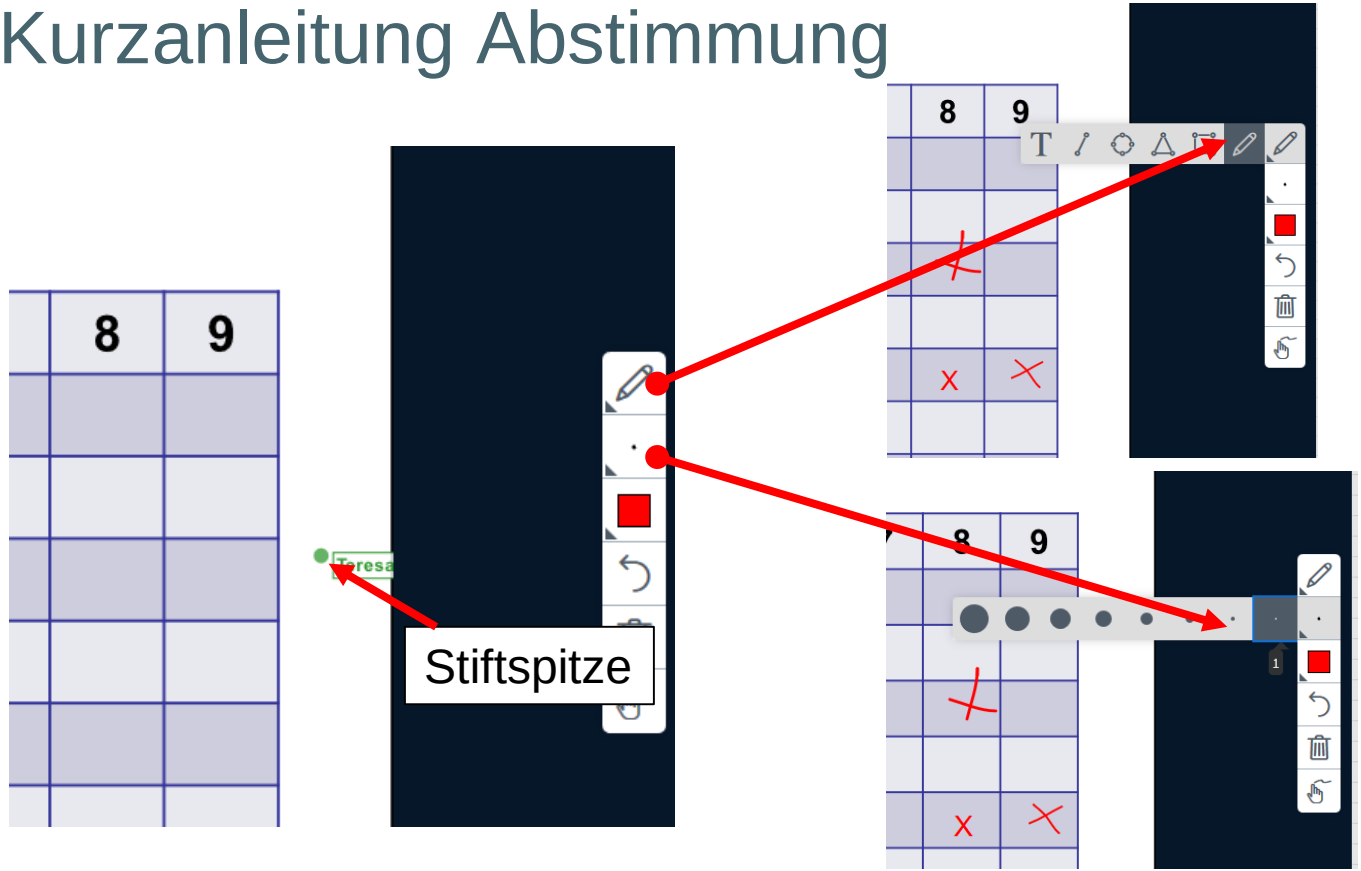
„Störung des Sozialverhaltens (SSV)“



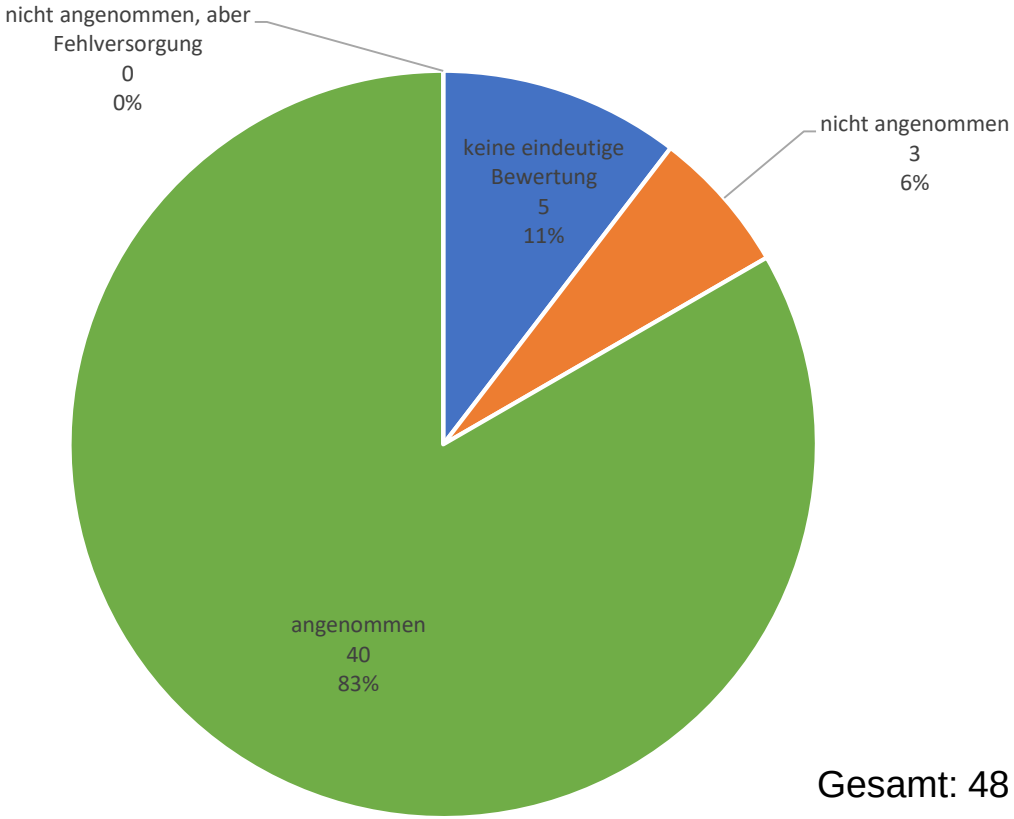
Definition „Relevanz“ und „Machbarkeit“

- **Relevanz / „Validität“**
  - Der Qualitätsindikator wird von einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz oder ausreichendem professionellen Konsens unterstützt.
  - Patienten, die so wie vom Qualitätsindikator spezifiziert behandelt werden, erfahren erkennbaren gesundheitlichen Nutzen.
  - Auf der Basis der professionellen Erfahrungen der Panelmitglieder kann konstatiert werden, dass solche Ärzt:innen als hochqualitativ angesehen werden, die signifikant öfter den Qualitätsindikator befolgen.
  - Der Großteil der Faktoren, die die Ausprägung des Qualitätsindikators determinieren, ist durch die Ärzt:innen beeinflussbar.
- **Machbarkeit**
  - Die Informationen, die notwendig sind, um die Ausprägung eines Qualitätsindikators zu messen, sind hochwahrscheinlich in einer typischen Patientenakte aufzufinden.
  - Schätzungen der Ausprägung eines Qualitätsindikators auf der Basis von Patientenaktendaten und darauf beruhenden Routinedaten sind hochwahrscheinlich reliabel und unverzerrt.
  - Das Fehlen der Dokumentation relevanter Daten zum Qualitätsindikator ist ein Zeichen für schlechte Qualität.

Kurzanleitung Abstimmung



Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde Übersicht



Gesamt: 48 Qualitätsindikatoren

Allgemeine Hinweise zu SSV (1/1)

Haben wir bei der Störung des Sozialverhaltens (SSV) wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht auf jeden Fall noch zu berücksichtigen wären?

- „Patient Opfer von Gewalt?“
- „Screening auf SSV bei gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen“

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „nicht angenommen“ (1/1)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
SSV-031	Anteil Patienten ≥ 12 Jahre mit SSV, die an einem Interventions- und Präventionsprogramm (z.B. START NOW) (Gruppenskills-Training, kombiniert CBT und DBT zur Förderung der Resilienz und Verbesserung der Stress- und Emotionsregulation) teilgenommen haben.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**2**	5	1	1	0
SSV-037	Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte als erste Behandlung an einem evidenzbasierten Elterntrainingsprogramm teilgenommen haben.	*Relevanz*	**8**	1	2	4	0
		Machbarkeit	**3**	4	2	1	0
SSV-038	Anteil Patienten mit SSV, deren Lehrer an einer Intervention für Verhaltenstraining teilgenommen haben.	*Relevanz*	**7**	1	2	4	0
		Machbarkeit	**2**	5	1	0	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (1/12)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
SSV-001	Anteil Patienten mit Verdacht auf SSV, deren Symptomhäufigkeit und mögliche auslösende Faktoren über Fremdanamnese (verschiedene Bezugspersonen) bestimmt wurden.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**6**	1	5	1	0
SSV-002	Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung die primäre Bezugsperson mindestens ein Leitsymptom angab.	*Relevanz*	**8**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**8**	0	1	6	0
SSV-003	Anteil Patienten mit SSV, bei denen mindestens drei der folgenden Aspekte der störungsspezifischen Entwicklungsgeschichte erhoben wurden: - Schwangerschafts- und Geburtsanamnese - frühkindliche Betreuungssituation und -qualität - Meilensteine der Entwicklung: sprachliche, emotionale, motorische und kognitive Entwicklung - Entwicklung im Kindergarten und der Schule/Ausbildung - sexuelle Entwicklung und Beziehungen zu Gleichaltrigen - Freizeitverhalten - Selbstbild des Kindes/Jugendlichen: relative Stärken, Kompetenzen, Interessen und positive Eigenschaften	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**7**	0	1	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (2/12)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
SSV-004	Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine ausführliche Anamnese belastender Lebensereignisse erhoben wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	1	2	4	0
SSV-005	Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine Familienanamnese erhoben wurde.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	1	1	5	0
SSV-006	Anteil Patienten mit SSV und schlechten schulischen Leistungen oder Verhaltensproblemen in der Schule, bei denen Kontakt mit der Schule aufgenommen wurde oder Schulunterlagen angefordert wurden/vorliegen.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**5**	1	4	2	0
SSV-007	Anteil Patienten mit SSV, bei denen dokumentiert ist, ob/inwieweit sich die Störung innerhalb der letzten 12 Monate auf das Verhalten und/oder die Leistung in der Schule ausgewirkt hat.	*Relevanz*	**7**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**6**	0	5	2	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (3/12)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
SSV-008	Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung das Vorliegen mindestens eines psychosozialen Stressors abgeklärt wurde.	*Relevanz*	**9**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**6**	0	4	3	0
SSV-009	Anteil Patienten mit SSV, bei deren erster klinischer Beurteilung das Vorliegen von Risikofaktoren für Suizidalität abgeklärt wurde.	*Relevanz*	**7**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**6**	1	3	3	0
SSV-010	Anteil Patienten mit SSV, bei denen vor einer medikamentösen Behandlung mindestens zwei der folgenden Untersuchungen durchgeführt und dokumentiert wurden: - Messung von Körpergröße und Körpergewicht - Messung von Puls und Blutdruck - Blutuntersuchung mit Bestimmung von Nüchternglukose, Blutfetten und Prolaktin - Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen im Rahmen einer neurologischen Untersuchung - Beurteilung von Ernährungszustand, Ernährungsweise und Grad der körperlichen Aktivität - EKG	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**6**	0	4	3	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (4/12)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
SSV-011	Anteil Patienten mit SSV, bei denen eine Anamnese zur physischen Gesundheit erhoben wurde und die körperlich untersucht wurden.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**5**	1	3	3	0
SSV-012	Anteil Patienten mit Verdacht auf SSV, die eine umfassende kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung erhalten haben.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**6**	0	4	3	0
SSV-013	Anteil Patienten mit SSV, die auf mögliche komorbide Störungen wie ADHS und Angststörungen untersucht wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	0	3	4	0
SSV-014	Anteil Patienten mit SSV, für deren psychiatrische Komorbiditäten (wie ADHS, Angststörungen, Depression) eine Behandlung empfohlen/eingeleitet wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	0	2	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (5/12)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
SSV-015	Anteil Patienten mit SSV, bei denen diagnostische Tests durchgeführt wurden (Beurteilungen von Intelligenz und Lernschwächen, durch Eltern/Lehrer ausgefüllte Bewertungsskalen, emotionale oder verhaltensbezogene Beurteilungen).	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	0	1	6	0
SSV-016	Anteil Patienten mit SSV, deren klinische Symptomatik mit einem standardisierten Instrument (z.B. SDQ-Deu, BSI, Conners Lehrer-Eltern-Fragebogen, CBCL 4-18 Jahre, YSR, SPS-J, SVF-KG, BADO) gemessen wurde.	*Relevanz*	**8**	0	1	5	1
		Machbarkeit	**9**	0	1	5	1
SSV-017	Anteil Patienten mit SSV, bei denen der SSV-Subtyp über den Störungsbeginn (vor oder nach einem Alter von 10 Jahren) bzw. über das Fehlen oder Vorhandensein kaltherzig-gefühlloser Persönlichkeitszüge bestimmt wurde	*Relevanz*	**8**	1	1	4	1
		Machbarkeit	**5**	1	4	1	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (6/12)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
SSV-018	Anteil Patienten mit SSV und mindestens 5 dokumentierten ICD-10-Kriterien.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**5**	0	5	2	0
SSV-019	Anteil Patienten mit SSV, deren Krankheitsschwere anhand der folgenden Kriterien diagnostiziert wurde: ICD-10-Kriterien, Leitsymptome (SSV), Subtypbestimmung, Krankheitsentstehung, Ausschluss SSV-ähnlicher Diagnosen.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**6**	0	4	3	0
SSV-020	Anteil Patienten mit SSV und medikamentöser Behandlung, bei denen mindestens zwei der folgenden Kriterien, insbesondere während der Eindosierung, mindestens zu einem Termin überwacht und dokumentiert wurden: - Beurteilung der Wirksamkeit der Behandlung - Beurteilung im Hinblick auf das Vorliegen von Bewegungsstörungen - Überwachung von Körpergröße und Körpergewicht - Durchführung von Blutkontrollen (einschließlich Bestimmung von nüchtern Glukose, HbA1c, Blutfetten und Prolaktin), - Beurteilung der Medikamentenadhärenz, - Beurteilung der physischen Gesundheit	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (7/12)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
SSV-021	Anteil Patienten mit SSV, bei denen in den letzten 4 Wochen Suizidgedanken bestanden, deren Suizidalität in den darauffolgenden 3 Monaten erneut abgeklärt wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	0	2	5	0
SSV-022	Anteil Patienten mit SSV, bei denen die Gefahr einer Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, denen ein restriktiveres Behandlungssetting empfohlen wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	6	1
		Machbarkeit	**7**	0	2	4	1
SSV-023	Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte über die Diagnose des Kindes aufgeklärt wurden und Informationen darüber erhalten haben.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**6**	1	3	3	0
SSV-024	Anteil Patienten mit SSV und deren Eltern/Sorgeberechtigte, die vor dem Beginn einer medikamentösen Behandlung über deren Nutzen und Risiken aufgeklärt wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	0	0	7	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (8/12)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
SSV-025	Anteil Patienten mit SSV, deren Eltern/Sorgeberechtigte eine Beratung bezüglich folgender Faktoren angeboten wurde: - persönliche, soziale und emotionale Unterstützung - Unterstützung in ihrer Betreuungsrolle, einschließlich Notfallplänen - praktischen Fragen wie Kinderbetreuung, Wohnen und Finanzen sowie Hilfe bei der Beschaffung von Unterstützung	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**7**	0	3	4	0
SSV-026	Anteil Patienten mit SSV und Aggressivität, Autoaggressivität und fehlender Impulskontrolle, die nach unzureichender pädagogischer oder verhaltenstherapeutischer Intervention eine Pharmakotherapie erhalten.	*Relevanz*	**8**	0	0	6	1
		Machbarkeit	**8**	0	2	4	1
SSV-027	Anteil Patienten mit SSV, denen nach unzureichender psychosozialer/ psychotherapeutischer Intervention und bei schwerwiegender Aggressivität mit Wutausbrüchen und ausgeprägter emotionaler Dysregulation, Risperidon als medikamentöse Kurzzeitbehandlung (max. 6 Wochen) verschrieben wurde.	*Relevanz*	**8**	1	1	4	1
		Machbarkeit	**8**	1	1	4	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (9/12)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
SSV-028	Anteil Patienten mit SSV, die Risperidon/ Aripiprazol als Off-Label-Use verordnet bekommen und deren Eltern/Sorgeberechtigte eine dokumentierte Aufklärung über die Verordnung außerhalb der zugelassenen Indikation erhalten haben.	*Relevanz*	**9**	1	0	5	1
		Machbarkeit	**7**	2	1	3	1
SSV-032	Anteil Patienten mit SSV, die eine Verhaltenstherapie (zur Vermittlung von Problemlösestrategien und Techniken zur Impulskontrolle, Erstellung von Verhaltensplänen unter Einsatz von Verstärkern, Erarbeitung einer kognitiven Umstrukturierung) erhalten haben.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**4**	3	2	2	0
SSV-033	Anteil Patienten mit SSV im Alter von 10-18 Jahren, denen eine Überweisung zu einer multimodalen Behandlung mit Einbeziehung der Eltern/Sorgeberechtigten angeboten wurde.	*Relevanz*	**8**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**4**	3	2	2	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (10/12)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
SSV-034	Anteil Patienten mit SSV im Alter von 10 bis 18 Jahren, die Jugendhilfemaßnahmen in Anspruch nehmen.	*Relevanz*	**8**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**5**	2	3	2	0
SSV-035	Anteil Patienten mit SSV, die eine auf ihren Schweregrad abgestimmte individuelle Therapie erhalten haben.	*Relevanz*	**7**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**4**	1	3	3	0
SSV-036	Anteil Kinder mit Verdacht auf SSV, die zur weiteren Diagnostik an einen Spezialisten (z.B. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie) überwiesen wurden.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	1	2	4	0
SSV-039	Anteil Patienten mit SSV, deren generische/gesundheitsbezogene Lebensqualität mit einem standardisierten Instrument (z.B. DISABKID, ULQIE, ILK, KINDL-R) erfasst wurde.	*Relevanz*	**7**	0	3	3	1
		Machbarkeit	**9**	1	1	4	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (11/12)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
SSV-041	Anteil Patienten mit SSV und Insomnie, Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus oder Schlafproblemen.	*Relevanz*	**8**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**5**	2	3	2	0
SSV-042	Anteil Patienten mit SSV, die einen gemeinsam mit ihren Eltern/Sorgeberechtigten oder Betreuungspersonen entwickelten Behandlungsplan besitzen, der neben den Stärken und Ressourcen auch die Bedürfnisse des Kindes und seiner Familie berücksichtigt.	*Relevanz*	**7**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**5**	2	4	1	0
SSV-045	Anteil Patienten mit SSV, bei deren Behandlung die Familie mit eingebunden wurde.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**6**	1	3	3	0
SSV-046	Anteil Patienten mit SSV, bei denen vor Beginn der medikamentösen Behandlung eine schriftliche Einwilligung der Eltern/Sorgeberechtigten eingeholt wurde.	*Relevanz*	**9**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**8**	0	1	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (12/12)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
SSV-047	Anteil Patienten mit SSV, die innerhalb der letzten 12 Monate Hilfen zur Erziehung/Jugendhilfemaßnahmen erhielten oder Kontakt mit Polizei bzw. Justiz hatten.	*Relevanz*	**7**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**5**	1	4	2	0
SSV-048	Anteil Patienten mit SSV, die innerhalb der letzten 12 Monate ärztliche oder andere therapeutische Hilfe in Anspruch genommen haben.	*Relevanz*	**9**	0	1	5	1
		Machbarkeit	**6**	2	2	2	1

QualiPäd – Delphi-Panel „ADHS“

Qualitätsindikatoren –
keine eindeutige Bewertung

SSV-029

Anteil Patienten mit SSV, denen Haloperidol oder Carbamazepin verordnet wurde.
(Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: Gorman DA et al., 2015

Hinweise / Anmerkungen:

- „Spielt das zahlenmäßig eine Rolle?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**5**	3	0	3	1
Machbarkeit (Bewertung)	**9**	2	0	4	1

SSV-030

Anteil Patienten mit SSV, denen Haloperidol oder Carbamazepin verordnet wurde.
(Hinweis auf Fehlversorgung)
Indikatorquelle: Gorman DA et al., 2015

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	3	1	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	2	1	4	0

SSV-040

Anteil Patienten mit SSV, deren Funktionalität (soziale und berufliche Funktionalität, Betätigungsperformanz, Selbtwertgefühl) mit Instrumenten (z.B. SOFAS, COPM, RSES) erfasst wurde.

Indikatorquelle: Winkler R, Piso B, 2014

Hinweise / Anmerkungen:

- „Es gibt Alternativen dazu in Form von freier Exploration.“
- „passiert fast nie“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	0	4	1	2
Machbarkeit (Bewertung)	**4**	3	1	2	1

SSV-043

Anzahl der Krankenhausaufenthalte (egal welche Fachrichtung) bei Patienten mit SSV in den letzten 12 Monaten.

Indikatorquelle: in Anlehnung an Arias AJ et al., 2008

Hinweise / Anmerkungen:

- „Liegt nur zu einem geringen Teil in der Hand des Behandlers.“
- „Bereitschaft der Patienten/Eltern niedrig, Angebot der Kliniken oft nicht passend, Ablehnt ung der Behandlung durchKlinik nichtselten, kaum spezialisierte Angebote in Kliniken“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	3	2	2	0
Machbarkeit (Bewertung)	**7**	1	2	4	0

SSV-044

Anteil Patienten mit SSV, bei denen kulturelle Faktoren bei Diagnose und Behandlung berücksichtigt wurden.

Indikatorquelle: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2006

Hinweise / Anmerkungen:

- „schwer einzuschätzen“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	0	4	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**3**	4	2	1	0

Philipps Universität Marburg

QualiPäd

Delphi-Panel - Somatische QI

„Atopische Dermatitis“



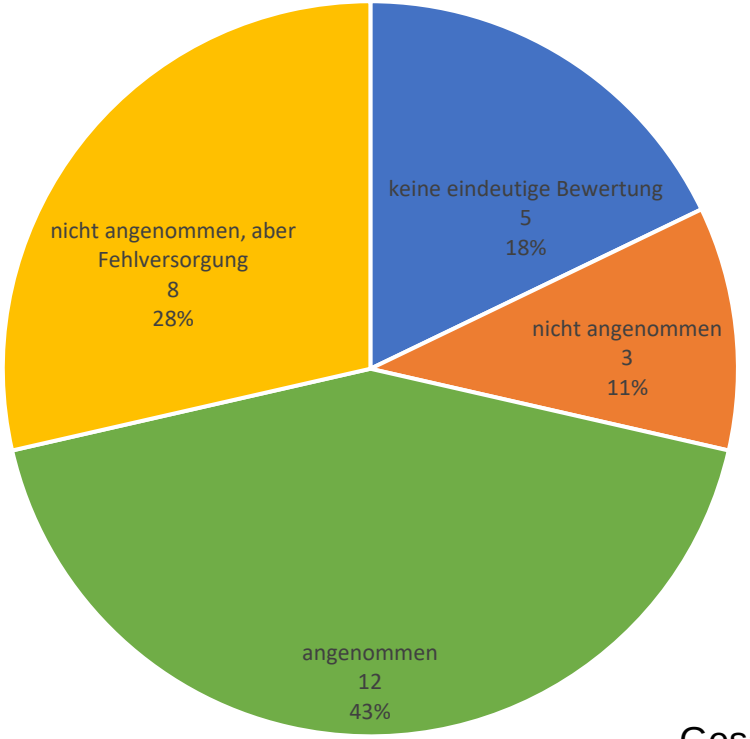
QualiPäd – Delphi-Panel „Atopische Dermatitis“

Einführung

Definition „Relevanz“ und „Machbarkeit“

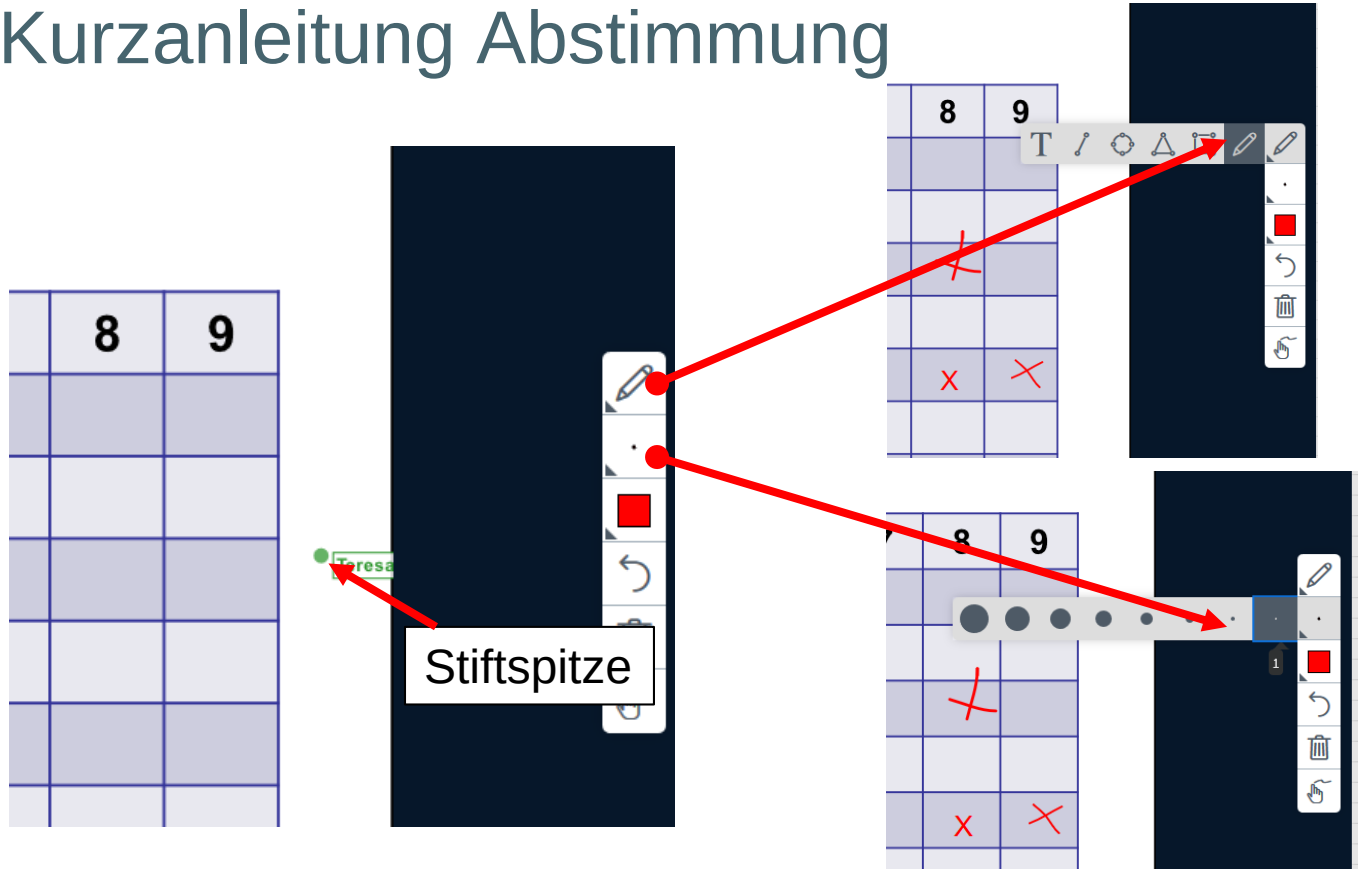
- **Relevanz / „Validität“**
  - Der Qualitätsindikator wird von einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz oder ausreichendem professionellen Konsens unterstützt.
  - Patienten, die so wie vom Qualitätsindikator spezifiziert behandelt werden, erfahren erkennbaren gesundheitlichen Nutzen.
  - Auf der Basis der professionellen Erfahrungen der Panelmitglieder kann konstatiert werden, dass solche Ärzt:innen als hochqualitativ angesehen werden, die signifikant öfter den Qualitätsindikator befolgen.
  - Der Großteil der Faktoren, die die Ausprägung des Qualitätsindikators determinieren, ist durch die Ärzt:innen beeinflussbar.
- **Machbarkeit**
  - Die Informationen, die notwendig sind, um die Ausprägung eines Qualitätsindikators zu messen, sind hochwahrscheinlich in einer typischen Patientenakte aufzufinden.
  - Schätzungen der Ausprägung eines Qualitätsindikators auf der Basis von Patientenaktendaten und darauf beruhenden Routinedaten sind hochwahrscheinlich reliabel und unverzerrt.
  - Das Fehlen der Dokumentation relevanter Daten zum Qualitätsindikator ist ein Zeichen für schlechte Qualität.

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde Übersicht



Gesamt: 28 Qualitätsindikatoren

Kurzanleitung Abstimmung



Allgemeine Hinweise zur Atopischen Dermatitis

Haben wir bei der Neurodermitis wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht auf jeden Fall noch zu berücksichtigen wären?

- „M.E. heben Ihre Fragen sehr auf den älteren Jugendlichen und schwere Verlaufsformen ab. Bei älteren Kindern ist aber die ND eher selten, und auch die schweren Verlaufsfälle sind eher selten. Meist haben wir es in der pädiatrischen Grundversorgung mit leichten bis mittelschweren ND-Formen zu tun, die eine Altersbegrenzung zeigen und in der Regel gut - und meist auch ohne Steroid-Einsatz - behandelt werden können. Die Fälle, die in Ihren Fragen angesprochen werden, gehören m.E. eher in die dermatologische Spezialbehandlung. Ich bin von daher nicht ganz glücklich mit meinen Antworten.“
- „Die Befragung zielt auf ältere chronische Pat. In der KJÄ Praxis besteht der überwiegende Teil aus Säuglingen und Kleinkindern. Die QI sind damit schlecht erfasst.“
- „Problematisch könnte die große Überschneidung mit dem Fachgebiet der Dermatologie sein“
- „Anteil der Patienten, die eine ausführliche Erklärung der Krankheitsursache und der Therapie ggf. sogar anhand von Informationsmaterial durch den Behandler erhalten haben.“

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (1/3)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ND-003	Anteil Neurodermitispatienten, bei denen vor Therapiebeginn mit Azathioprin die Thiopurinmethyltransferase (TPMT) bestimmt wurde.	*Relevanz*	**8**	2	0	3	2
		Machbarkeit	**8**	2	0	3	2
ND-004	Anteil Neurodermitispatienten, die bei Ekzemen ein topisches Glukokortikosteroid verordnet bekommen.	*Relevanz*	**7**	1	2	4	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
ND-009	Anteil Neurodermitispatienten mit Ekzemen im Gesicht, in den Achselhöhlen, in den Leisten oder im Genitalbereich, die topische Calcineurininhibitoren verordnet bekommen.	*Relevanz*	**7**	1	2	3	1
		Machbarkeit	**8**	0	1	5	1
ND-013	Anteil Neurodermitispatienten, die Basistherapeutika verordnet bekommen.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (2/3)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ND-014	Anteil Neurodermitispatienten, denen bei moderaten bis schweren Schüben feuchte Umschläge, lokal oder am ganzen Körper, in Kombination mit topischen Glukokortikosteroiden verordnet werden.	*Relevanz*	**8**	1	2	4	0
		Machbarkeit	**9**	2	0	5	0
ND-015	Anteil Neurodermitispatienten mit schlecht eingestelltem oder therapierefraktärem Ekzem, einschließlich wiederkehrender Infektionen oder Ekzem bedingten psychosozialen Problemen, die zu einem Dermatologen überwiesen wurden.	*Relevanz*	**7**	1	2	4	0
		Machbarkeit	**9**	0	2	5	0
ND-019	Anteil Neurodermitispatienten mit einem individuellen Verhaltensplan.	*Relevanz*	**7**	1	2	4	0
		Machbarkeit	**7**	2	1	4	0
ND-020	Anteil Neurodermitispatienten, deren Schweregrad des Ekzems bei jedem Arztbesuch dokumentiert wird.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**7**	0	3	4	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (3/3)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ND-024	Anteil Neurodermitispatienten, deren Behandlung nach Schweregrad des Ekzems gemäß Stufentherapie erfolgt und die Patientenschulungen erhalten.	*Relevanz*	**8**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**8**	1	0	6	0
ND-026	Anteil Neurodermitispatienten, die Symptome (z.B. Jucken) sowie emotionale und krankheitsbedingte Funktionseinschränkungen aufweisen.	*Relevanz*	**7**	2	1	4	0
		Machbarkeit	**8**	2	1	4	0
ND-027	Anteil Neurodermitispatienten, die sich stigmatisiert fühlen, wenn andere Personen den Zustand der Haut sehen. (erkrankungsspezifische Lebensqualität)	*Relevanz*	**7**	0	2	4	1
		Machbarkeit	**7**	0	2	4	1
ND-028	Anteil Konsultationen von Neurodermitispatienten, in denen ihr psychisches Befinden und ihre Lebensqualität - und das ihrer Familie - besprochen und dokumentiert wurde.	*Relevanz*	**8**	0	2	4	1
		Machbarkeit	**7**	1	2	3	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „nicht angenommen“

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ND-021	Die Praxis kann Phototherapien durchführen.	*Relevanz*	**1**	3	1	1	2
		Machbarkeit	**1**	4	0	1	2
ND-023	Anteil Neurodermitispatienten mit moderaten bis schweren Ekzemen, die eine systemische Therapie erhalten.	*Relevanz*	**3**	4	0	2	1
		Machbarkeit	**4**	3	2	1	1
ND-025	Anteil Neurodermitispatienten, die unter einer Phototherapie Komplikationen (z.B. Verbrennungen) entwickeln.	*Relevanz*	**1**	2	0	1	4
		Machbarkeit	**1**	2	0	1	4

QualiPäd – Delphi-Panel „Atopische Dermatitis “

Qualitätsindikatoren –

„nicht angenommen“ | Fehlversorgung, Über-/Unterversorgung

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde „nicht angenommen“ | Fehlversorgung (1/2)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
ND-001	Anteil Patienten mit Verdachtsdiagnose Neurodermitis, bei denen ein Prick-Test durchgeführt wurde.	*Relevanz*	**4**	3	2	2	0
		Machbarkeit	**6**	2	3	2	0
ND-002	Anteil Patienten mit Verdachtsdiagnose Neurodermitis, bei denen IgE-Antikörper bestimmt wurden.	*Relevanz*	**3**	3	2	0	2
		Machbarkeit	**6**	2	1	3	1
ND-006	Anteil Neurodermitispatienten, die länger als einen Monat mit oralen Glukokortikosteroiden behandelt werden.	*Relevanz*	**2**	5	0	2	0
		Machbarkeit	**7**	3	0	4	0
ND-008	Anteil Neurodermitispatienten, die länger als ein Jahr mit Cyclosporin behandelt werden.	*Relevanz*	**1**	3	0	1	3
		Machbarkeit	**1**	3	0	1	3

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde „nicht angenommen“ | Fehlversorgung (2/2)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
ND-010	Anteil Neurodermitispatienten, die ein orales Antibiotikum ohne eindeutige Anzeichen einer bakteriellen Superinfektion verordnet bekommen.	*Relevanz*	**1**	5	0	1	1
		Machbarkeit	**2**	5	0	1	6
ND-011	Anteil Neurodermitispatienten, die eine topische Therapie mit der Kombination eines Antibiotikums und eines Glukokortikosteroids verordnet bekommen.	*Relevanz*	**3**	6	0	1	0
		Machbarkeit	**5**	2	2	3	0
ND-012	Anteil Neurodermitispatienten, die eine PUVA-Phototherapie verordnet bekommen.	*Relevanz*	**1**	4	2	1	0
		Machbarkeit	**1**	4	0	3	0
ND-018	Anteil aller Mütter, denen zur Vorbeugung einer Neurodermitis beim Baby in der Stillzeit eine Ausschlussdiät empfohlen wurde.	*Relevanz*	**1**	5	1	0	1
		Machbarkeit	**4**	3	0	3	1

ND-001

Anteil Patienten mit Verdachtsdiagnose Neurodermitis, bei denen ein Prick-Test durchgeführt wurde.

(Indikator für Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Atopische Dermatitis bei Kleinkind macht Pricktest, wenn überhaupt möglich doch sehr fragwürdig."
- „Machbarkeit ist dadurch eingeschränkt, dass Prick-tests häufig auch bei Ärzt*innen andere Fachdisziplinen durchgeführt werden"
- „auf erscheinungsfreier Haut kein Problem; Cave Milbe oder andere eigentlich Inhalationsallergene können zur Verschlechterung des Hautbefundes führen."

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	3	2	2	0
Machbarkeit (Bewertung)	**6**	2	3	2	0

ND-002

Anteil Patienten mit Verdachtsdiagnose Neurodermitis, bei denen IgE-Antikörper bestimmt wurden.
(Indikator für Fehlversorgung)
Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Was ist Verdachtsdiagnose Neurodermitis?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**3**	3	2	0	2
Machbarkeit (Bewertung)	**6**	2	1	3	1

ND-006

Anteil Neurodermitispatienten, die länger als einen Monat mit oralen Glukokortikosteroiden behandelt werden.

(Indikator für Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**2**	5	0	2	0
Machbarkeit (Bewertung)	**7**	3	0	4	0

ND-008

Anteil Neurodermitispatienten, die länger als ein Jahr mit Cyclosporin behandelt werden.

(Indikator für Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Ist in d R nur spezifischen Zentren vorbehalten“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**1**	3	0	1	3
Machbarkeit (Bewertung)	**1**	3	0	1	3

ND-010

Anteil Neurodermitispatienten, die ein orales Antibiotikum ohne eindeutige Anzeichen einer bakteriellen Superinfektion verordnet bekommen.

(Indikator für Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**1**	5	0	1	1
Machbarkeit (Bewertung)	**2**	5	0	1	1

ND-011

Anteil Neurodermitispatienten, die eine topische Therapie mit der Kombination eines Antibiotikums und eines Glukokortikosteroids verordnet bekommen.

(Indikator für Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**3**	6	0	1	0
Machbarkeit (Bewertung)	**5**	2	2	3	0

ND-012

Anteil Neurodermitispatienten, die eine PUVA-Phototherapie verordnet bekommen.

(Indikator für Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- praktisch nie in der Kinder- und Jugendarztpraxis

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**1**	4	2	1	0
Machbarkeit (Bewertung)	**1**	4	0	3	0

ND-018

Anteil aller Mütter, denen zur Vorbeugung einer Neurodermitis beim Baby in der Stillzeit eine Ausschlussdiät empfohlen wurde.

(Indikator für Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- völliger Unsinn

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**1**	5	1	0	1
Machbarkeit (Bewertung)	**4**	3	0	3	1

QualiPäd – Delphi-Panel „Atopische Dermatitis“

Qualitätsindikatoren –
keine eindeutige Bewertung

ND-005

Anteil Neurodermitispatienten mit Ekzemen im Gesicht, in den Achselhöhlen oder in den Leisten, die hochpotente Glukokortikosteoride (Klasse IV) verordnet bekommen.

(Indikator für Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „evtl. besser Calcineurininhibitoren?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	3	1	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**7**	1	1	5	0

ND-007

Anteil Neurodermitispatienten, mit moderaten bis schwer ausgeprägten Ekzemen, die nach Behandlungsende des Schubs über mindestens einen Monat an 2 Tagen pro Woche topische Glukokortikosteroide oder topische Calcineurininhibitoren verordnet bekommen.

Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	1	3	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	0	3	4	0

ND-016

Anteil Neurodermitispatienten mit moderaten oder schweren Ekzemen, die durch eine optimale Behandlung nicht einstellbar sind, und die zur fachärztlichen Untersuchung auf mögliche Nahrungsmittel- und andere Allergien überwiesen wurden.

Indikatorquelle: NICE, 2013

Hinweise / Anmerkungen:

- „In der Regel führen wir nahrungsmittelallergische Untersuchungen selbst durch (Ü zu entsprechenden Fachlaboren). Prick-Testungen < 5 Jahre sind schwierig durchzuführen. Wir ziehen die Dermatologen dann zu Rate, wenn die Verläufe schwer und kaum behandelbar sind bzw. Compliance-Probleme auftreten. Gottseidank sind diese Fälle bei uns sehr selten und eher ein Problem der Fachabteilungen. ; Die Frage ist für mich nicht zu beantworten, weil wir die nahrungsmittelallergischen Untersuchungen selbst ansetzen und deshalb nicht überweisen.“
- „Ebenso zu einem pädiatrischen Dermatologen“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**5**	0	3	2	2
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	0	1	4	2

ND-017

Anteil Neurodermitispatienten mit Verdacht auf Eczema herpeticatum, die sofort mit systemischem Aciclovir behandelt und am selben Tag an einen Dermatologen überwiesen wurden.

Indikatorquelle: NICE, 2013

Hinweise / Anmerkungen:

- „Gottseidank ebenfalls selten, aber wenn sollte unverzüglich behandelt werden. Nur übernehmen wir die Behandlung in der Regel selbst und überweisen nur in sehr seltenen Ausnahmefällen, dann aber in die Klinik.“
- „Je nach Alter in eine Kinder Klinik eingewiesen werden“
- „Die Einweisung in eine Kinderklinik wäre in diesem Fall eher das Qualitätskriterium“
- „extrem selten“
- „Die Überweisung zum Dermatologen vom GP zum Dermatologen mag für das UK gelten, aber nicht in Deutschland.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**5**	1	2	2	2
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	0	2	3	2

ND-022

Die Praxis bietet Neurodermitispatienten bzw. deren Eltern mindestens zweimal im Jahr ein Schulungsprogramm an.

Indikatorquelle: Poveda-Montoyo I et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Die Erläuterung der Therapie wird bei jeder Vorstellung durchgeführt“
- „Das wäre unheimlich sinnvoll, aber nicht bei leichten Schweregraden. Voraussetzung ist hier unbedingt eine gesicherte Finanzierung durch die Kostenträger (im Augenblick nicht gegeben).“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**7**	0	2	3	2
Machbarkeit (Bewertung)	**3**	3	1	1	2

Philipps Universität Marburg

QualiPäd

Delphi-Panel - Somatische QI

„Otitis media“



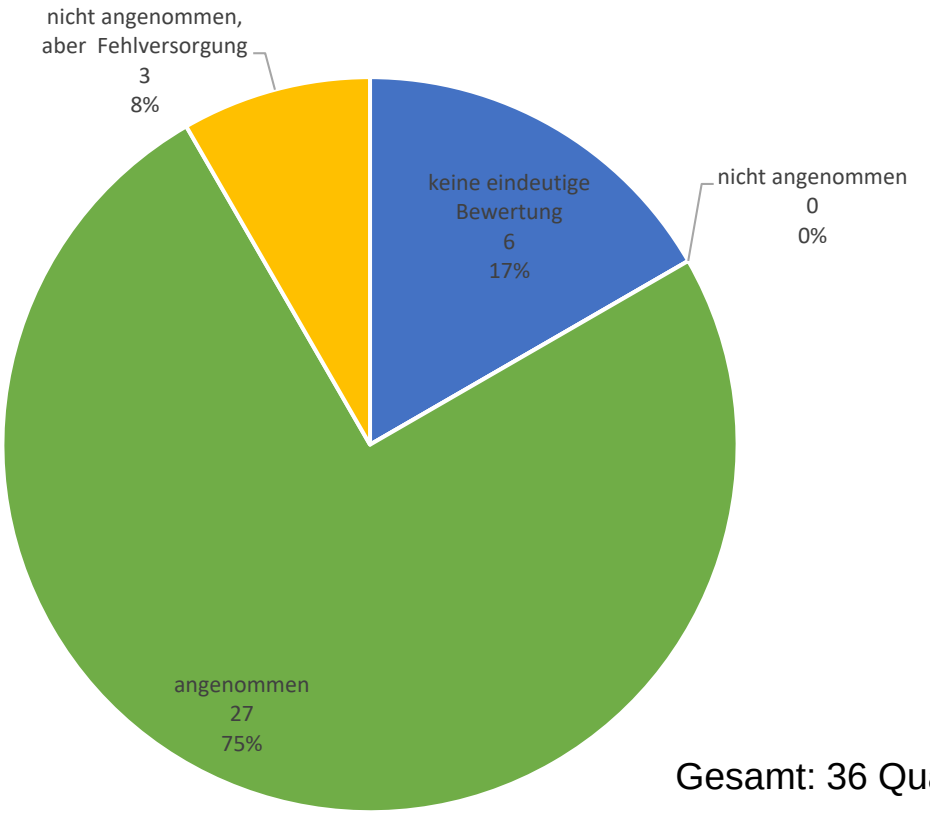
QualiPäd – Delphi-Panel „Otitis media“

Einführung

Definition „Relevanz“ und „Machbarkeit“

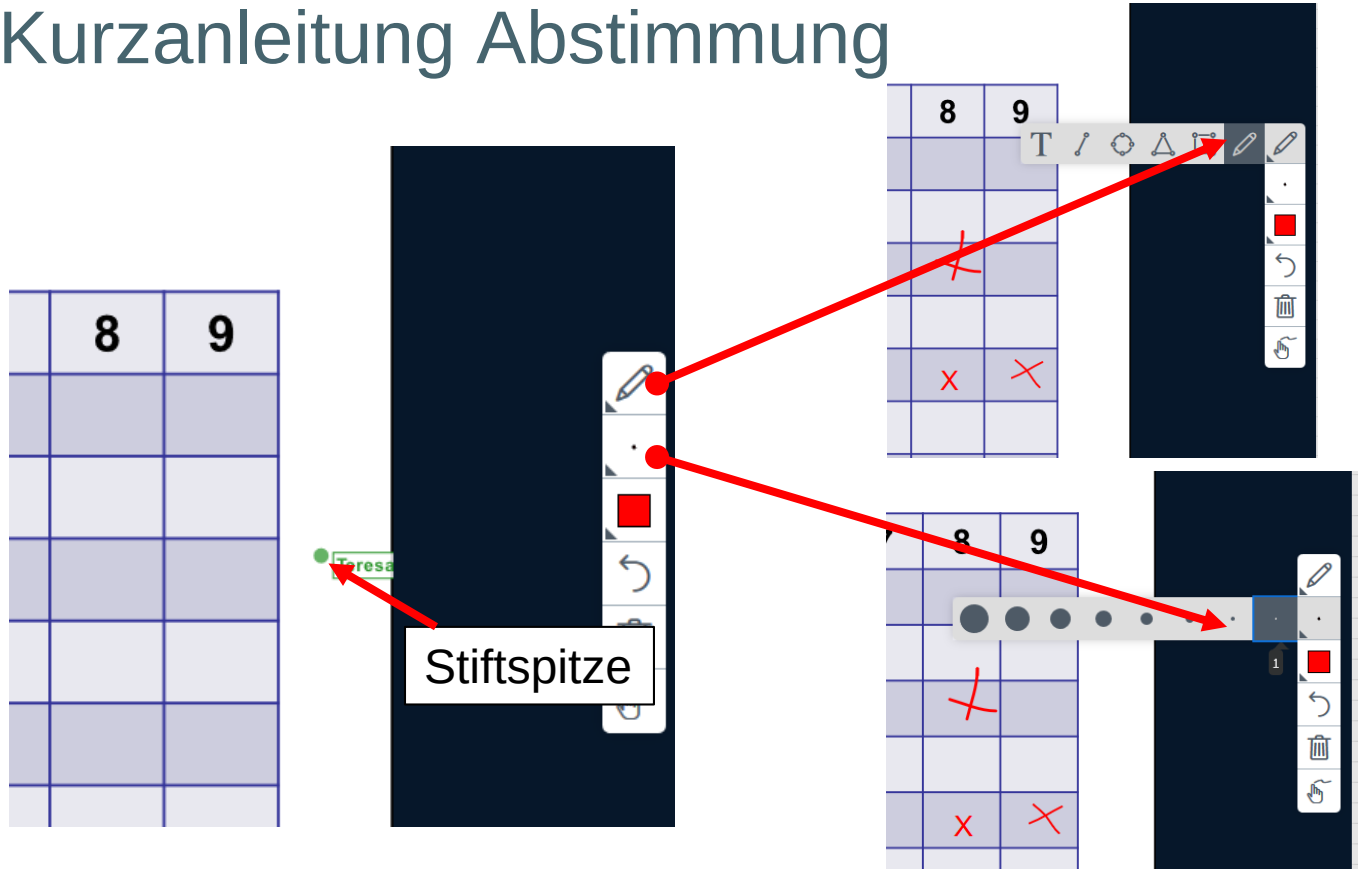
- **Relevanz / „Validität“**
  - Der Qualitätsindikator wird von einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz oder ausreichendem professionellen Konsens unterstützt.
  - Patienten, die so wie vom Qualitätsindikator spezifiziert behandelt werden, erfahren erkennbaren gesundheitlichen Nutzen.
  - Auf der Basis der professionellen Erfahrungen der Panelmitglieder kann konstatiert werden, dass solche Ärzt:innen als hochqualitativ angesehen werden, die signifikant öfter den Qualitätsindikator befolgen.
  - Der Großteil der Faktoren, die die Ausprägung des Qualitätsindikators determinieren, ist durch die Ärzt:innen beeinflussbar.
- **Machbarkeit**
  - Die Informationen, die notwendig sind, um die Ausprägung eines Qualitätsindikators zu messen, sind hochwahrscheinlich in einer typischen Patientenakte aufzufinden.
  - Schätzungen der Ausprägung eines Qualitätsindikators auf der Basis von Patientenaktendaten und darauf beruhenden Routinedaten sind hochwahrscheinlich reliabel und unverzerrt.
  - Das Fehlen der Dokumentation relevanter Daten zum Qualitätsindikator ist ein Zeichen für schlechte Qualität.

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde Übersicht



Gesamt: 36 Qualitätsindikatoren

Kurzanleitung Abstimmung



Allgemeine Hinweise zu Otitis media

Haben wir bei Otitis media wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht auf jeden Fall noch zu berücksichtigen wären?

- „Dokumentation von Mundatmung, aktuell und anamnestisch, Schnarchen.; ; Ich kann, weil gelernt, auch die Größe der Adenoide tasten, trau mich auch und wurde in 30 Jahren nie gebissen!“

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (1/8)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
OM-001	Anteil Patienten mit akuter Otitis media, die auf alle drei klinischen Kriterien einer akuten Otitis media (akuter Beginn, Mittelohrerguss, Mittelohrentzündung) untersucht wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
OM-002	Anteil Patienten im Alter von 2 Monaten-12 Jahren mit Otitis media und Ergussbildung, denen keine systemischen Corticosteroide verordnet wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	1	0	6	0
OM-003	Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, denen systemische Analgetika (Paracetamol oder Ibuprofen) verordnet wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
OM-005	Anteil Patienten im Alter von 2 Monaten-12 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung, denen weder Antihistaminika noch abschwellende Mittel verordnet oder empfohlen wurden.	*Relevanz*	**7**	1	2	4	0
		Machbarkeit	**8**	1	1	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (2/8)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
OM-006	Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, deren Symptome nach 24-48 Stunden unverändert blieben oder sich verschlimmerten, und denen dann Antibiotika verordnet wurden.	*Relevanz*	**8**	1	0	5	1
		Machbarkeit	**9**	0	1	5	1
OM-008	Anteil Patienten < 6 Monate mit akuter Otitis media, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.	*Relevanz*	**7**	2	1	4	0
		Machbarkeit	**5**	2	3	2	0
OM-009	Anteil Patienten ≥ 6 Monate mit schwer ausgeprägten Symptomen, schlechtem Allgemeinbefinden, einer sicheren akuten Otitis media Diagnose oder einer beidseitigen akuten Otitis media, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.	*Relevanz*	**7**	1	1	4	1
		Machbarkeit	**8**	1	0	5	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (3/8)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
OM-010	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und schwer ausgeprägten Symptomen (mäßige oder schwere Otalgie, Otalgie über mindestens 48 Stunden oder einer Körpertemperatur von 39 Grad Celsius oder höher), denen ein Antibiotikum verordnet wurde.	*Relevanz*	**9**	1	1	5	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
OM-011	Anteil Patienten mit akuter Otitis media, denen nach mehr als 24-48 Stunden beeinträchtigender Beschwerdesymptomatik ein Antibiotikum verordnet wurde.	*Relevanz*	**7**	0	2	5	0
		Machbarkeit	**8**	0	1	5	1
OM-012	Anteil Patienten mit akuter Otitis media ohne Abklingen der Entzündungszeichen binnen 48 Stunden, denen dann ein Antibiotikum verordnet wurde.	*Relevanz*	**8**	0	2	4	1
		Machbarkeit	**8**	0	1	5	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (4/8)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
OM-013	Anteil Patienten mit akuter Otitis media, denen eines der folgenden Antibiotika verordnet wurde: Amoxicillin 45 mg/kg/Tag über 5 Tage oder, bei Vorliegen einer Penicillinallergie, Roxithromycin 2,5 mg/kg (max. 150 mg) oral 12-stündlich für 5 Tage oder Cefaclor 10 mg/kg bis zu 250 mg oral 8-stündlich für 5 Tage.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	1	0	6	0
OM-015	Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, mit denen eine Verlaufskontrolle nach 48 Stunden vereinbart wurde.	*Relevanz*	**8**	0	3	4	0
		Machbarkeit	**9**	1	0	6	0
OM-016	Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung, die nach 3 Monaten nachuntersucht wurden.	*Relevanz*	**7**	2	1	4	0
		Machbarkeit	**8**	2	1	4	0
OM-018	Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung und einer Hörminderung von weniger als 25 dB, die zur Verlaufskontrolle alle 3 Monate untersucht wurden.	*Relevanz*	**9**	2	0	4	1
		Machbarkeit	**9**	2	0	4	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (5/8)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
OM-020	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Patienten mit chronischer Otitis media, bei denen Sprach- und allgemeine Entwicklungverzögerungen bestehen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0
OM-021	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und bestehenden Fehlbildungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
OM-022	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und einem länger als 3 Monate andauernden Erguss mit beidseitiger Hörminderung (größer als 20 dB), die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	0	0	7	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
OM-023	Anteil Patienten mit mehr als 4 symptomatischen akuten Otitis media Rezidiven in 6 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**8**	2	1	4	0
		Machbarkeit	**9**	1	0	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (6/8)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
OM-024	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Cholesteatom, Mastoiditis oder Fazialisparese, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
OM-025	Anteil Patienten mit akuter Otitis media und chronischer Trommelfellperforation und die nach 3 Monaten nicht auf die Behandlung ansprachen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
OM-027	Anteil Patienten ≥ 3 Jahre mit persistierender beidseitiger Otitis media mit Ergussbildung, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
OM-028	Anteil Patienten ≥ 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung mit Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensproblemen, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	1	6	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (7/8)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
OM-029	Anteil Patienten mit länger als 3 Monate andauernder Otitis media mit Ergussbildung und Anzeichen für eine Hörminderung, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	0	1	6	0
		Machbarkeit	**9**	0	0	7	0
OM-030	Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und mindestens 3 Episoden einer akuten Otitis media binnen 6 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	2	0	5	0
		Machbarkeit	**8**	2	0	5	0
OM-031	Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und mindestens 4 Episoden einer akuten Otitis media binnen 12 Monaten, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	2	0	5	0
		Machbarkeit	**8**	2	0	5	0

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“ (8/8)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
OM-035	Anteil der Patienten mit akuter Otitis media und Antibiotikaverordnung (bzw. deren Eltern), die über den natürlichen Verlauf der Erkrankung einschließlich der durchschnittlichen Krankheitsdauer (bei akuter Otitis media 4 Tage) aufgeklärt wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	5	1
		Machbarkeit	**9**	1	1	4	1
OM-036	Anteil Patienten mit Otitis media mit Ergussbildung und anhaltenden Symptomen, die zur Audiometrie überwiesen wurden.	*Relevanz*	**9**	1	0	5	1
		Machbarkeit	**9**	1	0	5	1

QualiPäd – Delphi-Panel „Otitis media“

Qualitätsindikatoren –

„nicht angenommen“ | Fehlversorgung, Über-/Unterversorgung

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde „nicht angenommen“ | Fehlversorgung

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
OM-007	Anteil Patienten ≥ 12 Monate mit akuter Otitis media mit leichtem Unwohlsein, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.	*Relevanz*	**3**	4	1	2	0
		Machbarkeit	**7**	2	1	4	0
OM-014	Anteil Patienten im Alter von 1-3 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung und einem ansonsten guten Gesundheitszustand, bei denen in der initialen Behandlungsphase (bis zu 12 Wochen) eine Myringotomie mit oder ohne Einlage eines Paukenröhrchens durchgeführt wurde.	*Relevanz*	**1**	4	0	2	1
		Machbarkeit	**4**	3	0	3	1
OM-034	Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung ohne Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensprobleme, die zu einer Operation überwiesen wurden.	*Relevanz*	**4**	3	3	1	0
		Machbarkeit	**7**	2	1	4	0

OM-007

Anteil Patienten ≥ 12 Monate mit akuter Otitis media mit leichtem Unwohlsein, denen ein Antibiotikum verordnet wurde.

(Hinweis auf Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**3**	4	1	2	0
Machbarkeit (Bewertung)	**7**	2	1	4	0

OM-014

Anteil Patienten im Alter von 1-3 Jahren mit Otitis media mit Ergussbildung und einem ansonsten guten Gesundheitszustand, bei denen in der initialen Behandlungsphase (bis zu 12 Wochen) eine Myringotomie mit oder ohne Einlage eines Paukenröhrchens durchgeführt wurde.

(Hinweis auf Fehlversorgung)

Indikatorquelle: RAND, 2000

Hinweise / Anmerkungen:

- „Als ob der HNO Arzt auf Verlangen reagiert“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**1**	4	0	2	1
Machbarkeit (Bewertung)	**4**	3	0	3	1

OM-034

Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung ohne Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensprobleme, die zu einer Operation überwiesen wurden.

(Hinweis auf Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „Abwarten, nasale topische Steroide?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	3	3	1	0
Machbarkeit (Bewertung)	**7**	2	1	4	0

QualiPäd – Delphi-Panel „Otitis media“

Qualitätsindikatoren –
keine eindeutige Bewertung

OM-004

Anteil Patienten mit akuter Otitis media, die Antibiotika benötigten, und mit anamnestisch wiederholten Amoxizillin-refraktären akuten Mittelohrentzündungen ODER mit gleichzeitiger eitriger Konjunktivitis ODER mit einer Amoxizillingabe in den letzten 30 Tagen, denen Clavulansäure als Beta-Lactamase Inhibitor verordnet wurde.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- Dieser Qualitätsindikator ist mir nicht klar. Das betrifft sowohl die Komponenten 1-4, als auch deren Verknüpfung mit ODER. 1.) Anteil mit Antibiotikum behandelt kann Qualitätsindikator sein. 2.) anamnestisch wiederholten Amoxicillinrefraktären.... Soll das abzielen auf zu häufigen Antibiotikagebrauch durch den betreffenden Arzt? Das wäre zwar theoretisch als Qualitätsindikator denkbar, ist jedoch aufwändig und vermutlich wenig sensitiv. 3.) mit gleichzeitiger eitriger Konjunktivitis... Inwiefern soll das ein Qualitätsindikator sein? 4.) Nach Amoxicillin Verordnung von Betalactamaseinhibitor: Dabei handelt es sich um Einzelfälle (--> niedrige Sensitivität) und die Aussage bezüglich Qualität ist aus meiner Sicht nicht gegeben.

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**1**	5	0	2	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	1	2	4	0

OM-017

Anteil Patienten < 3 Jahre mit beidseitiger persistierender Otitis media mit Ergussbildung, die zur Verlaufskontrolle alle 3 Monate untersucht wurden.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „dennoch falsch, weil hier Adenotomie über HNO zu entscheiden ist“
- „eher selten, aber sicher nötig (Hörtest)“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	2	2	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	2	1	4	0

OM-019

Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung ohne Sprech-, Sprachentwicklungs- oder Verhaltensprobleme, die zur Verlaufskontrolle alle 3 Monate untersucht wurden.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „ohne Allergische Diagnostik, ohne DD AT, immer nur nachuntersuchen, egal welcher Befund“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	3	1	2	1
Machbarkeit (Bewertung)	**7**	2	1	3	1

OM-026

Anteil Patienten mit akuter Otitis media und Immunsuppression, die an einen HNO-Arzt überwiesen wurden.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „In Kinderklinik“
- „Was hat ein HNO mit Immunsuppression zu tun? Geht das nicht den Immunologen an?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	2	1	3	1
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	2	0	4	1

OM-032

Anteil Patienten < 3 Jahre mit beidseitiger persistierender Otitis media mit Ergussbildung, die zu einer Operation überwiesen wurden.

(Hinweis auf Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „Die Überweisung zur OP findet häufig nicht mehr durch den Pädiater statt, daher eher kein geeignetes Qualitätskriterium“
- „vor allem bei gleichzeitiger Hörminderung“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	2	2	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	2	1	4	0

OM-033

Anteil Patienten < 3 Jahre mit Otitis media mit Ergussbildung und einer Hörminderung von weniger als 25 dB, die zu einer Operation überwiesen wurden.

(Hinweis auf Fehlversorgung)

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „wie soll denn die Hörminderung bei einem/r < 3-Jährigen in der Grundversorgung festgestellt werden?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	2	2	2	0
Machbarkeit (Bewertung)	**6**	2	1	3	0

Philipps Universität Marburg

QualiPäd

Delphi-Panel - Somatische QI

„Tonsillitis“



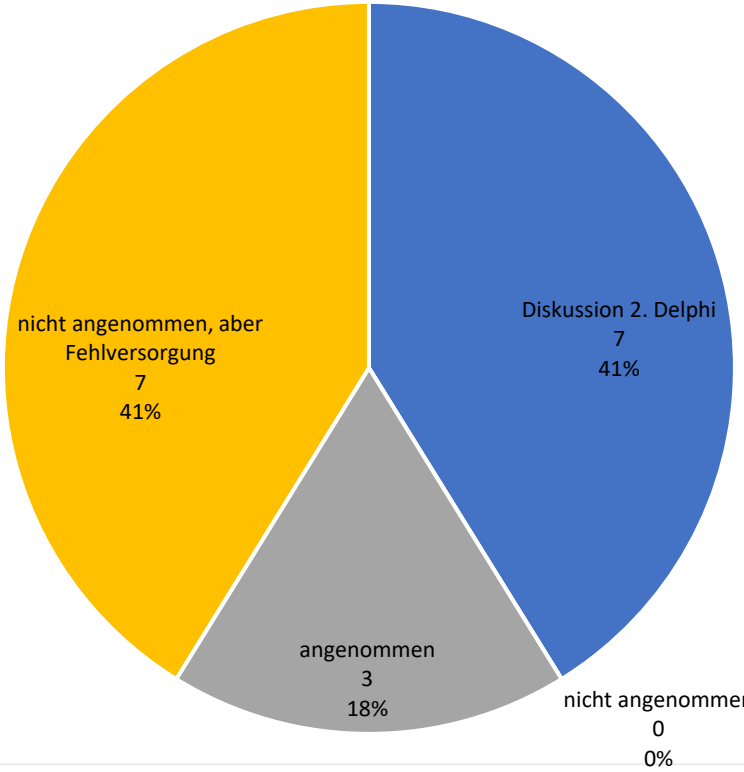
QualiPäd – Delphi-Panel „Tonsillitis“

Einführung

Definition „Relevanz“ und „Machbarkeit“

- **Relevanz / „Validität“**
  - Der Qualitätsindikator wird von einer ausreichenden wissenschaftlichen Evidenz oder ausreichendem professionellen Konsens unterstützt.
  - Patienten, die so wie vom Qualitätsindikator spezifiziert behandelt werden, erfahren erkennbaren gesundheitlichen Nutzen.
  - Auf der Basis der professionellen Erfahrungen der Panelmitglieder kann konstatiert werden, dass solche Ärzt:innen als hochqualitativ angesehen werden, die signifikant öfter den Qualitätsindikator befolgen.
  - Der Großteil der Faktoren, die die Ausprägung des Qualitätsindikators determinieren, ist durch die Ärzt:innen beeinflussbar.
- **Machbarkeit**
  - Die Informationen, die notwendig sind, um die Ausprägung eines Qualitätsindikators zu messen, sind hochwahrscheinlich in einer typischen Patientenakte aufzufinden.
  - Schätzungen der Ausprägung eines Qualitätsindikators auf der Basis von Patientenaktendaten und darauf beruhenden Routinedaten sind hochwahrscheinlich reliabel und unverzerrt.
  - Das Fehlen der Dokumentation relevanter Daten zum Qualitätsindikator ist ein Zeichen für schlechte Qualität.

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde Übersicht



Gesamt: 17 Qualitätsindikatoren

Allgemeine Hinweise zu Tonsillitis

Haben wir bei Tonsillitis wesentliche Indikatoren übersehen, die aus Ihrer Sicht auf jeden Fall noch zu berücksichtigen wären?

- „Die Vorgehensweise bei der Diagnostik scheint in unserer Praxis eine andere.; Welchen Aussagewert haben Schnellteste?; Antibiotika beim Erstkontakt unabhängig vom AZ?; Die DD bei eitrigen Belägen und die DD viral - bakteriell spielt doch eine Rolle, siehe AntiB“
- „der interdisziplinäre Austausch mit HNO-Kollegen wird nicht abgefragt. Insbes. bei der Stellung einer OP-Indikation wäre das von Bedeutung.“
- „klinische Beurteilung eines "typischen" Lokalbefundes (düsterroter Rachen etc.)?“
- „Wurde eine Analgesie und Antipyrese durchgeführt?; Wurden weitere Medikamente zur symptomatischen Symptomlinderung eingesetzt?; Wurden die Eltern über den Krankheitsverlauf und -Dauer informiert?; Wurde den Eltern mitgeteilt, bei welchen Symptomen sie wieder vorstellig werden sollten?“
- „Vorschlag:; Anteil Antibiotika-Behandlung trotz niedrigem Score (Centor, McIsaac,Fever-PAIN) gering.“

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde eindeutig „angenommen“

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
TO-007	Anteil Patienten mit einem positiven Antigen-Schnelltest (GABHS-Schnelltest zum Nachweis β-hämolysierender Streptokokken der Gruppe A), bei denen keine mikrobiologische Diagnostik erfolgte.	*Relevanz*	**7**	1	1	4	1
		Machbarkeit	**8**	1	0	5	1
TO-012	Anteil Patienten, bei denen eine Streptokokken-Pharyngitis oder Streptokokken-Tonsillitis diagnostiziert wurde und denen beim ersten Arztbesuch ein spezifisches Antibiotikum (Benzathin-Penicillin G oder Procain-Penicillin G oder Amoxicillin) verordnet wurde.	*Relevanz*	**8**	1	0	5	1
		Machbarkeit	**9**	0	1	5	1
TO017	Anteil Patienten mit Halsschmerzen, deren Eltern darauf hingewiesen wurden, ihnen ausreichend Flüssigkeit zu geben.	*Relevanz*	**7**	2	1	4	0
		Machbarkeit	**5**	2	3	2	0

QualiPäd – Delphi-Panel „Tonsillitis“

Qualitätsindikatoren –

„nicht angenommen“ | Fehlversorgung, Über-/Unterversorgung

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde „nicht angenommen“ | Fehlversorgung (1/3)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
TO-005	Anteil Patienten mit akuter Pharyngitis, bei denen der Streptokokken-Antikörper Titer bestimmt wurde.	*Relevanz*	**1**	7	0	0	0
		Machbarkeit	**1**	5	1	1	0
TO-008	Anteil Patienten mit akuter Streptokokken-Tonsillitis, bei denen nach beendeter Therapie routinemäßig Blut- oder Urinuntersuchungen oder kardiologische Diagnostik (wie EKG) durchgeführt wurden.	*Relevanz*	**1**	6	0	1	0
		Machbarkeit	**1**	4	0	3	0
TO-009	Anteil Patienten mit einer GAS-Pharyngitis (Gruppe A Streptokokken), die mit einer begleitenden Corticosteroid-Therapie behandelt wurden.	*Relevanz*	**2**	4	1	1	1
		Machbarkeit	**2**	4	0	2	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde „nicht angenommen“ | Fehlversorgung (2/3)

Ref.	Statement		Median	Häufigkeit 1-3	Häufigkeit 4-6	Häufigkeit 7-9	Häufigkeit 0
TO-010	Anteil Patienten mit Halsschmerzen und keinen weiteren Symptomen oder Anzeichen einer Tonsillitis, denen Antibiotika verordnet wurden.	*Relevanz*	**1**	4	1	2	0
		Machbarkeit	**8**	2	0	4	1
TO-011	Anteil Patienten < 4 Jahre mit Halsschmerzen und Husten, die nicht stationär behandlungspflichtig waren und denen Antibiotika verordnet wurden.	*Relevanz*	**3**	4	0	3	0
		Machbarkeit	**8**	2	0	4	1
TO-013	Anteil Patienten > 1 Jahr mit akuter Tonsillitis, denen Antibiotika zur systemischen Anwendung verordnet wurden und die Chinolone erhielten.	*Relevanz*	**2**	4	0	2	1
		Machbarkeit	**5**	3	0	3	1

Qualitätsindikatoren – Ergebnisse 1. Delphi-Runde „nicht angenommen“ | Fehlversorgung (3/3)

Ref.	Statement		Median	Häufig-keit 1-3	Häufig-keit 4-6	Häufig-keit 7-9	Häufig-keit 0
TO-015	Anteil Patienten mit rezidivierenden akuten Halsschmerzen und mit körperlichen Allgemeinsymptomen oder Funktionsbeeinträchtigungen in den Krankheitsepisoden, bei denen die Indikation zur Tonsillektomie gestellt wurde.	*Relevanz*	**2**	5	1	1	0
		Machbarkeit	**4**	3	2	2	0

TO-005

Anteil Patienten mit akuter Pharyngitis, bei denen der Streptokokken-Antikörper Titer bestimmt wurde.

Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Der ASL liefert keine sinnvolle Zusatzinformation.“
- „Die Routinemäßige Bestimmung von ASL ist nicht sinnvoll. Ein Zusammenhang von Rate an ASL-Bestimmung und Behandlungsqualität ist nicht plausibel.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**1**	7	0	0	0
Machbarkeit (Bewertung)	**1**	5	1	1	0

TO-008

Anteil Patienten mit akuter Streptokokken-Tonsillitis, bei denen nach beendeter Therapie routinemäßig Blut- oder Urinuntersuchungen oder kardiologische Diagnostik (wie EKG) durchgeführt wurden.

Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Eine nochmalige Vorstellung beim HA/KJA nach unkomplizierter Angina ton. (incl. Urin, EKG etc.) ist nicht nötig.“
- „Streptokokkenfolgeerkrankungen sind in Industrieländern extrem selten. Ein Screening für Streptokokkenfolgeerkrankungen ist in dieser Situation nicht sinnvoll.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**1**	6	0	1	0
Machbarkeit (Bewertung)	**1**	4	0	3	0

TO-009

Anteil Patienten mit einer GAS-Pharyngitis (Gruppe A Streptokokken), die mit einer begleitenden Corticosteroid-Therapie behandelt wurden.

Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Kann Schmerzen lokal mindern, würde ich beim Kind nur in sehr seltenen Situationen machen“
- „Kortikosteroide haben bei der Behandlung der akuten Tonsillitis keinen Stellenwert. Qualitätsindikator ist somit niedriger Anteil einer solchen Therapie.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**2**	4	1	1	1
Machbarkeit (Bewertung)	**2**	4	0	2	1

TO-010

Anteil Patienten mit Halsschmerzen und keinen weiteren Symptomen oder Anzeichen einer Tonsillitis, denen Antibiotika verordnet wurden.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „Machbar ja, aber nicht so sehr sinnvoll“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**1**	4	1	2	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	2	0	4	1

TO-011

Anteil Patienten < 4 Jahre mit Halsschmerzen und Husten, die nicht stationär behandlungspflichtig waren und denen Antibiotika verordnet wurden.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „s. vorherige Frage, warum Antibiotikum?“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**3**	4	0	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	2	0	4	1

TO-013

Anteil Patienten > 1 Jahr mit akuter Tonsillitis, denen Antibiotika zur systemischen Anwendung verordnet wurden und die Chinolone erhielten.

Indikatorquelle: Adriaenssens N et al., 2011

Hinweise / Anmerkungen:

- „im frühen Kindesalter eine Todsünde“
- „Chinolone haben bei der Behandlung der akuten Tonsillitis keinen Stellenwert. Qualitätsindikator ist somit ein niedriger Anteil.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**2**	4	0	2	1
Machbarkeit (Bewertung)	**5**	3	0	3	1

TO-015

Anteil Patienten mit rezidivierenden akuten Halsschmerzen und mit körperlichen Allgemeinsymptomen oder Funktionsbeeinträchtigungen in den Krankheitsepisoden, bei denen die Indikation zur Tonsillektomie gestellt wurde.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „Nur Halsschmerzen sind eben nicht die Indikation, sondern rezid. Strepto-Infektionen“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**2**	5	1	1	0
Machbarkeit (Bewertung)	**4**	3	2	2	0

QualiPäd – Delphi-Panel „Tonsillitis“

Qualitätsindikatoren –
keine eindeutige Bewertung

TO-001

Anteil Patienten im Alter von 3-14 Jahren mit Halsschmerzen, deren Körpertemperatur gemessen wurde.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	2	2	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	0	0	7	0

TO-002

Anteil Patienten mit Tonsillitis, bei denen der Centor-Score (Patienten ≥15 Jahre)/ McIsaac-Score (Patienten im Alter von 3-14 Jahren) oder FeverPAIN-Score dokumentiert ist.

Indikatorquelle: Ministry of Public Health Qatar: National Clinical Guidelines, 2019

Hinweise / Anmerkungen:

- „Die Vorhersagewahrscheinlichkeiten liegen anhand der o.g. Scores bei gerade mal 23-50%, damit nicht alleine zur Therapieentscheidung geeignet, aber ggf. sinnvoll, um eine Vorauswahl zur Abstrich-Testung zu machen“
- „Ein Score ist fehlerhaft bezeichnet. Richtige Bezeichnung: Centor-Score“
  (wurde angepasst – vielen Dank für den Hinweis)

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**5**	2	2	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**7**	1	0	6	0

TO-003

Anteil Patienten mit Verdacht auf Tonsillitis, bei denen ein Rachenabstrich auf GAS-Pharyngitis (Gruppe A Streptokokken) mittels Schnelltest (GABHS) und/oder einer mikrobiologischen Kultur untersucht wurde.

Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Eine sichere Unterscheidung zwischen Infektion und Trägerstatus ist weder durch mikrobiologische Kulturen noch durch Schnelltests möglich.; In der täglichen Praxis ist eine mikrobiologische Kultur aufgrund des zeitlichen Aufwands meist nicht sinnvoll, wird nur in Ausnahmefällen gemacht.
- „In der Routineanwendung ergibt sich aus dem Abstrich keine sinnvolle Konsequenz. Ein Zusammenhang von Abstrichrate und Behandlungsqualität ist nicht plausibel.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**5**	2	3	2	0
Machbarkeit (Bewertung)	**4**	2	2	3	0

TO-004

Anteil Patienten mit akuter Tonsillitis/Pharyngitis, die mit einem β-hämolysierenden Streptokokken-A-Schnelltest untersucht wurden.

Indikatorquelle: Doubova SV et al., 2015

Hinweise / Anmerkungen:

- „Diese Schnellteste werden in der Kinder- und Jugendarztpraxis häufig und ohne großen Aufwand gemacht, können aber nur im Zusammenhang mit der entsprechenden Klinik sinnvoll beurteilt werden. Eine Unterscheidung zwischen Erkrankung und symptomlosem Trägerstatus ist nur aufgrund des Abstrichergebnisses nicht möglich."
- „Der Schnelltest ist hinsichtlich der Qualität der Kultur noch unterlegen. Ein Zusammenhang von Abstrichrate und Behandlungsqualität ist nicht plausibel."

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	2	2	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	2	0	5	0

TO-006

Anteil Patienten mit einem negativen Antigen-Schnelltest (GABHS-Schnelltest zum Nachweis β-hämolysierender Streptokokken der Gruppe A), bei denen eine mikrobiologische Diagnostik erfolgte.

Indikatorquelle: Cottrell J et al., 2020

Hinweise / Anmerkungen:

- „Ohne Blick auf die akute Klinik keine besondere Relevanz, bleibt Ausnahmesituationen vorbehalten“
- „Ein Zusammenhang von Abstrichrate und Behandlungsqualität ist nicht plausibel.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**4**	3	2	2	0
Machbarkeit (Bewertung)	**4**	3	1	3	0

TO-014

Anteil Patienten im Alter von 3-14 Jahren, die als Hochrisikopatienten eingestuft wurden oder die positiv auf β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A (GABHS) getestet wurden und allergisch auf Penicillin reagieren, denen orales Erythromycin verordnet wurde.

Indikatorquelle: Braithwaite J et al., 2018

Hinweise / Anmerkungen:

- „Der Stellenwert von Erythromycin ist gering (gastrointestinale Nebenwirkungen und eingeschränkte Verfügbarkeit). Ich schlage vor den Qualitätsindikator zu ändern indem Erythromycin durch Makrolide ersetzt wird. Meine Auswahl bezieht diese Änderung mit ein.“

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**8**	1	0	6	0
Machbarkeit (Bewertung)	**9**	0	0	7	0

TO-016

Anteil Patienten mit häufig rezidivierender akuter Tonsillitis, denen die Indikation zur Tonsillektomie/Adenotonsillektomie gestellt wurde.

Indikatorquelle: Paediatrics & Child Health Division, 2008

Hinweise / Anmerkungen:

- keine

	Median	Häufigkeit 1 bis 3	Häufigkeit 4 bis 6	Häufigkeit 7 bis 9	Häufigkeit 0
Relevanz (Bewertung)	**6**	3	1	3	0
Machbarkeit (Bewertung)	**8**	1	2	4	0

Interview-Leitfäden

Thema: erschwerende und erleichternde Einflüsse leitliniengerecht in der pädiatrischen Praxis, am Beispiel Otitis media und Asthma bei Kindern und Jugendlichen

Themen	Stichwörter und mögliche Nachfragen
Begrüßung der Teilnehmer, **Dank für Teilnahmebereitschaft,** **Vorstellung Interviewerinnen**	Willkommen im Namen des QualiPäd-Projektteams wir danken für Ihre Bereitschaft, Ihre Erfahrungen in dieser Runde einzubringen
Vorstellung der Gesprächsteilnehmer	• Name, Praxistätigkeit wie lange schon, Ort, Interesse am Thema
Rahmen, **Grundsätzliches zum Ablauf,** **Ziel der Fokusgruppe**	• bis 90 Min, flexibel • Fokusgruppen sollen das Verständnis zu dem jeweiligen Thema fördern, wichtig sind dafür die Erfahrungen der Teilnehmer, nicht der Moderatoren. • Thema dieser Fokusgruppe ist zu erfahren, wie in pädiatrischen-Praxen Behandlungen ablaufen und dabei leitlinien-entsprechende Behandlungsschritte beachtet werden.
1. konkreter Ablauf	• Das Ziel der Fokusgruppe heute ist, zu verstehen, was dazu beiträgt, leitliniengemäße Schritte in der Behandlung (Diagnostik und Therapie) durchzuführen und was nicht. • Wir möchten dies am Beispiel von Otitis media und Asthma bei Kindern und Jugendlichen von Ihnen erfahren. • Dazu haben wir 6 Behandlungsaspekte, die im Projekt als Qualitätsindikatoren erfasst worden sind, ausgewählt, um Ihre Erfahrung aus der Praxis mitgeteilt zu bekommen. • Es handelt sich um die Qualitätsindikatoren, die Sie bereits mit unserem Anschreiben erhalten haben. • Wir möchten die 6 Indikatoren nacheinander durchgehen. Wir blenden den jeweiligen Indikator auf dem Bildschirm ein und zeigen die vorläufigen Auswertungsergebnisse über alle Praxen.
2. Otitis media: OM-001: Diagnostik **Anteil Patienten mit akuter Otitis media, die auf alle drei klinischen Kriterien einer akuten Otitis media** **(akuter Beginn, Mittelohrerguss, Mittelohrentzündung) untersucht wurden**	• Der erste Indikator bezieht sich auf die Diagnostik einer Otitis media. • Er lautet: ….. • Das Indikatorergebnis beträgt 68%. ➢ Was meinen Sie dazu?

68% (132/193)	➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
3. Otitis media: OM-010 Verordnung von Antibiotika **Anteil Patienten mit akuter Otitis media und schwer ausgeprägten Symptomen (mäßige oder schwere Otalgie, Otalgie über mindestens 48 Stunden oder einer Körpertemperatur von 39 Grad Celsius oder höher), denen ein Antibiotikum verordnet wurde.** **57% (12/21)**	• Der zweite Indikator bezieht sich auf die Verordnung von Antibiotika bei einer Otitis media • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 57% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
4. Asthma: AB-016 Verlaufskontrolle **Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Asthmakontrollgrad mindestens alle 6 Monate kontrolliert wurde.** **77% (44/57)**	• Der dritte Indikator bezieht sich auf die Überprüfung des Asthmakontrollgrades. • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 77% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
5. Asthma: AB-062 Überprüfung der Inhalationstechnik **Anteil Asthmapatienten mit inhalativer Medikation, deren Inhalationstechnik überprüft wurde.**	Der vierte Indikator bezieht sich auf die Überprüfung der Inhalationstechnik • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 9%. ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das?

9% (11/119)	➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
6. Asthma: AB-067 Schriftlicher Verhaltensplan **Anteil Asthmapatienten mit einem schriftlichen Verhaltensplan.** **25% (40/154)**	• Der fünfte Indikator bezieht sich auf den schriftlichen Verhaltensplan • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 25% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
7. Asthma: AB-075 Asthmatagebuch **Anteil Asthmapatienten, die ein Asthmatagebuch führen.** **5% (8/154)**	• Der vorerst letzte Indikator bezieht sich auf das Asthmatagebuch • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 5% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
8. Asthma: AB-036: intermittierendes Asthma **Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre mit intermittierendem Asthma, denen ein inhalatives kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.**	Abschließend wollen wir Ihnen noch einmal zwei Indikatoren zeigen, die wir derzeit mit den vorliegenden Daten nicht berechnen können. Einer dieser Indikatoren bezieht sich auf intermittierendes Asthma. ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das?

(NN/XY)	➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
9. AB-012 Anteil Asthmapatienten, die mehr als dreimal wöchentlich kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (SABA) verwenden und keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen. (Fehlversorgung) **(NN/XY)**	Ein weiterer Indikator, den wir derzeit mit den vorliegenden Daten nicht berechnen können, bezieht sich auf die mehrfache Einnahme von SABA. ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
8. Abschluss ***„Möchten Sie noch etwas zu dem Thema unserer Fokusgruppe ergänzen?“***	➢ Gibt es Aspekte zum Thema, die bisher an den Beispielen nicht deutlich geworden sind? ➢ Gibt es nach diesen Beispielen Eindrücke, Beobachtungen, Überlegungen zu dem Thema leitliniengerechte Behandlung, die Sie ergänzen möchten?
Verabschieden, danken für Teilnahme und Mitteilung der Erfahrungen	Wir danken für Ihre Zeit und die mitgeteilten Erfahrungen aus der Versorgungspraxis.

Thema: erschwerende und erleichternde Einflüsse leitliniengerecht in der Hausarztpraxis zu behandeln, am Beispiel Otitis media bei Kindern und Jugendlichen

Themen	Stichwörter und mögliche Nachfragen
Begrüßung der Teilnehmer, **Dank für Teilnahmebereitschaft,** **Vorstellung Interviewerinnen**	Willkommen im Namen des QualiPäd-Projektteams wir danken für Ihre Bereitschaft, Ihre Erfahrungen in dieser Runde einzubringen
Vorstellung der Gesprächsteilnehmer	• Name, Praxistätigkeit wie lange schon, Ort, Interesse am Thema
Rahmen, **Grundsätzliches zum Ablauf,** **Ziel der Fokusgruppe**	• bis 90 Min, flexibel • Fokusgruppen sollen das Verständnis zu dem jeweiligen Thema fördern, wichtig sind dafür die Erfahrungen der Teilnehmer, nicht der Moderatoren. • Thema dieser Fokusgruppe ist zu erfahren, wie in Hausarztpraxen Behandlungen ablaufen und dabei leitlinien-entsprechende Behandlungsschritte beachtet werden.
1. konkreter Ablauf	• Das Ziel der Fokusgruppe heute ist, zu verstehen, was dazu beiträgt, leitliniengemäße Schritte in der Behandlung (Diagnostik und Therapie) durchzuführen und was nicht. • Wir möchten dies am Beispiel der Otitis media bei Kindern und Jugendlichen von Ihnen erfahren. • Dazu haben wir 6 Behandlungsaspekte, die im Projekt als Qualitätsindikatoren erfasst worden sind, ausgewählt, um Ihre Erfahrung aus der Praxis mitgeteilt zu bekommen. • Es handelt sich um die Qualitätsindikatoren, die Sie bereits mit unserem Anschreiben erhalten haben. • Wir möchten die 6 Indikatoren nacheinander durchgehen. Wir blenden den jeweiligen Indikator auf dem Bildschirm ein und zeigen die vorläufigen Auswertungsergebnisse über alle Praxen.
2. QI OM-001 Diagnostikindikator **Anteil Patienten mit akuter Otitis media, die auf alle drei klinischen Kriterien einer akuten Otitis media (akuter Beginn, Mittelohrerguss, Mittelohrentzündung) untersucht wurden.**	• Der erste Indikator bezieht sich auf die Diagnostik. • Er lautet: ….. • Das Indikatorergebnis beträgt 53%. ➢ Was meinen Sie dazu?

52,70% (39/74)	➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
3. QI OM-003 bedarfsgerechte Versorgung **Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, denen systemische Analgetika (Paracetamol oder Ibuprofen) verordnet wurden.** **50% (4/8)**	• Der zweite Indikator bezieht sich auf die bedarfsgerechte Versorgung einer Otitis media. • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 50% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
4. QI OM-010 bedarfsgerechte Versorgung **Anteil Patienten mit akuter Otitis media und schwer ausgeprägten Symptomen (mäßige oder schwere Otalgie, Otalgie über mindestens 48 Stunden oder einer Körpertemperatur von 39 Grad Celsius oder höher), denen ein Antibiotikum verordnet wurde.** **86% (6/7)**	• Der dritte Indikator bezieht sich ebenfalls auf die bedarfsgerechte Versorgung. • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 86% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
5. QI OM-015 Verlaufsbeurteilung **Anteil Patienten im Alter von 12 Monaten-2 Jahren mit akuter Otitis media, mit denen eine Verlaufskontrolle nach 48 Stunden vereinbart wurde.**	• Der vierte Indikator bezieht sich auf die Verlaufsbeurteilung • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 0%. ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das?

0% (0/8)	➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
6. QI OM-035 A-P-Beziehung Aufklärung **Anteil der Patienten mit akuter Otitis media und Antibiotikaverordnung (bzw. deren Eltern), die über den natürlichen Verlauf der Erkrankung einschließlich der durchschnittlichen Krankheitsdauer (bei akuter Otitis media 4 Tage) aufgeklärt wurden.** **5% (2/40)**	• Der letzte Indikator bezieht sich auf A-P-Beziehung bzw. Aufklärung. • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 5% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
7. Abschluss ***„Möchten Sie noch etwas zu dem Thema unserer Fokusgruppe ergänzen?“***	➢ Gibt es Aspekte zum Thema, die bisher an den Beispielen nicht deutlich geworden sind? ➢ Gibt es nach diesen Beispielen Eindrücke, Beobachtungen, Überlegungen zu dem Thema leitliniengerechte Behandlung, die Sie ergänzen möchten?
Verabschieden, danken für Teilnahme und Mitteilung der Erfahrungen	Wir danken für Ihre Zeit und die mitgeteilten Erfahrungen aus der Versorgungspraxis.

Thema: erschwerende und erleichternde Einflüsse leitliniengerecht in der pädiatrischen Praxis, am Beispiel Otitis media und Asthma bei Kindern und Jugendlichen

Themen	Stichwörter und mögliche Nachfragen
Begrüßung der Teilnehmer, **Dank für Teilnahmebereitschaft,** **Vorstellung Interviewerinnen**	Willkommen im Namen des QualiPäd-Projektteams wir danken für Ihre Bereitschaft, Ihre Erfahrungen in dieser Runde einzubringen
Vorstellung der Gesprächsteilnehmer	• Name, Praxistätigkeit wie lange schon, Ort, Interesse am Thema
Rahmen, **Grundsätzliches zum Ablauf,** **Ziel der Fokusgruppe**	• bis 90 Min, flexibel • Fokusgruppen sollen das Verständnis zu dem jeweiligen Thema fördern, wichtig sind dafür die Erfahrungen der Teilnehmer, nicht der Moderatoren. • Thema dieser Fokusgruppe ist zu erfahren, wie in pädiatrischen-Praxen Behandlungen ablaufen und dabei leitlinien-entsprechende Behandlungsschritte beachtet werden.
1. konkreter Ablauf	• Das Ziel der Fokusgruppe heute ist, zu verstehen, was dazu beiträgt, leitliniengemäße Schritte in der Behandlung (Diagnostik und Therapie) durchzuführen und was nicht. • Wir möchten dies am Beispiel von Otitis media und Asthma bei Kindern und Jugendlichen von Ihnen erfahren. • Dazu haben wir 6 Behandlungsaspekte, die im Projekt als Qualitätsindikatoren erfasst worden sind, ausgewählt, um Ihre Erfahrung aus der Praxis mitgeteilt zu bekommen. • Es handelt sich um die Qualitätsindikatoren, die Sie bereits mit unserem Anschreiben erhalten haben. • Wir möchten die 6 Indikatoren nacheinander durchgehen. Wir blenden den jeweiligen Indikator auf dem Bildschirm ein und zeigen die vorläufigen Auswertungsergebnisse über alle Praxen.
2. Otitis media: OM-001: Diagnostik **Anteil Patienten mit akuter Otitis media, die auf alle drei klinischen Kriterien einer akuten Otitis media** **(akuter Beginn, Mittelohrerguss, Mittelohrentzündung) untersucht wurden**	• Der erste Indikator bezieht sich auf die Diagnostik einer Otitis media. • Er lautet: ….. • Das Indikatorergebnis beträgt 68%. ➢ Was meinen Sie dazu?

68% (132/193)	➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
3. Otitis media: OM-010 Verordnung von Antibiotika **Anteil Patienten mit akuter Otitis media und schwer ausgeprägten Symptomen (mäßige oder schwere Otalgie, Otalgie über mindestens 48 Stunden oder einer Körpertemperatur von 39 Grad Celsius oder höher), denen ein Antibiotikum verordnet wurde.** **57% (12/21)**	• Der zweite Indikator bezieht sich auf die Verordnung von Antibiotika bei einer Otitis media • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 57% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
4. Asthma: AB-016 Verlaufskontrolle **Anteil Asthmapatienten mit verordneter Langzeittherapie, deren Asthmakontrollgrad mindestens alle 6 Monate kontrolliert wurde.** **77% (44/57)**	• Der dritte Indikator bezieht sich auf die Überprüfung des Asthmakontrollgrades. • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 77% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
5. Asthma: AB-062 Überprüfung der Inhalationstechnik **Anteil Asthmapatienten mit inhalativer Medikation, deren Inhalationstechnik überprüft wurde.**	Der vierte Indikator bezieht sich auf die Überprüfung der Inhalationstechnik • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 9%. ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das?

9% (11/119)	➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
6. Asthma: AB-067 Schriftlicher Verhaltensplan **Anteil Asthmapatienten mit einem schriftlichen Verhaltensplan.** **25% (40/154)**	• Der fünfte Indikator bezieht sich auf den schriftlichen Verhaltensplan • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 25% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
7. Asthma: AB-075 Asthmatagebuch **Anteil Asthmapatienten, die ein Asthmatagebuch führen.** **5% (8/154)**	• Der vorerst letzte Indikator bezieht sich auf das Asthmatagebuch • Er lautet: .. • Das Indikatorergebnis beträgt 5% ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
8. Asthma: AB-036: intermittierendes Asthma **Anteil Asthmapatienten < 5 Jahre mit intermittierendem Asthma, denen ein inhalatives kurzwirkendes Beta-2-Sympathomimetikum (SABA) verordnet wurde.**	Abschließend wollen wir Ihnen noch einmal zwei Indikatoren zeigen, die wir derzeit mit den vorliegenden Daten nicht berechnen können. Einer dieser Indikatoren bezieht sich auf intermittierendes Asthma. ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das?

(NN/XY)	➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
9. AB-012 Anteil Asthmapatienten, die mehr als dreimal wöchentlich kurzwirksame Beta-2-Sympathomimetika (SABA) verwenden und keine inhalativen Corticosteroide (ICS) einnehmen. (Fehlversorgung) **(NN/XY)**	Ein weiterer Indikator, den wir derzeit mit den vorliegenden Daten nicht berechnen können, bezieht sich auf die mehrfache Einnahme von SABA. ➢ Was meinen Sie dazu? ➢ Wie sehen Sie das? ➢ Welche Aspekte tragen noch dazu bei? o System, GS, Praxisabläufe o Patienten o arztseitig ➢ Wie könnte es dennoch gelingen, dass..? ➢ Was müsste sich ändern, damit..?
8. Abschluss ***„Möchten Sie noch etwas zu dem Thema unserer Fokusgruppe ergänzen?“***	➢ Gibt es Aspekte zum Thema, die bisher an den Beispielen nicht deutlich geworden sind? ➢ Gibt es nach diesen Beispielen Eindrücke, Beobachtungen, Überlegungen zu dem Thema leitliniengerechte Behandlung, die Sie ergänzen möchten?
Verabschieden, danken für Teilnahme und Mitteilung der Erfahrungen	Wir danken für Ihre Zeit und die mitgeteilten Erfahrungen aus der Versorgungspraxis.