

Editorial

Bernt-Peter Robra

Die Aufgabe, die Gesundheit unserer Kinder zu fördern, sie zu erhalten und soweit möglich wieder herzustellen, ist in ihrer Bedeutung nicht strittig. Es handelt sich um eine nationale Querschnittsaufgabe, an der viele mitwirken und mitwirken müssen, darunter Eltern und Familien, Kitas und Schulen, das Gesundheitswesen, Kommunen und Politik. Im Rahmen des Präventionsgesetzes 2015 hat der Bundestag gerade das Gesundheitsziel „gesund aufwachsen“ mit den drei Schwerpunkten „Lebenskompetenz, Ernährung, Bewegung“ ins Sozialgesetzbuch V geschrieben (§ 20 Abs. 3). Er hat damit – wie 2010 schon die Gesundheitsministerkonferenz der Länder – einen bereits 2003 durch den „Kooperationsverbund gesundheitsziele.de“ erarbeiteten Konsens bestätigt. Federführend für die Umsetzung dieses Ziels ist der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen, unterstützt von einer Nationalen Präventionskonferenz.

Eine gesunde Entwicklung der Kinder ist eng verbunden mit entwicklungsbiologischen Prozessen des Menschen, mit emotionalen und sozialen Faktoren. In ihrer Stellungnahme zur frühkindlichen Sozialisation hat die Leopoldina (Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften und Union der deutschen Akademien der Wissenschaften 2014) zusammengestellt, wie wenig Entwicklungschancen, soziale Hintergründe und Krankheitsentstehung sich trennen lassen. Werden genetisch vorgegebene Entwicklungsphasen nicht ausreichend genutzt, sind diese Versäumnisse nicht aufzuholen. Andererseits fördern erworbene Fähigkeiten die Entwicklung weiterer: Fähigkeiten sind „selbstproduktiv“ (S. 76). Damit sind gerade frühe Investitionen in „kognitive, emotionale und soziale Fähigkeiten“ der Kinder besonders sinnvoll (S. 70). Dies trifft besonders auf sozial benachteiligte Kinder zu.

Die volle Bedeutung der Entwicklungsfenster erschließt sich durch den Lebensverlaufsansatz (Ben-Shlomo und Kuh 2002) Epidemiologische Langzeitstudien haben immer wieder gezeigt: In der Jugend benachteiligte Gruppen sind auch in höherem Alter benachteiligt, von körperlichen Merkmalen bis hin zu kognitiven Fähigkeiten. Die funktionellen Pfade dieser Entwicklungen werden immer deutlicher: Soziale und funktionelle Benachteiligungen perpetuieren sich, sie bleiben „eingespurt“ und hängen mit reduzierten Chancen in späteren Lebensaltern zusammen. Die Familie hat einen „langen Arm“ (Modin und Fritzell 2009), möglicherweise über epigenetische Mechanismen (King et al. 2015). Soziale Benachteiligungen kumulieren z. B. in der Northern Swedish Cohort über 27 Jahre in somatischen Risikofaktoren (Gustafsson et al. 2011; Gustafsson et al. 2012; Gustafsson et al. 2014). Frühgeborene, besonders wenn sie aus benachteiligten Familien stammen, haben ein erhöhtes Risiko für Entwicklungsverzögerungen und erhöhten Förderbedarf (Hering et al. 2014). Reduzierte Gesundheit und eingeschränkte funktionelle Kapazität in der Kindheit ist mit überdurchschnittlicher Mortalität und reduzierten funktionellen Fähigkeiten im mittleren Lebensalter assoziiert, die Gesundheit in mittleren Lebensjahren wiederum hängt mit dem (vorzeitigen) Auftreten weiterer Krank-

heiten im höheren Alter, mit früh eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten sowie mit Gebrechlichkeit und Pflegebedürftigkeit zusammen (Kuh et al. 2002; Kuh et al. 2004; Kuh et al. 2006; Kuh et al. 2009; Kuh et al. 2014; Guralnik et al. 2006; Murray et al. 2013; Rabiee et al. 2015; Richards et al. 2004; Richards und Wadsworth 2004; Dregan et al. 2013; Hatch et al. 2007; Jokela et al. 2010; Shrira et al. 2014; Then et al. 2015).

Schon im Uterus wird der Stoffwechsel des Kindes durch den der Mutter geprägt, z. B. im Hinblick auf die Glukosetoleranz und damit das Diabetes-Risiko („fetal programming“, Yajnik und Deshmukh 2012; Yajnik 2014). Daher ist schon die Gesundheit von Frauen im gebärfähigen Alter Teil des großen Projekts Kindergesundheit.

Andererseits signalisieren günstige psychosoziale Entwicklungsbedingungen günstige Gesundheitsindikatoren. Soziale Verhältnisse, fokussiert in Indikatoren der sozialen Schicht, und biologische Ausstattung interagieren im Sinne einer Sozialkompensation (Marmot 2010; Brown et al. 2014; Rhew et al. 2013; Groos und Jehles 2015). Nicht zuletzt sozial benachteiligte und gefährdete Gruppen gewinnen durch ein gemeinsames Vorgehen von Bildungswesen, Jugendhilfe und Gesundheitswesen. Der Koalitionsvertrag der gegenwärtigen Bundesregierung (2013) hat den Lebensverlaufsansatz daher mit Recht als Fundament nicht nur der Familien- und Jugendpolitik aufgenommen.

Viel ist noch zu tun, doch für Pessimismus besteht kein Anlass. Mit Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) seit 1984 prognostizieren Kluge et al. (2014), dass Deutsche bis 2050 gesünder und weniger behandlungsbedürftig sein werden. Das Durchschnittsalter, bis zu dem gute Gesundheit ohne Versorgungsbedarf angegeben wird, wird nach dieser Prognose zunehmen, ebenso der Anteil des Lebens, in dem bei guter Gesundheit kein Versorgungsbedarf angegeben wird.

Auf dem Weg dorthin ist gleichwohl Transparenz der Gesundheits- und der Versorgungsindikatoren nötig. Dazu möchte dieser Versorgungs-Report beitragen. Mit welchen Problemen, welchen Leistungen, wann, wo und durch wen werden unsere Kinder versorgt? Naturgemäß liegt der Schwerpunkt eines Versorgungs-Reports auf Versorgungsdaten. Doch sind auch unabhängig von der Versorgung erhobene epidemiologische Daten (Primärdaten), wie sie nicht zuletzt das Robert Koch-Institut mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) erhebt, notwendig. Erst eine Triangulation von Primär- und Sekundärdaten, von repräsentativen Befragungsergebnissen, vertiefenden problemzentrierten Studien und von Abrechnungsanalysen ermöglicht es, sich über laufende Trends der Morbidität, über vulnerable Gruppen und über Umfang und Komplikationen der Versorgung zu vergewissern – zunächst auf einem deskriptiven Niveau, dann in einer evaluativen Zusammenschau.

Deswegen eröffnen *Petra Rattay, Kristin Manz und Hannelore Neuhauser* das **Schwerpunktthema** des Reports mit einem Überblick über zentrale Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS). Diese um die nachwachsenden Jahrgänge ergänzte Längsschnittstudie des Robert Koch-Instituts (RKI) liefert bundesweit repräsentative Daten zur Gesundheit der unter 18-Jährigen. Neben der Basiserhebung (2003 bis 2006) liegen seit Sommer 2014 auch die Ergebnisse der ersten Wiederholungsbefragung vor. Sie zeigt positive Entwicklungen: Der Anteil der Rauchenden unter den 11- bis 17-Jährigen ist deutlich zurückgegangen und weniger Jugendliche konsumieren Alkohol. Drei Viertel der Kinder und Jugendlichen trei-

ben regelmäßig Sport. Emotionale und Verhaltensauffälligkeiten sowie die Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) haben zwischen den beiden KiGGS-Ehebungswellen nicht zugenommen – darauf bezogene Aktivitäten des Gesundheitswesens schon, wie einige Sonderauswertungen in diesem Band zeigen.

Eine orientierende Analyse der Daten des Statistischen Bundesamtes von *Jutta Spindler* zeigt anhand der Diagnosedaten der Krankenhäuser von 2001 bis 2013 und der DRG-Statistik von 2005 bis 2013, wie Kinder und Jugendliche in Krankenhäusern versorgt werden. 2013 gab es 2,1 Millionen Krankenhausfälle in der Altersgruppe unter 18 Jahren. Bei den Jungen sind Verletzungen und Vergiftungen sowie Krankheiten des Atmungssystems als häufigste Diagnosegruppen weit häufiger als bei Mädchen. Die häufigste Operation (4-Steller, Altersgruppe 0–17 Jahre) war die Parazentese, gefolgt von Adenotomie und Appendektomie. Jungen werden in diesem Alter rund 1,4 mal häufiger operiert als Mädchen. Eine demografische Fortschreibung lässt bis 2030 sinkende Behandlungszahlen bei Kindern und Jugendlichen erwarten (18 Prozent weniger als 2005). Die Abteilungsstruktur der Krankenhäuser wird angepasst werden müssen.

Die drei folgenden Beiträge untersuchen die ambulante Versorgung im Kindesalter im Licht von Verordnungsdaten. *Thomas Michael Kapellen, Carsten Telschow und Anette Zawinell* berichten über Arzneimittelverordnungen des Jahres 2013 und vergleichen sie mit denen des Jahres 2004. Bei Kindern bis 15 Jahren sind z. B. Antibiotikaverordnungen bei Betrachtung der Tagesdosen leicht zurückgegangen (–8%), doch haben fast 70% aller unter 5-jährigen AOK-Versicherten im Jahr 2010 mindestens eine Antibiotikaverordnung erhalten. Antidiabetika (+ 51%) und Antiasthmatica (+ 17%) wurden zunehmend verordnet, beide mit einem deutlichen Profilwandel der verordneten Mittel. Das Fehlen randomisierter kontrollierter Studien mit Kindern führt zur Übertragung der bei Erwachsenen gewonnenen Evidenz auf das Kindesalter. Ein Arzneimitteleinsatz außerhalb der Zulassung führt jedoch nicht zu einer gemessenen Risiko-Nutzen-Bilanz. Leitlinien können diese Lücke nicht füllen. Wegen der noch nicht abgeschlossenen Entwicklung der Kinder und des langen Folgezeitraums ist es notwendig, medizinische Innovationen im Kindesalter *intensiver*, nicht weniger gründlich zu prüfen als Innovationen im Erwachsenenalter. Die Autoren fordern besonders bei Langzeittherapien vermehrt Langzeitstudien zu Wirksamkeit und Sicherheit der Versorgung von Kindern. Diese Studien müssen offensichtlich sektorübergreifend durchgeführt werden.

Andrea Waltersbacher und Joachim Klose legen einen Bericht über erbrachte Heilmittel-Leistungen im Alter unter 18 Jahren vor, das sind Ergotherapie, Sprachtherapie und Physiotherapie. Heilpädagogische und sonderpädagogische Maßnahmen sowie die sogenannte Frühförderung sind dabei nicht berücksichtigt. Die Indikationen, die zu einer Therapie geführt haben, sind derzeit nur sehr unspezifisch klassifiziert. Der Leistungsmix ist nach Alter und Geschlecht, die Leistungsdichte nach Raumordnungsregion und Bundesländern sehr unterschiedlich. Diese deskriptiven Analysen machen den dringenden Bedarf an kontrollierter Evidenz, Transparenz und Qualitätssicherung im Bereich der Heilmittelversorgung überdeutlich.

Die Ordnungsprävalenz von Antipsychotika bei Kindern (0–17 Jahre) 2004 bis 2012 analysieren *Sascha Abbas et al.* mit den Arzneiverordnungsdaten zweier bundesweiter Kassen (AOK und TK). Die Ordnungsprävalenz von Antipsychotika hat von 2,3 pro 1 000 im Jahr 2004 auf 3,1 pro 1 000 im Jahr 2012 zugenom-

men. Ein Anstieg der Verordnungsprävalenzen bei recht konstanten Erstverordnungen spricht für einen hohen Anteil an Empfängern, die Antipsychotika über einen längeren Zeitraum erhalten. Bei Verordnung eines Antipsychotikums ist eine hohe psychiatrische Morbidität dokumentiert. Über die Jahre konstante Prävalenzen der häufig eingesetzten klassischen Antipsychotika zeigen, dass diese Wirkstoffe nicht ersetzt, sondern neben den vermehrt eingesetzten Atypika weiter verordnet werden. Diagnosen, die eine Indikation für Antipsychotika bei Kindern darstellen, stehen bei diesen Verordnungen jedoch nicht an erster Stelle. Fragen der Indikationsqualität und der Wirkungsforschung stellen sich.

Christiane Roick und Andrea Waltersbacher flankieren diese Analyse mit einer Auswertung der administrativen Prävalenz und medikamentösen Behandlung hyperkinetischer Störungen (HKS) mit AOK-Daten 2006 bis 2013. Erstmals für eine routinedatenbasierte Analyse werden auch Daten aus ambulanten Einrichtungen erfasst, die nicht nach EBM abrechnen: Institutsambulanzen, Ausbildungsinstitute und Sozialpädiatrische Zentren. Die dokumentierte Prävalenz liegt 2013 bei 4,9% der Kinder unter 18 Jahren (Jungen 7,1%; Mädchen 2,5%) – mit erheblicher, hinsichtlich echter Morbiditätsdifferenziale unplausibler Spanne über die Raumordnungsregionen und Bundesländer. Ein regional unterschiedlicher Versorgungsanteil der Institutsambulanzen ist dafür nicht verantwortlich. Die administrative HKS-Prävalenz steigt seit 2006 an, bei Mädchen mehr als bei Jungen, die Kurve flacht jedoch ab. Die stärkste Zunahme zeigen die 13- bis 17-Jährigen. Ein Abbau von Unterversorgung, aber auch eine Umetikettierung der Aufmerksamkeitsdefizitstörungen (ADS) aus der unspezifischen Sammeldiagnose ICD-10 F98.8 zu den HKS (F90) können zur Zunahme der versorgten Prävalenz beigetragen haben. 2013 erhielten 40,2% aller Kinder zwischen 6 und 17 Jahren, bei denen eine HKS diagnostiziert wurde, mindestens eine Verordnung eines HKS-spezifischen Medikaments. Auch dieser Anteil streut regional. Der Beitrag von *Abbas et al.* weist jedoch darauf hin, dass den betroffenen Kindern nicht selten auch Neuroleptika verordnet werden.

Mit einer Auswertung zu Diagnoseprävalenz, Versorgung und zeitlichen Trends von Autismus-Spektrum-Störungen im Alter von 0 bis 24 Jahren bestätigen *Christian Bachmann und Falk Hoffmann* an einem weiteren Beispiel Etikettierungsprobleme bei einer oft mehrfach belasteten Bevölkerungsgruppe. 57% der Patienten weisen mindestens eine dokumentierte kinder- und jugendpsychiatrische Komorbidität auf. Die Diagnoseprävalenz nimmt zwischen 2006 und 2012 von 0,22 % auf 0,38 zu. Zur Symptomreduktion werden am häufigsten Psychopharmaka eingesetzt (34,2% aller Patienten), gefolgt von Ergotherapie (24,9%) und Logopädie (23,7%).

Das zunehmende Körpergewicht der Menschen weltweit ist eine normale Reaktion auf ungünstige Umweltfaktoren – so die These eines Schlüsselartikels im *Lancet* (Swinburn et al. 2011). Übergewicht ist eine chronische Krankheit – so die These von Disse und Zimmer (2014). Adipositas kann im Arbeitsleben eine Behinderung darstellen, die unter das Diskriminierungsverbot in Beschäftigung und Beruf fällt – so der Europäische Gerichtshof in einem Urteil vom 18.12.2014 (Rechtssache C-354/13). *Martin Wabitsch und Anja Moß* rekapitulieren in ihrem Beitrag Prävalenz, Folgestörungen, Prävention und Behandlung der Adipositas. Auch sie verstehen Adipositas primär als Folge einer adipogenen Umwelt. Verhaltenstherapeutische Interventionen sind danach nur bei einer Minderheit hochmotivierter Familien mittelfristig erfolgreich. Die einzige Lösung sehen sie daher in der Verhältnis-

und Primärprävention. Breitenwirksame Präventionsstrategien bei jungen Familien seien besonders sinnvoll. Notwendig sei eine konzertierte Zusammenarbeit verschiedener Akteure aus Politik, Wissenschaft und Gesundheitswesen mit dem Ziel, die Lebensbedingungen der Kinder zu verbessern und ihrer Stigmatisierung entgegenzuwirken. Auch die Lancet-Serie 2011 hatte für die Eindämmung der Adipositas einen Systemansatz und eine Rahmenkonvention politischer Maßnahmen wie für die Tabakkontrolle gefordert (The Lancet 2011; Gortmaker et al. 2011).

Die drei folgenden Beiträge analysieren Versorgungsdaten, um klinische Probleme näher zu charakterisieren. *Jochen P. Windfuhr und Bettina Gerste* finden zwischen 2006 und 2012 eine Abnahme der Zahl der Tonsillektomien (TE) bei Kindern und Jugendlichen mit relativer Zunahme der weniger eingreifenden Tonsillotomien – trotz gegenläufiger Anreize des Fallpauschalsystems. Die auf die deutsche Wohnbevölkerung standardisierten Operationshäufigkeiten bei Patienten bis 24 Jahre variieren auf der Ebene von Raumordnungsregionen zwischen 13 und 61 Eingriffe je 10000 Einwohner für die TE sowie 0,2 und 24 Eingriffe für TO. Nur 16,3% der tonsillektomierten Patienten wurden in jedem der drei präoperativen Jahre antibiotisch therapiert und erfüllten damit eine Voraussetzung für einen operativen Eingriff. Die Indikation dieses Eingriffs ist offensichtlich besonders konkretisierungsbedürftig.

Udo Rolle und Matthias Maneck untersuchen in ähnlicher Weise Trends und regionale Häufigkeit der Appendektomie, der häufigsten operativen Notfallprozedur im Kindesalter. Die Behandlungsrate der AOK-Versicherten sank im Zeitraum 2006 bis 2012 insgesamt um 11,6%, bei Kindern unter 12 Jahre deutlich stärker. Der Anteil der laparoskopischen Eingriffe hat auf 82% zugenommen. Junge Mädchen und Frauen im Alter zwischen 13 und 24 Jahren werden rund doppelt so häufig operiert wie gleich alte männliche Versicherte. Sie sind eine bekannte Risikogruppe (Robra et al. 1983). Entwicklungsprozesse im kleinen Becken dürften die Differenzialdiagnose der Appendizitis bei jungen Frauen erschweren. Bei 3,5% der Operierten gab es ungeplante Folgeeingriffe innerhalb von 90 Tagen. Auch die Appendektomie zeigt eine erhebliche regionale Variabilität ihrer Häufigkeit. In der Literatur ist eine Zunahme vorausgehender bildgebender Diagnostik bei dieser Indikation (Ultraschall, CT, MRT) beschrieben. Wie lange eine Operation unter welchen Bedingungen aufgeschoben und ob unter Antibiotikagabe ganz darauf verzichtet werden kann, wird intensiv untersucht (z. B. Di Saverio et al. 2014; Giraudo et al. 2013; Salminen et al. 2015; Varadhan et al. 2012). Regional unterschiedliche Indikationspräferenzen können zur Streuung der regionalen Eingriffshäufigkeiten beitragen. Das Ziel, die Entfernung normaler Blinddärme zu reduzieren, ohne die Häufigkeit der Perforationen zu erhöhen (Neutra 1978), bleibt, aber die Mittel werden vielfältiger. Eine „Leitlinie Appendizitis“ ist bei der AWMF nicht hinterlegt.

Roman Pokora et al. belegen im Zeitraum von 2006 bis 2012 bei AOK-Versicherten bis zum Alter von 24 Jahren sektorübergreifend eine erhebliche Zunahme der MRT-Untersuchungen. Zu dieser Steigerung haben ganz überwiegend ambulant durchgeführte Untersuchungen beigetragen. Die Nutzungsraten für CT sind bei Kindern im Alter bis 12 Jahre um fast ein Viertel gesunken, damit auch das Strahlenrisiko. Doch haben zunehmende Untersuchungsraten in höheren Altersgruppen insgesamt eine nennenswerte Abnahme der CT-Bildgebung verhindert. Vor allem kleine Kinder, die computertomographisch untersucht werden, sind der durchschnitt-

lichen Zahl ihrer Diagnosen nach offensichtlich krank. Am häufigsten wird der Kopf computertomographisch untersucht, überwiegend als Folge von Verletzungen. Bei Kindern mit Kopfverletzungen ist die radiologische Suche nach seltenen intrakraniellen Läsionen nicht nur gegen das langfristige Strahlenrisiko abzuwägen, sondern auch gegen die Notwendigkeit eines stationären Aufenthalts zur Überwachung. Entscheidungsregeln für das Vorgehen bei Kindern mit (leichten) Kopfverletzungen bedürfen der weiteren Validierung (Pandor et al. 2011).

Die Beiträge von *Ulla Walter und Sebastian Liersch* sowie von *Frederick Groeger-Roth* fassen den Stand von Prävention und Gesundheitsförderung bei Kindern und Jugendlichen zusammen. Walter und Liersch geben vor allem der Gesundheitsförderung Raum – von der Förderung der Elternkompetenz bis zur Kosteneffektivität schulischer Nichtraucherprogramme. Nach dem Präventionsgesetz 2015 sind in den nächsten Jahren Rahmenvereinbarungen zur Prävention auf Ebene der Länder zu erwarten. Ein abgestimmtes Vorgehen der verschiedenen Settings und eine intensivere Qualitätssicherung bei Nutzung vorhandener Programme erscheinen nötig. Groeger-Roth stellt eine dreistufige Liste evidenzgestützter Interventionsprogramme vor, die einem settingbezogenen Ansatz (Familie, Kindergarten, Schule, Gemeinde) verpflichtet sind und deswegen Gesundheitsverhalten gemeinsam mit anderen sozial determinierten problematischen Verhaltensweisen (wie Gewalt, Delinquenz) adressieren. Die Programme werden auch hinsichtlich ihres Umsetzungskonzepts beschrieben, um den Gemeinden die Einführung eines Systems kommunaler Prävention bei Kindern und Jugendlichen zu erleichtern.

Die Perspektive der praktischen Arbeit eines regionalen Gesundheitsamtes mit interprofessionellen Herausforderungen von der regionalen Gesundheitsberichterstattung über Früherkennungsuntersuchungen bis zur Frühförderung stellen *Gabriele Trost-Brinkhues, Thilo Koch und Gabriele Ellsäßer* dar. Der Schwerpunkt sozialräumlicher Gesundheitsarbeit liegt auf sozial benachteiligten Kindern mit gesundheitlichen und psychosozialen Unterstützungsbedarfen, ein Schwerpunkt nicht nur in Nordrhein-Westfalen. Wenn gesundheitliche und soziale Chancen verbunden sind, müssen auch gesundheitliche und soziale Dienste bis hin zur kommunalen Jugendfürsorge Hand in Hand arbeiten. Das Gesundheitswesen allein kann soziale und edukative Defizite nicht auffangen.

Im zweiten Teil „**Krankheits- und Behandlungs-Monitoring**“ bietet der Report Versorgungsanalysen für häufige oder relevante Krankheitsbilder und Behandlungen. Dazu werden die betroffenen Patientengruppen, die dokumentierten Prävalenzen und Inzidenzen, die Verbreitung von Behandlungsverfahren sowie Aspekte der Versorgungsqualität in den Blick genommen und die Versorgung diskutiert. In dieser Ausgabe arbeiten zwei Beiträge den Stand der Versorgung der Depression auf.

Bettina Gerste und Christiane Roick untersuchen Prävalenz und Inzidenz. Die administrative Prävalenz der Depression ist von 2010 bis 2012 auf 12,0% weiter gestiegen. Gegenüber dem Zeitraum 2007 bis 2010 hat sich der jährliche Anstieg deutlich verlangsamt, was darauf hindeuten könnte, dass in der Diagnostik depressiver Störungen ein Sättigungseffekt erreicht wird. Die Inzidenzrate depressiver Erkrankungen lag 2012 bei 1,14% und war damit weitgehend unverändert gegenüber 2010. Der Rückgang des Anteils unspezifischer Depressionsdiagnosen zeigt,

dass sich Ärzte und Psychotherapeuten in den letzten Jahren zunehmend um eine spezifischere Kodierung der Depressionsschwere bemüht haben.

Der Beitrag von *Antje Freytag et al.* zeigt für die Versicherten der AOK die Versorgung der Depression, eingeblendet auf die inzidenten Fälle des Jahres 2011. Die Beschreibung zieht sechs depressionsspezifische Maßzahlen des Qualitätsindikatoren-Systems für die ambulante Versorgung (QiSA, AQUA-Institut im Auftrag des AOK-Bundesverbandes) heran, die der routinedatenbasierten Analyse zugänglich sind. Unter Differenzierung nach dem Schweregrad der Depression werden die Teilhabe von Hausärzten und Fachärzten an der Versorgung, der Einsatz und die Dauer antidepressiver Medikation, die Versorgung mit psychotherapeutischer Behandlung und auch auffällig lange parallele Verschreibungen von Schlafmitteln dargestellt. Eine regelmäßige Messung konsentrierter Qualitätsindikatoren liefert wichtige Grundlagen für Entscheidungen zur Verbesserung der Versorgung.

Im dritten Beitrag dieses Abschnitts vertiefen *Hanna Leicht et al.* ein Thema, das die Herausforderungen für ein Gesundheitswesen im Wandel besonders deutlich macht – Eingriffe zur Behandlung des Benignen Prostatasyndroms (BPS) und Radikale Prostatektomie (RPE) bei Prostatakarzinom. Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WiDO) hat diese Themen neu in die Qualitätssicherung mit Routinedaten (QSR) aufgenommen und mit fachlicher Unterstützung Qualitätsindikatoren dafür entwickelt. BPS und das lokal begrenzte Prostatakarzinom können unterschiedlich eingreifend behandelt werden. Kontrolliertes Abwarten ist eine Möglichkeit. Fallzahlen für die verschiedenen Operationsverfahren bei beiden Krankheitsbildern für die Jahre 2008 bis 2012 werden auf Basis von AOK-Daten mit Altersadjustierung hochgerechnet. Die Raten nehmen von 2008 bis 2012 ab, für die RPE weniger deutlich als für das BPS. Die regionalen Unterschiede sind erheblich. Bei der RPE nimmt der Anteil der roboterassistierten Chirurgie zu. Auch der Anteil der gefäß- und nervenschonend operierten Patienten nimmt zu. Um bei mehreren Behandlungsalternativen ihre Präferenzen geltend machen zu können, müssen die Betroffenen auch über Komplikationen der Eingriffe umfassend informiert werden. Im Jahr 2012 betrug die Gesamtkomplikationsrate innerhalb von 365 Tagen bei Eingriffen zur Behandlung der BPS 19,4%, bei RPE 21,2%. Komplikationen der Operation traten bei BPS in mehr als 40 Prozent der Fälle und bei RPE in gut einem Viertel der Fälle erst nach dem Index-Krankenhausaufenthalt („Startfall“) auf.

Zum Abschluss des Versorgungs-Reports erläutern *Bettina Gerste, Dagmar Drogan und Christian Günster* im Teil III **Daten und Analysen** die methodischen Grundlagen der Auswertungen von AOK-Prozessdaten, die das Gerüst der meisten Beiträge bilden: Daten der ambulanten vertragsärztlichen und der stationären Versorgung, Arzneimittelabrechnungen und Heilmittelversorgung. Eine umfangreiche Zusammenstellung von Tabellen und Grafiken zu den häufigsten Erkrankungen, Leistungen, Verordnungen und zu Leistungsausgaben ist auch im Online-Portal des Versorgungs-Reports verfügbar.