



## Major (ICD-10) Depression Inventory - MDI

Name		Vorname		Datum	
------	--	---------	--	-------	--

Bei den folgenden Fragen geht es darum,  
wie Sie sich in den letzten zwei Wochen gefühlt haben.

Wieviel der Zeit ...	Ständig	Meistens	Etwas mehr als die Hälfte der Zeit	Etwas weniger als die Hälfte der Zeit	Ab und zu	Zu keinem Zeitpunkt
1 haben Sie sich bedrückt oder traurig gefühlt?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
2 hatten Sie kein Interesse an Ihren täglichen Aktivitäten?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
3 hatten Sie das Gefühl, dass Ihnen Energie und Kräfte fehlen?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
4 hatten Sie weniger Selbstvertrauen?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
5 hatten Sie ein schlechtes Gewissen oder Schuldgefühle?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
6 haben Sie gefühlt, dass das Leben nicht lebenswert ist?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
7 fiel es Ihnen schwer, sich zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
8a* fühlten Sie sich aussergewöhnlich rastlos?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
8b* fühlten Sie sich passiver als sonst?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
9 hatten Sie Schwierigkeiten, nachts zu schlafen?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
10a* war Ihr Appetit schlechter als sonst?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
10b* war Ihr Appetit grösser als sonst?	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>Summe</b>						

## Auswertung

Diagnose nach ICD-10:				
Ein Score von mindestens 4 bei	und	Ein Score von mindestens 3 bei		
2 der ersten 3 Items	+	2 oder 3 der letzten sieben Items	Leichte Depression (mild)	<input type="checkbox"/>
2 der ersten 3 Items	+	4 der letzten sieben Items	Mittlere Depression (moderate)	<input type="checkbox"/>
alle drei ersten Items	+	5 oder mehr der letzten sieben Items	Schwere Depression (severe)	<input type="checkbox"/>

<p><b>Diagnosecode</b></p> <p>Anzahl der zutreffenden Hauptsymptome Items 1-3 (wenn Punktwert 4 oder 5) und der zutreffenden Nebensymptome Items 4-10b (wenn Punktwert mindestens 3).          Beispiel für Kodierung von mittlerer Depression: <b>2/4</b></p>	/
--	---

<p><b>MDI Depression score</b></p> <p>Summe der 10 Items. Je höher der Punktwert, je ausgeprägter ist die Depression.          *Bei den Itempaaren 8a,b und 10a,b zählt jeweils nur das Item mit der höheren Punktzahl.</p>	
---	--