

Faktencheck Gesundheit

Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen



Autorin und Autoren

Dr. phil. Hanne Melchior
Prof. Dr. phil. Holger Schulz
Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter
(Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf)

unter Mitarbeit von:

Dr. Jochen Walker
Dr. Matthias Ganninger
(Elsevier – Health Analytics, Berlin)

Gutachter

Dr. rer. nat. Wolfgang Bödeker
Timo Harfst, Psychologischer Psychotherapeut
Prof. Dr. med. Markus Herrmann, MPH, M.A.
Jürgen Matzat, Dipl.-Psychologe
Prof. Dr. Hans Joachim Salize

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im vorliegenden Bericht bei Sammelbezeichnungen (Betroffene, Versicherte, Patienten, Ärzte, usw.) durchgängig die grammatikalisch männliche Form benutzt, wobei jeweils männliche und weibliche Personen gleichermaßen gemeint sind.

Inhalt

Abbildungen	4
Tabellen	7
Abkürzungen	9
1 Zusammenfassung	11
2 Bedeutung des Themas	14
2.1 Definition und Prävalenz depressiver Erkrankungen	14
2.1.1 Definition und Diagnosekriterien	14
2.1.2 Häufigkeit depressiver Erkrankungen	16
2.1.3 Datengüte und Interpretation von Prävalenzschätzungen	18
2.2 Risikofaktoren depressiver Erkrankungen	19
2.3 Konsequenzen für Betroffene und die Gesellschaft	21
3 Bedarfsgerechte Versorgung und Evidenz	24
3.1 Leitlinienorientierte Versorgung depressiver Erkrankungen	24
3.1.1 Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie	24
3.1.2 Versorgungsstrukturen	26
3.2 Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von depressiven Erkrankungen	26
3.3 Fragestellungen zur Diagnostik und Behandlung von depressiven Erkrankungen auf regionaler Ebene	28
4 Methodische Aspekte	32
4.1 Datengrundlage	32
4.2 Bildung der Diagnose- und Behandlungskategorien	33
4.2.1 Diagnosekategorien	33
4.2.2 Behandlungskategorien	35
4.2.3 Kategorisierung der Versorgungsstrukturen	37
4.3 Stichprobe	37
4.4 Statistische Analyseverfahren	38
4.4.1 Standardisierungsverfahren	38
4.4.2 Small Area Verfahren	39
4.4.3 Zusammenhangsmaße	40
5 Beschreibung und Darstellung der Ergebnisse	41
5.1 Fragestellung 1: Administrative Prävalenz diagnostizierter Depressionsfälle und Zusammenhang mit regionalen Versorgungsstrukturen	41
5.1.1 Häufigkeit und regionale Verteilung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen	41
5.1.2 Prävalenz diagnostizierter Depressionsfälle	47
5.1.3 Regionale Variation der Prävalenz diagnostizierter Depressionsfälle	48

5.1.4	Zusammenhang von diagnostizierten Depressionsfällen und Strukturmerkmalen.....	50
5.1.5	Prävalenz spezifiziert diagnostizierter Depressionsfälle	51
5.1.6	Regionale Variation der Prävalenz spezifiziert diagnostizierter Depressionsfälle	53
5.1.7	Zusammenhang von spezifizierten Depressionsdiagnosen und Strukturmerkmalen.....	55
5.1.8	Prävalenz diagnostizierter chronischer Depressionsfälle	56
5.1.9	Regionale Variation diagnostizierter chronischer Depressionsfälle	57
5.1.10	Depression und psychische Komorbidität	59
5.1.10.1	Regionale Variation der Prävalenz diagnostizierter Depressionsfälle mit komorbiden somatoformen Störungen	61
5.1.10.2	Regionale Variation der Prävalenz diagnostizierter Depressionen mit komorbiden Angststörungen	64
5.1.11	Wer diagnostiziert Depressionsfälle und vergibt Diagnosen?	67
5.2	Fragestellung 2: Leitlinienorientierte Versorgung diagnostizierter Depressionen und ihre regionale Verteilung	69
5.2.1	Regionale Variation der ambulanten und stationären Versorgung von Depressionen.....	70
5.2.1.1	Regionale Verteilung der Antidepressiva-Verordnungen bei Depression.....	70
5.2.1.2	Zusammenhang zwischen der Antidepressiva-Verordnung und den Behandlungsstrukturen	72
5.2.1.3	Regionale Verteilung der psychotherapeutischen Behandlung bei Depression	73
5.2.1.4	Zusammenhang zwischen der psychotherapeutischen Behandlung und den Behandlungsstrukturen.....	76
5.2.1.5	Regionale Verteilung der stationären Behandlungen der Depressionen.....	77
5.2.1.6	Zusammenhang zwischen der stationären Krankenhausbehandlung und den Behandlungsstrukturen	79
5.2.2	Leitlinienorientierte Behandlung bei leichter Depression	80
5.2.3	Leitlinienorientierte Behandlung bei leichter und mittelgradiger Depression	81
5.2.4	Leitlinienorientierte Behandlung bei mittelgradiger und schwerer Depression sowie Dysthymie	82
5.2.5	Leitlinienorientierte Versorgung bei schwerer Depression.....	88
5.2.6	Leitlinienorientierte Behandlung bei chronifizierter Depression	94
5.2.7	Versorgung nicht spezifiziert diagnostizierter Depressionsfälle	100

6	Zusammenfassung der Ergebnisse und Interpretation	103
6.1	Häufigkeit und regionale Variation diagnostizierter Depressionen	103
6.1.1	Wie häufig werden welche Depressionsdiagnosen vergeben?.....	103
6.1.2	Regionale Variation der Depressionsdiagnosen.....	105
6.1.3	Wie lassen sich die regionalen Unterschiede der Depressionsdiagnosen erklären?	109
6.2	Wie leitlinienorientiert erfolgt die Versorgung von Menschen mit Depression?	114
6.2.1	Einschränkung der Operationalisierung der Leitlinienempfehlungen	114
6.2.2	Stationäre Behandlung leichter und mittelgradiger Depressionen	115
6.2.3	Antidepressiva-Verordnung bei leichten Depressionen	115
6.2.4	Behandlung mittelgradiger, schwerer und chronifizierter Depressionen	115
6.2.5	Regionale Unterschiede in der leitlinienorientierten Behandlung und Zusammenhang mit den Versorgungsstrukturen.....	117
7	Verbesserungsansätze und Handlungsempfehlungen.....	121
7.1	Betroffene und Angehörige.....	121
7.2	Behandler	122
7.3	Forschungsinstitutionen und Förderer	122
7.4	Fachverbände und politische Entscheidungsträger	123
8	Beispiele guter Praxis	125
9	Literatur	129
10	Anhang	137
11	Vorstellung der Autorin und der Autoren.....	139
12	Vorstellung der Gutachter	140
13	Projektskizze	141

Abbildungen

Abbildung 1: Verläufe depressiver Störungen	15
Abbildung 2: Schematische Darstellung der Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen.....	17
Abbildung 3: 1-Jahres-Prävalenz depressiver Erkrankungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (DEGS1-MH)	20
Abbildung 4: Kostenentwicklung depressiver und anderer psychischer Erkrankungen.....	22
Abbildung 5: Regionale Verteilung der Hausarzt-Dichte, 2011	42
Abbildung 6: Dichte der Hausärzte nach Bundesland, 2011	43
Abbildung 7: Regionale Verteilung der psych. Facharzt- und Psychotherapeuten- Dichte, 2011	44
Abbildung 8: Regionale Dichte der psychiatrischen/psychosomatischen Fachärzte und Psychologischen Psychotherapeuten nach Bundesland, 2011	45
Abbildung 9: Regionale Verteilung der psych. Krankenhausbetten-Dichte, 2011	46
Abbildung 10: Regionale Dichte der stationären psych. Krankenhausbetten nach Bundesland, 2011	47
Abbildung 11: Prävalenz depressiver Erkrankungen nach Altersstufen und Geschlecht, 2011	48
Abbildung 12: Regionale Verteilung der Depressionsprävalenz aller Depressionsfälle, 2011	49
Abbildung 13: Administrative Prävalenz aller Depressionsdiagnosen nach Bundesland, 2011	50
Abbildung 14: Zusammenhang zwischen der regionalen Prävalenz aller Depressions- diagnosen und der Hausarzt-Dichte, 2011	51
Abbildung 15: Verteilung unterschiedlicher Depressionsdiagnosen, 2011	52
Abbildung 16: Prävalenz der unterschiedlichen oder spezifizierten Depressionsdiagnosen nach Geschlecht, 2011.....	52
Abbildung 17: Prävalenz der spezifizierten Depressionsdiagnosen nach Altersstufen und Geschlecht, 2011	53
Abbildung 18: Regionale Verteilung der spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011.....	54
Abbildung 19: Administrative Prävalenz der spezifizierten Depressionsdiagnosen nach Bundesland, 2011	55
Abbildung 20: Verteilung der Verläufe (2008-2012) diagnostizierter Depressionsfälle	56
Abbildung 21: Verteilung der Verläufe diagnostizierter Depressionsfälle (2008-2012) nach Altersstufen	57
Abbildung 22: Regionale Verteilung diagnostizierter chronischer Depressionsfälle.....	58
Abbildung 23: Anteil chronisch verlaufender Depressionsfälle nach Bundesland, 2011	59
Abbildung 24: Anteile komorbider psychischer Störungen bei Depressionsdiagnosen nach Schweregrad und Anzahl der Diagnosen, 2011.....	60
Abbildung 25: Verteilung der häufigsten komorbiden psychischen Störungen bei Depressionsdiagnosen nach Schweregraden, 2011.....	61
Abbildung 26: Anteil komorbider somatoformer Störungen bei spezifizierten Depressions- diagnosen nach Geschlecht und Altersstufen, 2011	62
Abbildung 27: Regionale Verteilung komorbider somatoformer Störungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011	63
Abbildung 28: Anteil komorbider Angststörungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen nach Geschlecht und Altersstufen, 2011	65
Abbildung 29: Regionale Verteilung komorbider Angststörungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011	66
Abbildung 30: Diagnostizierende Fachgruppe bei depressiven Erkrankungen, 2011	68

Abbildung 31: Diagnostizierende Fachgruppe bei spezifizierten und nicht spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011	69
Abbildung 32: Regionale Verteilung der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosis bei Depressionsdiagnosen, 2011	70
Abbildung 33: Anteil der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosis bei Depressionen nach Bundesland, 2011	71
Abbildung 34: Zusammenhang zwischen dem Anteil der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosierung und der psych. Facharzt-Dichte, 2011	72
Abbildung 35: Zusammenhang zwischen dem Anteil der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosis und der Psychotherapeuten-Dichte, 2011	72
Abbildung 36: Regionale Verteilung der psychotherapeutischen Behandlungsraten mit entsprechender Mindestdauer bei Versicherten mit einer Depressionsdiagnose, 2011	74
Abbildung 37: Anteil psychotherapeutischer Behandlungen mit entsprechender Mindestdauer bei Versicherten mit einer Depressionsdiagnose nach Bundesland, 2011	75
Abbildung 38: Zusammenhang zwischen dem Anteil psychotherapeutischer Behandlungen mit entsprechender Mindestdauer aller Depressionsfälle und der psych. Facharzt-Dichte, 2011	76
Abbildung 39: Zusammenhang zwischen dem Anteil psychotherapeutischer Behandlungen mit entsprechender Mindestdauer aller Depressionsfälle und der Psychotherapeuten-Dichte, 2011	76
Abbildung 40: Regionale Verteilung der stationär behandelten Depressionen, 2011	78
Abbildung 41: Anteil stationärer Behandlungen bei depressiven Erkrankungen nach Bundesland, 2011	79
Abbildung 42: Zusammenhang zwischen regionalen stationären Behandlungsraten aller Depressionsfälle und der Hausarzt-Dichte, 2011	80
Abbildung 43: Antidepressiva-Therapie bei leichter Depression ohne psychische Komorbidität nach Geschlecht und Altersstufen, anteilig an allen Versicherten mit leichter Depression ohne psychische Komorbidität, 2011	81
Abbildung 44: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei mittelgradiger und schwerer Depression und Dysthymie, 2011	83
Abbildung 45: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei mittelgradiger und schwerer Depression und Dysthymie nach Geschlecht, 2011	84
Abbildung 46: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei mittelgradiger und schwerer Depression und Dysthymie nach Altersstufen, 2011	85
Abbildung 47: Regionale Verteilung des Anteils der leitlinienorientiert behandelten mittelgradigen und schweren Depression und Dysthymie, 2011	86
Abbildung 48: Anteil leitlinienorientiert behandelter mittelgradiger, schwerer und dysthymer Depressionsfälle nach Bundesland, 2011	87
Abbildung 49: Administrative Prävalenz der schweren Depressionsfälle nach Bundesland, 2011	88
Abbildung 50: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei schwerer Depression, 2011	89
Abbildung 51: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei schwerer Depression nach Geschlecht, 2011	90
Abbildung 52: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei schwerer Depression nach Altersstufen, 2011	91
Abbildung 53: Regionale Verteilung des Anteils der leitlinienorientiert behandelten schweren Depressionen, 2011	92

Abbildung 54: Anteil leitlinienorientiert behandelter schwerer Depressionsfälle nach Bundesland, 2011.....	93
Abbildung 55: Verteilung der Behandlungsarten (2008-2012) bei diagnostizierten chronischen Depressionsfällen, 2011.....	95
Abbildung 56: Verteilung der Behandlungsarten (2008-2012) bei diagnostizierten chronischen Depressionsfällen nach Geschlecht, 2011.....	96
Abbildung 57: Verteilung der Behandlungsarten (2008-2012) bei diagnostizierten chronischen Depressionsfällen nach Altersstufen, 2011.....	97
Abbildung 58: Regionale Verteilung der leitlinienorientiert behandelten chronischen Depressionsfälle, 2011.....	98
Abbildung 59: Anteil leitlinienorientiert behandelter chronisch verlaufender Depressionsfälle nach Bundesland, 2011.....	99
Abbildung 60: Zusammenhang zwischen der Rate leitlinienorientiert behandelter chronischer Depressionsfälle und der Psychotherapeuten-Dichte, 2011.....	100
Abbildung 61: Behandlung nicht spezifizierter Depressionsfälle ohne psychische Komorbidität, 2011.....	101
Abbildung 62: Behandlung nicht spezifizierter Depressionsfälle mit psychischer Komorbidität, 2011.....	102

Tabellen

Tabelle 1:	Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre von 2002 bis 2008 in Deutschland.....	23
Tabelle 2:	Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen.....	31
Tabelle 3:	Einordnung der ICD-10-Diagnosekategorien nach Schweregrad und Spezifität	34
Tabelle 4:	Einordnung der ICD-10-Diagnosekategorien nach dem Verlauf	35
Tabelle 5:	Therapieverfahren zur Behandlung von Depressionen.....	36
Tabelle 6:	Einteilung der psychotherapeutischen Verfahren nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)	36
Tabelle 7:	Einteilung der Behandlergruppen nach der Lebenslangen Arztnummer	37
Tabelle 8:	Gesamtstichprobe und Depressionsprävalenz, 2011	37
Tabelle 9:	Validierung der Depressionsprävalenz der vorliegenden Stichprobe	38
Tabelle 10:	Anzahl und Dichte ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen, 2011	38
Tabelle 11:	Regionale Variation der Versorgungsstrukturen auf Kreisebene, 2011.....	41
Tabelle 12:	Kreise mit der niedrigsten und höchsten Hausarzt-Dichte, 2011	43
Tabelle 13:	Kreise mit der niedrigsten und höchsten psych. Facharzt- und Psychotherapeuten-Dichte, 2011	44
Tabelle 14:	Kreise mit der höchsten psych. Krankenhausbetten-Dichte, 2011	46
Tabelle 15:	Gesamtstichprobe und Depressionsprävalenz nach Geschlecht, 2011	47
Tabelle 16:	Regionale Variation aller Depressionsfälle auf Kreisebene, 2011.....	49
Tabelle 17:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten Prävalenzen der Depressionsfälle, 2011.....	50
Tabelle 18:	Variation der spezifizierten Depressionsdiagnosen auf Kreisebene, 2011.....	54
Tabelle 19:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten Prävalenzen spezifizierter Depressionsdiagnosen, 2011	55
Tabelle 20:	Regionale Verteilung der Anteile diagnostizierter chronischer Depressionsfälle	57
Tabelle 21:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten Anteilen diagnostizierter chronischer Depressionsfälle.....	58
Tabelle 22:	Regionale Variation der komorbiden somatoformen Störung bei spezifizierten Depressionsdiagnosen auf Kreisebene, 2011	63
Tabelle 23:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten Anteilen an somatoformen Störungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011.....	64
Tabelle 24:	Regionale Variation komorbider Angststörungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen auf Kreisebene, 2011	66
Tabelle 25:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten Anteilen komorbider Angststörungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011.....	67
Tabelle 26:	Regionale Verteilung ausreichend mit Antidepressiva behandelter Depressionsfälle, 2011	71
Tabelle 27:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten Anteilen der Antidepressiva- Verordnungen mit entsprechender Mindestdosis, 2011	71
Tabelle 28:	Regionale Verteilung der psychotherapeutischen Behandlungsraten mit entsprechender Mindestdauer bei Patienten mit einer Depressions- diagnose, 2011.....	74
Tabelle 29:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten psychotherapeutischen Behandlungsraten mit entsprechender Mindestdauer bei Versicherten mit einer Depressionsdiagnose, 2011	75
Tabelle 30:	Regionale Verteilung der Rate stationär behandelter Depressionsfälle, 2011	77

Tabelle 31:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten stationären Behandlungsraten bezogen auf alle Versicherten mit Depressionsdiagnose, 2011.....	78
Tabelle 32:	Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen.....	80
Tabelle 33:	Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen.....	81
Tabelle 34:	Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen.....	82
Tabelle 35:	Regionale Verteilung der leitlinienorientiert behandelten mittelgradigen und schweren Depression und Dysthymie, 2011.....	86
Tabelle 36:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten Raten leitlinienorientiert behandelter Depressionsfälle, 2011.....	87
Tabelle 37:	Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen.....	89
Tabelle 38:	Regionale Verteilung der leitlinienorientiert behandelten schweren Depressionen, 2011.....	92
Tabelle 39:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten Raten leitlinienorientiert behandelter schwerer Depressionen, 2011.....	93
Tabelle 40:	Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen.....	94
Tabelle 41:	Regionale Verteilung der leitlinienorientiert behandelten chronischen Depressionsfälle, 2011.....	98
Tabelle 42:	Kreise mit den niedrigsten und höchsten Raten leitlinienorientiert behandelter chronischer Depressionsfälle, 2011.....	99
Tabelle 43:	Zusammenhang zwischen der regionalen Versorgungsdichte und der Diagnosehäufigkeit, 2011.....	112
Tabelle 44:	Verteilung der leitlinienorientierten Behandlungsarten (in %) bei den untersuchten Subgruppen der Depressionsdiagnosen, 2011.....	116
Tabelle 45:	Zusammenhang zwischen der regionalen Versorgungsdichte und der Behandlungsrate, 2011.....	119

Abkürzungen

Ø	kein bedeutender Zusammenhang
-	schwacher negativer Zusammenhang
+	schwacher positiver Zusammenhang
++	mittlerer positiver Zusammenhang
+++	starker positiver Zusammenhang
AD	Pharmakotherapie mit Antidepressiva
AD Mono-	ausschließlich und nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie
AD Mono+	ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie
AOK plus	Allgemeine Ortskrankenkasse für die Länder Sachsen und Thüringen
ATC-Index	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
Barmer GEK	Barmer Gmünder Ersatzkasse
BKK	Krankenversicherungen der Betriebskrankenkassen
BGS98	Bundesgesundheitsurvey 1998
DD	Depressionsdiagnosen
DDD	Defined Daily Dose
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DEGS1-MH	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland - Zusatzuntersuchung psychische Gesundheit (Mental Health)
DESTATIS	Statistisches Bundesamt
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, aktuell in der 5. Auflage
EBLUP	Empirical Best Linear Unbiased Predictor
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EHA	Elsevier Health Analytics
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitsmodernisierungsgesetz
HA	Hausarzt
H _z V	Hausarztzentrierte Versorgung
ICD/ ICD-10	International Classification of Diseases (aktuell in der 10. Auflage)
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IKK	Innungskrankenkassen
IV	Integrierte Versorgung
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KGS	Kreisgemeindeschlüssel
Kombi	Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie
KV	Kassenärztliche Vereinigung(en)
LANR	Lebenslange Arztnummer
MAO	Monoaminoxidase
Morbi-RSA	Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
MSE	Mean Squared Error
MT1/MT	Melatonin-Rezeptor-Agonist
NEMESIS	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study
NSMRI	Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PP	Psychologische Psychotherapeuten
Psych. FA	Psychiatrische/Psychosomatische Fachärzte

Psych. Krankenhausbetten	Psychiatrische/psychosomatische Krankenhausbetten (ohne Rehabilitation)
PT	Ambulante Psychotherapie
PT Mono-	ausschließlich und nicht ausreichend lange Psychotherapie
PT Mono+	ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie
r	Korrelationskoeffizient nach Pearson
R ²	Bestimmungsmaß der erklärten Varianz
REML	Restricted Maximum Likelihood
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)
SNRI	Selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SSNRI	Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren
SSRI	Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren
TZA	Tri- und tetrazyklische Antidepressiva
UKE	Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
WHO	Weltgesundheitsorganisation
ZI	Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung

1 Zusammenfassung

Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten und folgenreichsten Erkrankungen. Mehr als 20 von 100 Menschen leiden im Laufe ihres Lebens unter einer Depression. Depression ist ein Oberbegriff für Störungen der Gemütslage, die mit Niedergeschlagenheit, Interessenverlust sowie Energie- und Antriebslosigkeit und weiteren Beschwerden einhergehen. Wenn diese Symptome mindestens zwei Wochen durchgängig anhalten, wird von einer behandlungsbedürftigen Erkrankung gesprochen. Dabei unterscheidet man je nach Verlauf und Schweregrad unterschiedliche Formen depressiver Erkrankungen (spezifische bzw. spezifizierte Depressionsdiagnosen). Etwa 8 % der deutschen Bevölkerung erfüllen innerhalb eines Jahres die Kriterien einer Depression. Darüber hinaus treten Depressionen oft zusammen mit anderen psychischen und körperlichen Erkrankungen auf.

Wird eine Depression nicht oder nicht frühzeitig erkannt und entsprechend angemessen behandelt, kann das zu gravierenden Folgen führen. Zum einen steht hier das persönliche Leid der Betroffenen und Angehörigen im Vordergrund; eine weitere gefürchtete Folge sind suizidale Handlungen oder der Suizid. Zum anderen stellen Depressionen durch die hohen Kosten, die sie im Gesundheitssystem verursachen, eine große Herausforderung dar. Geschätzt werden rund 50 % aller Menschen mit einer depressiven Erkrankung nicht ausreichend behandelt, gravierendste Folge ist die Chronifizierung der Erkrankung. Unklar ist bislang, wie viele Erkrankte eine adäquate an Leitlinienempfehlungen orientierte Behandlung erhalten. Zudem gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass die Häufigkeit von Depressionsdiagnosen regional zum Teil stark variieren kann. Diese Unterschiede sind auch auf kleinräumiger Ebene zwischen Landkreisen und kreisfreien Städten erkennbar.

Zur Behandlung depressiver Erkrankungen stehen vor allem psychotherapeutische und pharmakologische Verfahren zur Verfügung, die im ambulanten und (teil-)stationären Versorgungssetting durchgeführt werden. Für jede der nach Schweregrad und Verlauf spezifizierten Depressionsdiagnosen ist nach den evidenzbasierten Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ ein bestimmtes Vorgehen bei der Behandlung indiziert. Entsprechend ist z. B. bei einer schweren Depression eine Kombinationstherapie aus Psychotherapie und Psychopharmakotherapie indiziert. Bei einer leichten Depression ist hingegen eine Monotherapie in Form einer psychotherapeutischen Behandlung der medikamentösen Behandlung vorzuziehen.

Der vorliegende Faktencheck fokussiert erstmals auf die Ermittlung der kleinräumig-regionalen Variationen diagnostizierter depressiver Erkrankungen (administrative Prävalenzen) und auf die Frage, wie leitlinienorientiert die Behandlung depressiver Erkrankungen in Deutschland erfolgt. Hierbei werden der Schweregrad, der Verlauf und der Chronifizierungsgrad sowie weitere bestehende psychische Erkrankungen (Komorbiditäten) einbezogen. Zur Analyse der regionalen Prävalenz und Versorgung von chronischen depressiven Erkrankungen werden darüber hinaus Verläufe über mehrere Jahre analysiert. Unter Berücksichtigung der regionalen Verteilung von soziodemographischen Merkmalen und Versorgungsstrukturen sollen die Analysen helfen, regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen zu erklären. Mögliche Indikatoren einer Über-, Unter- und Fehlversorgung können schließlich relevante Hinweise für eine Verbesserung der Versorgung depressiver Erkrankungen liefern.

Insgesamt wurden Sekundärdaten von sechs Millionen Versicherten im Erwachsenenalter von 84 unterschiedlichen Krankenversicherungen der Betriebskrankenkassen (BKK) und Innungskrankenkassen (IKK) aus den Jahren 2008 bis 2012 untersucht. Der primäre Beobachtungszeitraum umfasste das Jahr 2011. Datengrundlagen bildeten unter anderem die ambulanten und stationären Diagnosen, der Wohnort der Versicherten sowie die verordneten Arzneimittel und weitere abgerechnete Behandlungsleistungen (z. B. Psychotherapie). Zusätzlich wurden öffentlich zugängliche Statistiken zur regionalen Dichte der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen genutzt.

Die erste Fragestellung zielte auf die Ermittlung der unterschiedlichen Depressionsdiagnosen, die Erfassung chronischer Depressionsformen, ihre regionale Variation und die Zusammenhänge zu relevanten Strukturmerkmalen. Die Hauptergebnisse lauten:

- Die administrative Prävalenz aller Depressionsdiagnosen in Deutschland beträgt 13,4 %.
- Die Hälfte der Depressionsdiagnosen wird unspezifisch vergeben.
- Über 80 % aller unspezifischen Depressionsdiagnosen werden ausschließlich oder unter Beteiligung von Hausärzten gestellt.
- Von den spezifischen Depressionsdiagnosen stellen den größten Teil die mittelgradigen Episoden (42 %) dar, gefolgt von den schweren (30 %) und den leichten Depressionsepisoden (28 %).
- Frauen erhalten doppelt so häufig eine Depressionsdiagnose wie Männer, die höchsten administrativen Prävalenzen liegen bei beiden Geschlechtern zwischen 55 und 65 Jahren.
- Regional variiert die administrative Prävalenz aller Depressionsdiagnosen zwischen 7 % und 21 %, bei den spezifischen Depressionsdiagnosen zwischen 3 % und 15 %.
- Depressionsdiagnosen werden häufiger im Süden Deutschlands (Bayern und Baden-Württemberg) und in den Großstädten Berlin und Hamburg gestellt; die niedrigsten Raten bestehen im Osten Deutschlands (Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen).
- Knapp zwei Drittel aller Depressionsdiagnosen im Jahr 2011 weisen einen chronischen Verlauf auf, die regionale Verteilung ähnelt der Verteilung von Diagnosen mit einer Häufung im Süden Deutschlands.
- Die administrative Prävalenz der Depressionsdiagnosen hängt schwach positiv mit der ambulanten Versorgungsdichte (Hausärzte, psychiatrische und psychosomatische Fachärzte bzw. Psychotherapeuten) zusammen. Zwischen den ambulanten Versorgern lassen sich aber keine bedeutsamen Unterschiede feststellen.
- 70 % aller Versicherten mit einer Depressionsdiagnose erhalten mindestens eine weitere Diagnose einer psychischen Erkrankung; die häufigsten Komorbiditäten sind die somatoformen Störungen, die Belastungs- und die Angststörungen. Hinsichtlich der regionalen Verteilung zeigt sich bei den komorbiden Erkrankungen ein tendenziell entgegengesetztes Muster: Komorbide somatoforme und Angststörungen werden häufiger im Osten Deutschlands diagnostiziert.

In der zweiten Fragestellung wurde untersucht, wie leitlinienorientiert Patienten mit einer Depressionsdiagnose behandelt werden und wie diese Anteile regional variieren. Dafür wurden Subgruppen mittels der unterschiedlichen Depressionsdiagnosen gebildet und Indikatoren für die entsprechende leitlinienorientierte Behandlung abgeleitet. Anschließend wurde der Zusammenhang der regionalen Behandlungsraten mit den regionalen Versorgungsstrukturen untersucht. Hier sind folgende Hauptergebnisse relevant:

- Patienten mit mittelgradigen, schweren und leichteren chronischen (= dysthymen) Depressionen bleiben zu knapp einem Viertel unterversorgt, d. h. erhalten keine oder keine

- leitlinienorientierte Behandlung. Ein weiteres Viertel erhält zwar eine Pharmako- oder Psychotherapie, allerdings nicht in der angemessenen Dosis, wie sie Leitlinien empfehlen.
- 18 % der Patienten mit schweren Depressionen erhalten gar keine Behandlung, weitere 56 % eine Monotherapie mit Antidepressiva oder Psychotherapie und nur 26 % eine leitlinienorientierte kombinierte oder stationäre Behandlung.
 - 31 % der Patienten mit chronischen Depressionen werden nicht behandelt, 57 % erhalten eine Monotherapie und nur 12 % eine leitlinienorientierte kombinierte oder stationäre Behandlung.
 - Bei Patienten mit schweren und chronischen Depressionen nimmt mit zunehmendem Alter der Anteil der alleinigen pharmakotherapeutischen Behandlung und der nicht behandelten Patienten zu.
 - Für leichte Depressionen ohne psychische Komorbidität konnten keine Hinweise auf eine Fehlversorgung mittels Antidepressiva gefunden werden.
 - Ebenso gab es keinen Hinweis auf eine Überversorgung der leichten und mittelgradigen Depressionen durch eine stationäre Behandlung.
 - Regional zeigen sich Unterschiede in den Anteilen leitlinienorientierter Behandlungen, im Süden Deutschlands sind die Anteile tendenziell geringer.
 - Es bestehen ein positiver Zusammenhang zwischen dem regionalen Anteil leitlinienorientierter Behandlungen und der Anzahl an fachspezifischen Behandlern (Psychiater, Psychotherapeuten u. a.) sowie ein schwach negativer Zusammenhang mit der Anzahl der Hausärzte in der jeweiligen Region.

Zusammenfassend liefern die Ergebnisse des vorliegenden Faktenchecks prägnante Hinweise auf aktuell in der Versorgung bestehende relevante Qualitätsmängel, insbesondere hinsichtlich des Erkennens und der Kodierweise spezifischer Depressionsdiagnosen. Ein gravierender Anteil der Versicherten mit Depressionsdiagnosen bleibt darüber hinaus unterversorgt oder läuft bei den derzeit bestehenden ungenauen diagnostischen Prozeduren Gefahr, nicht die nach aktuellen Leitlinien empfohlenen evidenzbasierten Behandlungsmaßnahmen zu erhalten, also fehlbehandelt zu werden. Die regionalen Analysen verdeutlichen, dass möglicherweise nicht alle Versicherten einen Zugang zur Versorgung haben und dass Patienten je nach Wohnregion unterschiedliche Chancen haben, eine angemessene Behandlung zu erhalten. Mögliche Erklärungsansätze für diese Versorgungsdefizite auf nationaler und auf regionaler Ebene werden diskutiert. Aus den Ergebnissen werden Handlungsempfehlungen für Betroffene, Behandler und Entscheidungsträger im Gesundheitssystem abgeleitet: Aufklärung und Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen, die Stärkung der Patientenbeteiligung im Versorgungsalltag und die Förderung der partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Patient und Behandler können ebenso wie Qualitätsverbesserungen bei der Diagnosestellung und -kodierung aufseiten der Behandler dazu beitragen, dass depressive Erkrankungen frühzeitig erkannt und spezifisch diagnostiziert werden.

Ferner sollten die Ursachen der mangelhaften Leitlinienorientierung bei der Behandlung durch verstärkte Forschungsaktivität genauer untersucht werden. Gleichzeitig kann die Anwendung der Leitlinie durch die Weiterqualifikation der Behandler und durch die Einführung von innovativen Versorgungsmodellen gefördert werden. Diese Veränderungen müssen letztlich auch von den politischen Entscheidungsträgern getragen werden, um eine adäquate und bedarfsgerechte Versorgung depressiver Erkrankungen gewährleisten zu können.

2 Bedeutung des Themas

Depressionen gehören weltweit zu den häufigsten und folgenreichsten Formen psychischer Erkrankungen. Nach Ergebnissen der *Global Burden of Disease Study* der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zählen Depressionen weltweit zu den Hauptursachen für krankheitsbedingte Beeinträchtigungen und gehen mit einer hohen Krankheitslast einher [1, 2].

Depressionen¹ werden den **affektiven Störungen** zugeordnet, ihre Hauptsymptome sind gedrückte Stimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit sowie ein verminderter Antrieb. Sie treten vornehmlich als eigenständige Störung auf, können aber auch als Folge von anderen Erkrankungen oder Belastungen auftreten. Sie gehen mit weitreichenden individuellen und gesellschaftlichen Folgen einher und sind mit stark erhöhten direkten Kosten (z. B. durch die Inanspruchnahme von Behandlungen) sowie indirekten Kosten (z. B. durch Arbeitsausfallzeiten) verbunden [3-5].

Die Lebenszeitprävalenz, d. h. das Risiko, irgendwann im Verlauf des Lebens an einer Depression zu erkranken, wird national wie international auf 16 % bis 20 % geschätzt [6, 7]. Nationale und internationale epidemiologische Studien liefern zum Teil Hinweise auf eine Zunahme des Erkrankungsrisikos in den vergangenen Jahrzehnten, insbesondere bei Jüngeren (sog. Alterskohorteneffekt, d. h. Bevölkerungsgruppen sind heute in jüngerem Alter häufiger von Depressionen betroffen als früher) [8-11]. Allerdings können Untersuchungen, bei denen Menschen retrospektiv zu ihrem Befinden befragt werden, ggf. mit spezifischen Einschränkungen wie Erinnerungsdefiziten oder der (mangelnden) Bereitschaft, von psychischen Symptomen zu berichten, einhergehen [8, 9]. So können die höheren Prävalenzen bei jüngeren Generationen auch auf andere Ursachen zurückgehen als auf einen Anstieg der tatsächlichen Depressionsprävalenz. Aktuelle Ergebnisse einer großen bevölkerungsrepräsentativen Studie (DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland [12, 13, 14]), in der Prävalenzen über einen Zeitraum von ca. 15 Jahren gegenübergestellt werden, weisen jedoch eher darauf hin, dass in Deutschland keine großen Veränderungen in der Prävalenz depressiver Erkrankungen zu verzeichnen sind [13] (eine genauere Beschreibung der Studie ist in Abschnitt 2.1.2, Seite 16, zu finden). Ein Anstieg der Depressionsdiagnosen ist zum Teil in administrativen Daten (z. B. Abrechnungsdaten von Krankenkassen) zu finden [15]. Diese Daten gehen aber mit erheblichen methodischen Einschränkungen einher (vgl. auch Abschnitt 2.1.3, Seite 18) und sind nur bedingt für die Beantwortung der Frage heranzuziehen, ob Depressionen in der Bevölkerung tatsächlich zugenommen haben. International konnten zwar Hinweise auf eine Zunahme der Depressionsprävalenz gefunden werden [8, 9, 16], für Deutschland lässt sich diese Frage derzeit noch nicht abschließend beantworten [13].

2.1 Definition und Prävalenz depressiver Erkrankungen

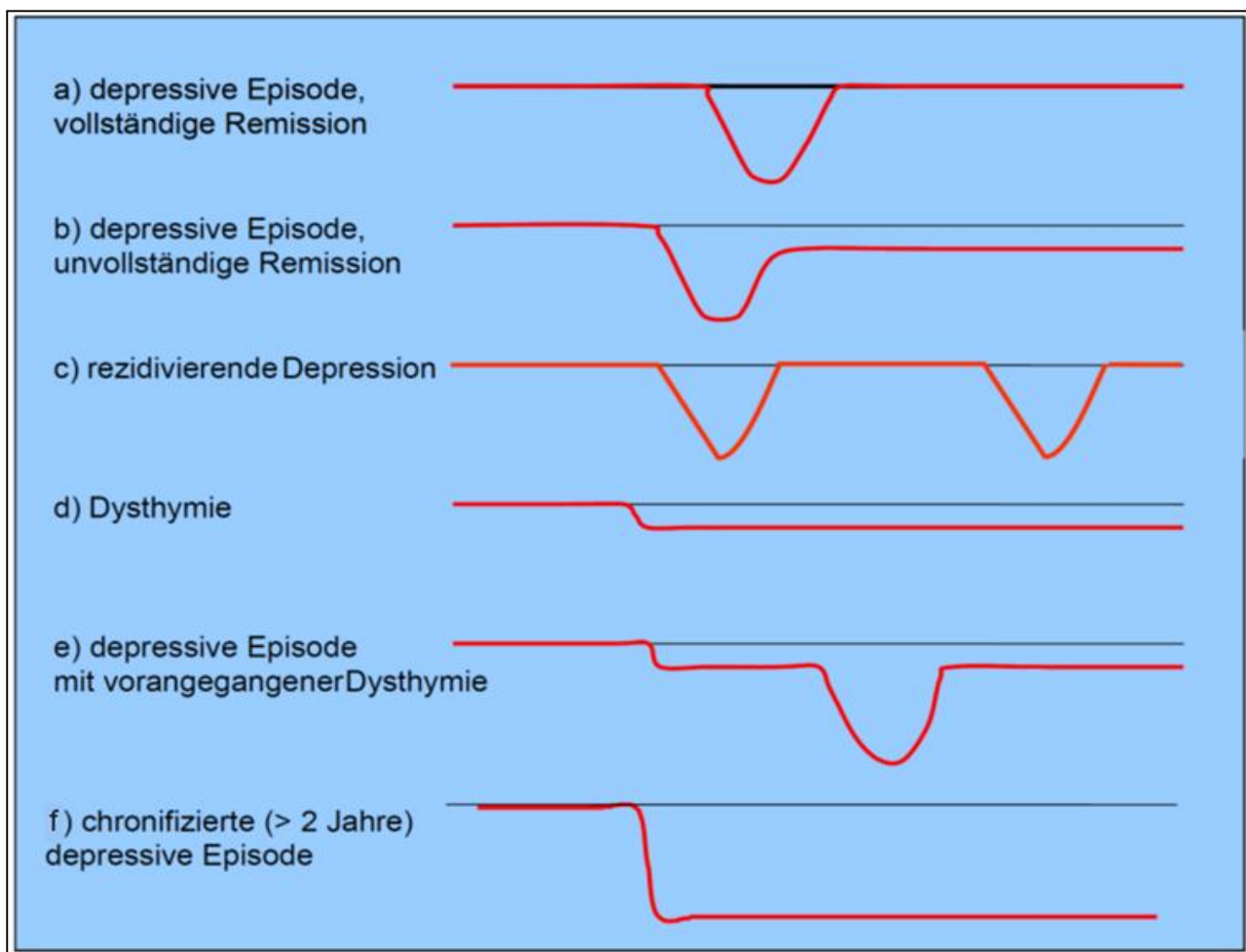
2.1.1 Definition und Diagnosekriterien

Depressionen werden üblicherweise nach den Kriterien der Klassifikationssysteme des ICD (*International Classification of Diseases*, aktuell in der 10. Auflage) [17] oder des DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, aktuell in der 5. Auflage) [18] diagnostiziert. In Deutschland ist die Verwendung von ICD-10-Diagnosen vorgeschrieben. Die Kriterien beruhen sowohl auf der Anzahl als auch auf der Dauer verschiedener depressiver Haupt- und Zusatzsymptome, die die unterschiedlichen Schweregrade determinieren, sowie dem Verlauf der Beschwerden. Zu den

¹ Dieser Beitrag fokussiert ausschließlich auf unipolare depressive Störungen. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit ist im Folgenden mit der Bezeichnung „Depressionen“ nur diese Gruppe affektiver Störungen gemeint.

Hauptsymptomen depressiver Störungen gehören gemäß ICD-10 **gedrückte Stimmung, Interessenverlust** oder **Freudlosigkeit** sowie ein **verminderter Antrieb** und **erhöhte Ermüdbarkeit**. Als Zusatzsymptome gelten **Konzentrationsprobleme, vermindertes Selbstwertgefühl, Schuld- oder Wertlosigkeitsgefühle, negative Zukunftsperspektiven, Suizidgedanken oder -handlungen, Schlafstörungen und Appetitverlust**. Für die Diagnose einer Depression wird verlangt, dass die Symptome **mindestens zwei Wochen andauert** haben müssen. Anhand der Anzahl der Haupt- und Zusatzsymptome werden die Schweregrade leichte, mittelgradige und schwere depressive Störung unterschieden. Neben der akuten Symptomatik wird auch der Verlauf der Erkrankung zur Diagnostik herangezogen (siehe Abbildung 1).

Abbildung 1: Verläufe depressiver Störungen



Quelle: S3-Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression [7].

Nach einer **depressiven Episode** kann sich die Symptomatik entweder vollständig (a) oder unvollständig (b) zurückentwickeln (remittieren), wobei im letzteren Fall das Risiko für eine erneute depressive Episode erhöht ist. Tritt mehr als eine depressive Episode mit remittierten Phasen zwischen den Episoden auf, spricht man von einer **rezidivierenden depressiven Störung** (c). Bei der **Dysthymie** (d) handelt es sich um eine chronische depressive Verstimmung, deren Symptome seit mindestens zwei Jahren bestehen, die aber hinsichtlich des Schweregrades nicht die Kriterien einer einzelnen Episode erfüllen. Entwickelt sich aus der Dysthymie eine zusätzliche depressive Episode, spricht man von einer sog. **Double Depression** (e). Hält die depressive Erkrankung zwei Jahre oder

länger ohne Vollremission zwischen den Episoden an, wird von einem **chronischen Verlauf** gesprochen (f).

Mindestens 50 % aller depressiv erkrankten Patienten erleben nach der ersten depressiven Episode weitere Erkrankungsperioden im Laufe der folgenden Jahre. Schätzungsweise 15 % bis 20 % aller depressiven Erkrankungen gehen in einen chronischen Verlauf über [7, 19, 20]. Im ICD-10 ist allerdings neben der Dysthymie keine spezifische Kodierung für die Chronizität der Störung vorgesehen [17]. In der im Jahr 2013 erschienenen fünften Version des diagnostischen Manuals DSM [18] wurde die Diagnose der **persistierenden depressiven Störung** eingeführt. In dieser Diagnose werden die dysthyme Störung und die chronische Form der depressiven Störung (im DSM „*Major Depressive Disorder*“) zusammengefasst, da sich beide Störungsbilder nicht ausreichend sicher hinsichtlich der Beschwerden bzw. Symptomatologie und im Ansprechen auf Behandlungen unterscheiden lassen [21]. Für die Diagnosekategorie der persistierenden depressiven Störung müssen die oben genannten Diagnosekriterien durchgängig über mindestens zwei Jahre erfüllt sein. Die diagnostischen Kriterien und die abgeleiteten Behandlungsempfehlungen sind in Abbildung 2 schematisch dargestellt.

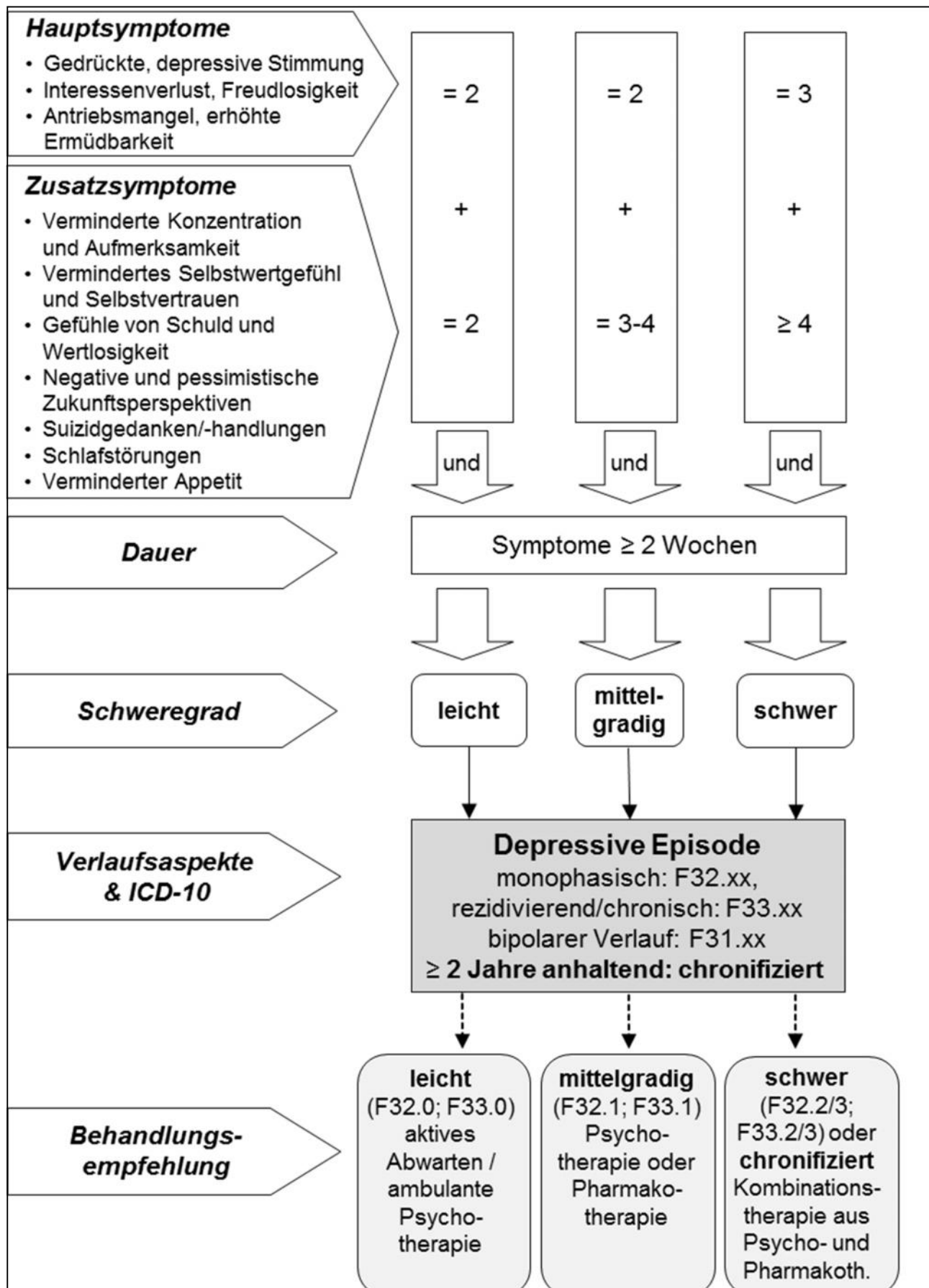
Bei allen Erkrankungen, den psychischen und den somatischen, gibt es laut ICD-10 die Möglichkeit, die Restkategorien „Sonstige ... Störung bzw. Erkrankung“ oder „nicht näher bezeichnete ... Störung bzw. Erkrankung“ zu kodieren [22]. Die **Restkategorien „sonstige depressive Störung“ (F32.8, F33.8)** und **„nicht näher bezeichnete depressive Störung“ (F32.9, F33.9)** sollen nur dann verwendet werden, wenn die Symptomatik in keine der übergeordneten Kategorien passt oder eine nähere Spezifizierung der Diagnose nicht möglich ist. Epidemiologische Studien zeigen allerdings, dass diese Kategorien äußerst selten sind. **Grundsätzlich soll so spezifisch wie möglich verschlüsselt werden** [22, 23].

2.1.2 Häufigkeit depressiver Erkrankungen

Valide Prävalenzschätzungen depressiver Störungen beruhen meist auf strukturierten standardisierten Interviews zur depressiven Symptomatik aus einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe im Rahmen epidemiologischer Gesundheitssurveys. Die aktuellsten epidemiologischen Daten für Deutschland basieren auf der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS) des Robert Koch-Instituts aus den Jahren 2008 bis 2011 [13, 14, 24]. In einer Stichprobe von 5.317 Personen wurden die Diagnosen mittels standardisierter diagnostischer Interviews erfasst. Hiernach zählen unipolare Depressionen, die die monophasischen depressiven Episoden (F32.x), die rezidivierenden depressiven Erkrankungen (F33.x) und die Dysthymie (F34.1) umfassen, mit einer 1-Jahres-Prävalenz von 7,7 % zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Die Prävalenz liegt bei Frauen mit 10,6 % mehr als doppelt so hoch wie bei Männern (4,8 %).

Von den Menschen mit unipolaren Depressionen weisen die meisten eine rezidivierende depressive Erkrankung auf (F33.x; 40 %), gefolgt von einer einzelnen depressiven Episode (F32.x; 36 %) und einer Dysthymie (F34.1; 24 %). Die Verteilung der Schweregrade der depressiven Erkrankungen (F32.x und F33.x) zeigt, dass mehr als 50 % aller Depressionen die Kriterien einer mittelgradigen depressiven Störung erfüllen, 30 % einer schweren und 19 % einer leichten depressiven Störung [14].

Abbildung 2: Schematische Darstellung der Diagnostik und Behandlung depressiver Erkrankungen



Quelle: S3-Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression [nach 7, modifiziert]. Datengüte und Interpretation von Prävalenzschätzungen

2.1.3 Datengüte und Interpretation von Prävalenzschätzungen

Hinweise auf die Häufigkeit depressiver Erkrankungen sowie die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten lassen sich auch ableiten aus Sekundärdaten der ambulanten und stationären ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung, die der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zur Verfügung stehen. Wesentlicher Bestandteil der Routinedaten der Krankenkassen sind die mittels ICD-10 kodierten Diagnosen, Angaben zur stationären und ambulanten Versorgung, zur Arzneimittelverordnung sowie zu Arbeitsunfähigkeitszeiten.

Vorteile der Analyse solcher Routinedaten gegenüber bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Untersuchungen sind zum einen der wesentlich geringere Aufwand und die geringeren Kosten der Datenerhebung. Zum anderen können mithilfe administrativer Daten populations- und stichprobenbasierte Auswertungen durchgeführt werden, die erst durch hohe Fallzahlen ermöglicht werden. Ein wesentlicher Vorteil ist, dass diese aufgrund der hohen Fallzahlen Analysen auf regionaler sowie auf Stadt- bzw. Kreisebene erlauben. Einen weiteren Vorteil der Analyse von Routinedaten stellt die Möglichkeit dar, die Versorgungsrealitäten abzubilden.

Nur begrenzt aussagekräftig sind Prävalenzschätzungen aus GKV-Routinedaten allerdings hinsichtlich ihrer Repräsentativität, der Präzision und Validität: In den GKV-Routinedaten werden nur solche Personen als depressiv Erkrankte erfasst, die gesetzlich krankenversichert sind und die einen Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen, der die depressive Störung erkennt, diagnostiziert und entsprechend in den Abrechnungsdaten kodiert. Das bedeutet, dass hierunter auch mögliche Fehldiagnosen sind und/oder vorhandene Depressionen unerkannt geblieben sind. Aber auch die Fortschreibung einer abgeklungenen Depression in den Daten ist denkbar. Da die Prävalenzschätzung folglich stark von dem Verhalten der Betroffenen (Gehen Betroffene mit den Beschwerden zum Arzt? Werden diese Beschwerden dort angesprochen?) und von den Behandlern (Erkennt, diagnostiziert und dokumentiert der Behandler die Erkrankung präzise?) abhängt, handelt es sich um sog. **administrative Prävalenzen**.

Eine Untersuchung des Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) anhand von Routinedaten der Barmer GEK aus den Jahren 2008 bis 2010 erbrachte für das Jahr 2010 eine alters- und geschlechtsstandardisierte 1-Jahres-Prävalenz unipolarer Depressionen von 12,7 % (Frauen: 16,6 %; Männer: 8,3 %) [15]. Betrachtet man allein die Diagnosen einer einzelnen depressiven Episode (F32.x), liegt die Prävalenz in den Routinedaten mit 10,9 % [15] zum Teil mehr als dreimal so hoch wie die aus den aktuellen DEGS-Survey-Daten mit 3,0 % [14], wohingegen die Prävalenzen der rezidivierenden depressiven Erkrankung (F33.x) und die Dysthymie (F34.1) in den Routinedaten sehr wahrscheinlich unterschätzt werden. In der Analyse der Abrechnungsdaten aller GKV-Routinedaten aus dem Jahr 2007 wurde eine administrative 1-Jahres-Prävalenz der unipolaren Depressionsdiagnosen (F32.x, F33.x, F34.1) von 10,2 % (Frauen: 12,8 %; Männer: 6,4 %) gefunden [25].

Die Unterschiede in der Höhe der Prävalenzen zwischen Schätzungen aus epidemiologischen Studien (Surveys) und Routinedaten der Krankenkassen lassen sich u. a. durch die Spezifika der Datengewinnung und -qualität in den jeweiligen Untersuchungen begründen. In epidemiologischen Studien wird die Allgemeinbevölkerung, bei Abrechnungsdaten wird eine Inanspruchnahme-population (gesetzlich Krankenversicherte, die zum Arzt oder Psychotherapeuten gehen) untersucht. Während die Schätzungen im Survey als eher konservativ betrachtet werden können, da nur aktuelle und voll ausgeprägte Symptomatiken als depressive Störung klassifiziert werden, können in den Routinedaten auch aktuell remittierte oder aufgrund einer erfolgreichen Behandlung symptomverminderte Fälle als diagnostizierte depressive Störungen mit eingehen

(**Überschätzung der tatsächlichen Prävalenz**). Des Weiteren kann hinsichtlich der Kodierpraxis und Kodierqualität der ICD-10-Diagnosen in GKV-Daten nicht ausgeschlossen werden, dass kodierte Diagnosen beibehalten werden, selbst wenn sie aktuell nicht mehr behandlungsrelevant sind. Zu einer **Unterschätzung** der aus GKV-Routinedaten generierten Prävalenzen kann es kommen, wenn die Diagnose keine Leistungserbringung zur Folge hätte, beispielsweise im Falle von unzureichenden regionalen Versorgungsangeboten, und deshalb möglicherweise nicht vergeben wird. Darüber hinaus kann die Erkrankungsprävalenz unterschätzt werden, wenn die Patienten dem Behandler nicht von sich aus über die depressive Symptomatik berichten und/oder der Behandler die Erkrankung nicht erkennt. Aber auch **Fehldiagnosen** sind denkbar, wenn z. B. eine Suchterkrankung verkannt und als Depression diagnostiziert wird oder eine depressive Erkrankung nicht erkannt wird und von einer somatischen Diagnose „verdeckt“ wird. Letztlich sind die Prävalenzschätzungen aus GKV-Routinedaten daher in besonderem Maße von der Präzision und Validität der Dokumentation abhängig. Potenzielle Ursachen einer ungenauen Dokumentation werden in Kapitel 6.1.3 (Seite 109) diskutiert.

Die im vorliegenden Faktencheck durchgeführten Analysen beziehen sich ausschließlich auf Routinedaten von Krankenkassen, die mit den genannten Einschränkungen administrativer Daten einhergehen. Zur klaren Abgrenzung der Prävalenzen von Depressionsdiagnosen aus epidemiologischen Studien wird im vorliegenden Bericht daher immer von „**administrativen Prävalenzen**“ gesprochen.

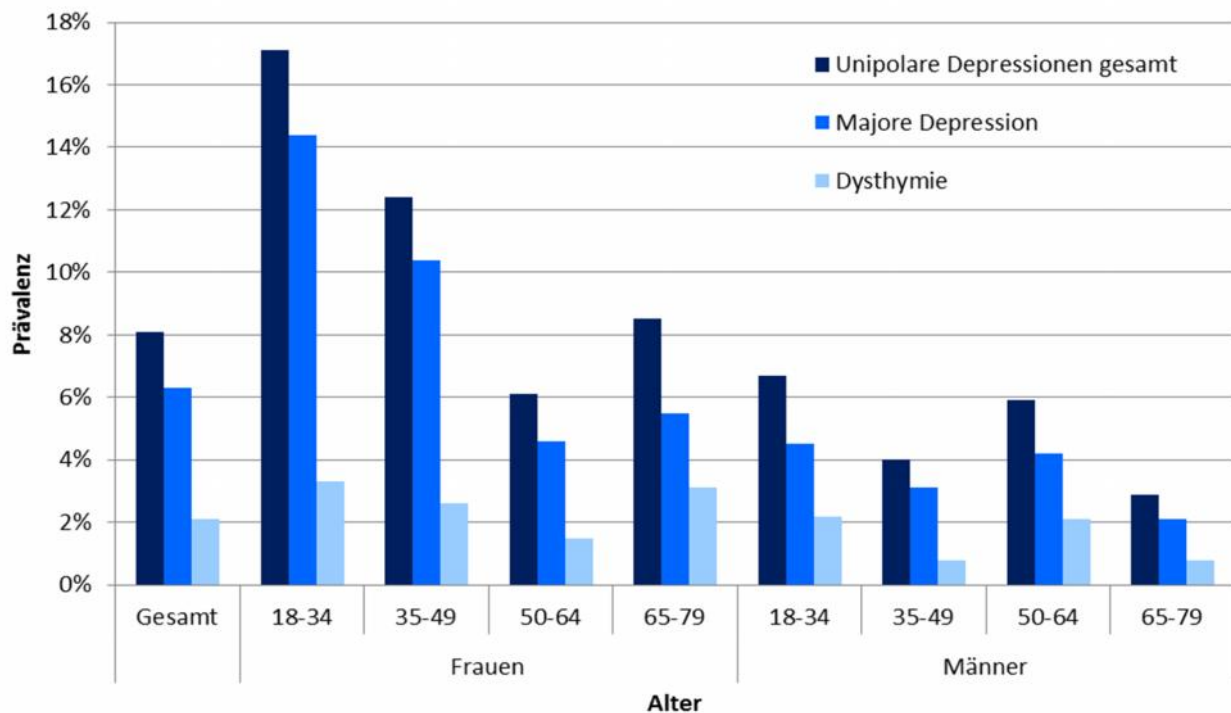
2.2 Risikofaktoren depressiver Erkrankungen

Bei der Entstehung und Aufrechterhaltung depressiver Störungen wird derzeit von einem multifaktoriellen Modell aus biologisch-genetischen, psychischen und sozialen Faktoren ausgegangen [26].

Frauen sind mit einer 1-Jahres-Prävalenz von etwa 11 % mehr als doppelt so häufig betroffen wie Männer [14, 27]. Selbst wenn sich für alle untersuchten Personen, je nach Datenbasis und Untersuchungsart (vgl. Abschnitt 2.1.2; Seite 16), zum Teil unterschiedlich hohe Prävalenzraten finden, zeigt sich dieses Muster der Geschlechterverteilung im Verhältnis 2:1 durchgängig über viele Untersuchungen.

Auch das Lebensalter steht in einem engen Zusammenhang mit der Auftretenshäufigkeit von Depressionen. Depressionen können in jedem Alter erstmalig auftreten, wobei das mittlere Ersterkrankungsalter zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr liegt. Die höchsten 1-Jahres-Prävalenzen treten in der Altersgruppe 18 bis 34 Jahre auf (siehe Abbildung 3) [28]. Mit steigendem Alter nimmt die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen zu [14]. Abbildung 3 zeigt, dass Frauen in allen untersuchten Altersgruppen etwa doppelt so häufig von einer depressiven Erkrankung betroffen sind wie Männer. Bei Frauen stellt die rezidivierende depressive Erkrankung die häufigste Diagnose dar, bei Männern ist es die einzelne depressive Episode [27].

Abbildung 3: 1-Jahres-Prävalenz depressiver Erkrankungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung (DEGS1-MH)



Quelle: Jacobi et al. [28].

Das Vorhandensein vertrauensvoller persönlicher Beziehungen wirkt als protektiver Faktor gegen die Entwicklung einer depressiven Erkrankung [29]. Entsprechend liegt die Prävalenz bei getrennten, geschiedenen und verwitweten Personen und solchen ohne enge Bezugspersonen deutlich höher als bei Verheirateten [30]. Ein weiterer Prädiktor für die Entwicklung einer depressiven Störung ist der soziale Status: Menschen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status leiden häufiger an depressiven Erkrankungen als Menschen mit einem mittleren oder hohen Sozialstatus [9, 31-33]. So hängen auch ein niedriges Haushaltseinkommen und Arbeitslosigkeit mit einem höheren Risiko einer Depression zusammen.

Depressionen treten überzufällig häufig mit anderen psychischen Störungen und somatischen Erkrankungen auf. Besonders häufig bestehen Komorbiditäten mit Angst- und Panikstörungen, wobei die depressive Erkrankung häufig als Folge der Angststörung auftritt [27]. Darüber hinaus sind psychische Störungen, insbesondere Depressionen, häufige Begleiterkrankungen bei chronisch somatischen Erkrankungen [4, 34-37]. Unklar ist dabei jedoch die Kausalität [27, 38]. Unabhängig von der Richtung dieses Zusammenhangs gehen komorbide depressive Störungen bei somatischen Erkrankungen häufig mit erhöhter Mortalität, Morbidität und höheren Versorgungskosten einher [39-41].

Zusammenfassend zeigen sich **Geschlecht, Alter, Partnerschaftssituation, sozioökonomischer Status** sowie **psychische und somatische Komorbidität** als bedeutende **Risikofaktoren** für die Entstehung und Aufrechterhaltung der depressiven Erkrankungen.

2.3 Konsequenzen für Betroffene und die Gesellschaft

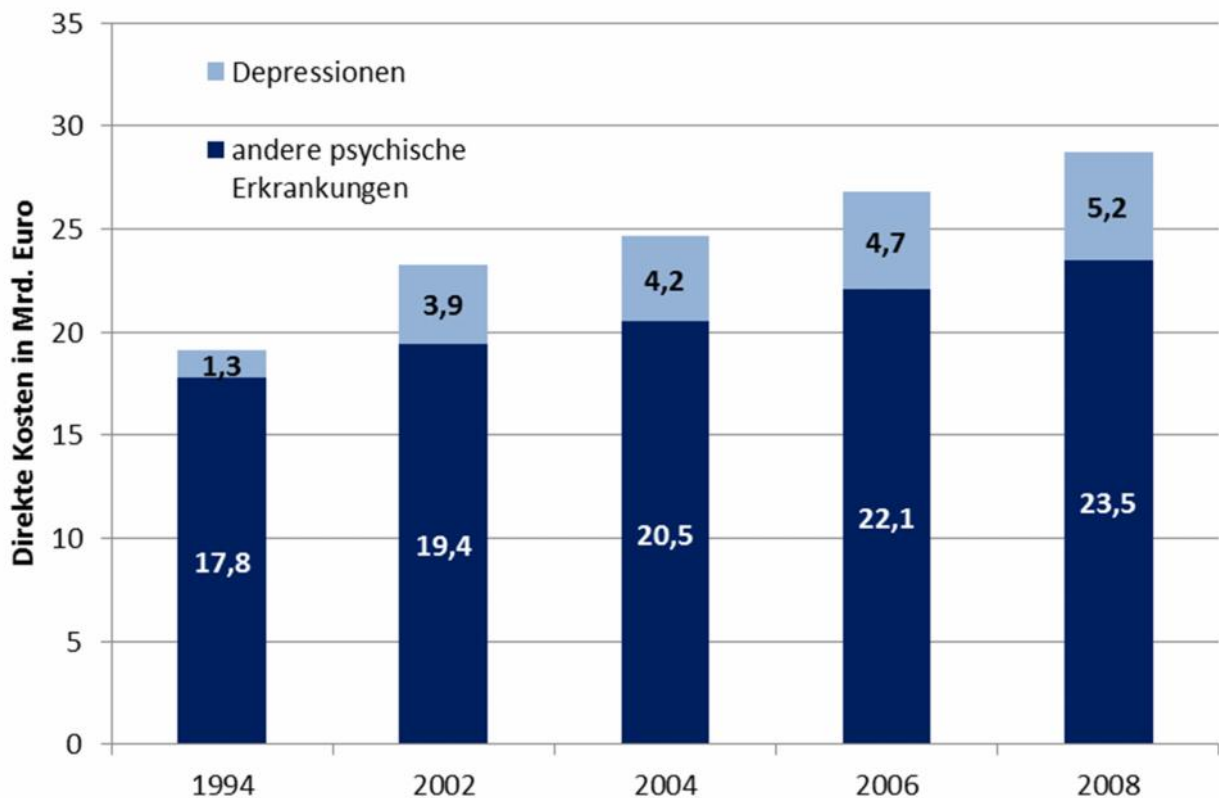
Die Bedeutung der hohen Prävalenz depressiver Erkrankungen liegt zum einen in dem individuellen Leidensdruck und den persönlichen Folgen der emotionalen, kognitiven, körperlichen und sozialen Funktionseinschränkungen für die Patienten selbst und deren Angehörige.

Depressive Erkrankungen gehen mit einer erhöhten Sterblichkeit einher. Etwa einer von sieben Menschen mit einer schweren depressiven Störung verstirbt durch Suizid. Suizide hängen stark mit psychischen Erkrankungen und hier insbesondere Depressionen zusammen [42-44]. Insgesamt gehen ca. 40 % bis 70 % der jährlich etwa 9.000 bis 10.000 Suizide in Deutschland auf eine depressive Erkrankung zurück [45, 46]. Die erhöhte Sterblichkeit ist jedoch auch durch komorbide somatische Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall bedingt. Im Jahr 2012 betrug die Anzahl der Sterbefälle durch vorsätzliche Selbstschädigung (ICD-10-Kodierung: X60-X84) in Deutschland 9.890 [47]. Dabei liegt die Suizidrate bei Männern rund 2,8-mal höher als bei Frauen. In den letzten 20 bis 30 Jahren ist ein Rückgang der Suizidsterblichkeit zu verzeichnen, seit 1998 ist sie um etwa 40 % gesunken. Dieser Trend ist auch international nachzuweisen [48-50]. Gleichwohl stellen Suizide mit über 150.000 Sterbefällen im Jahr 2011 in den 24 OECD-Mitgliedsstaaten eine hoch relevante Todesursache dar [49]. Eine neue Untersuchung zum Zusammenhang zwischen Suizidraten und den zunehmenden Verschreibungsraten von Antidepressiva bestätigt den Hinweis auf eine Abnahme der Suizidraten über die letzten Jahrzehnte [51].

Des Weiteren stellt sich die Relevanz der depressiven Erkrankungen auch in erheblichen Konsequenzen auf gesellschaftlicher und ökonomischer Ebene dar: Depressive Erkrankungen gehen häufig mit verminderter Leistungsfähigkeit, erhöhten Arbeitsunfähigkeitszeiten und einer intensiven Nutzung des Gesundheitssystems einher [52]. Sie stellen demnach eine große Herausforderung für das Gesundheitswesen dar und sind mit stark erhöhten Kosten verbunden [3]. Dies betrifft sowohl die direkten Kosten, also den Ressourcenverbrauch, der durch die Leistungsinanspruchnahme im Gesundheitssystem entsteht, als auch die indirekten Kosten, die über den Ressourcenverlust im Sinne des Produktivitätsausfalls, wie den Arbeitsunfähigkeitszeiten, ermittelt werden [3].

Die direkten Kosten der Depressionen, d. h. die Inanspruchnahme von medizinischen Heilbehandlungen, Präventions-, Rehabilitations- und Pflegemaßnahmen lagen im Jahr 2008 bei etwa 5,2 Milliarden Euro und machten somit fast ein Fünftel aller durch psychische Erkrankungen verursachten Kosten (28,7 Milliarden Euro) aus, davon mehr als die Hälfte (ca. 2,9 Milliarden Euro) für stationäre Maßnahmen. In Abbildung 4 sind die durch Depressionen und durch alle anderen psychischen Erkrankungen verursachten direkten Kosten im zeitlichen Verlauf dargestellt.

Abbildung 4: Kostenentwicklung depressiver und anderer psychischer Erkrankungen



Quelle: Statistisches Bundesamt [53].

Eine große epidemiologische Untersuchung von 3.555 volljährigen Personen ergab für die 131 als depressiv diagnostizierten Patienten durchschnittliche Pro-Kopf-Kosten von 686 Euro pro Jahr [54]. In einer anderen differenzierten Befragung von 270 als depressiv diagnostizierten Patienten wurden jährliche Kosten von 2.073 Euro pro Patient ermittelt. Allerdings konnte die Depressionsdiagnose nur bei zwei Drittel der Stichprobe ($n = 186$) durch die ICD-10-Kriterien verifiziert werden. Für diese Gruppe lagen die jährlichen Behandlungskosten mit 2.541 Euro deutlich höher als für die Gesamtgruppe [55]. Die Unterschiede in den ermittelten Kosten lassen sich durch das jeweilige methodische Vorgehen und die Stichprobenziehung in den beiden Studien erklären. Während diese bei Salize et al. [55] über das ambulante Versorgungssystem generiert wurde und damit nur diejenigen einbezogen wurden, die auch Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hatten, wurde bei Friemel et al. [54] eine repräsentative Bevölkerungsstichprobe gezogen. Über die Rekrutierungsart lässt sich auch erklären, dass in der Studie von Salize et al. der Anteil der ambulanten Kosten am höchsten ausfällt, während bei Friemel et al. das stationäre Versorgungssystem die meisten Kosten verursacht.

Auch Untersuchungen auf der Basis von Krankenkassendaten weisen auf die hohe ökonomische Relevanz depressiver Erkrankungen hin [56-58]. So zeigen Sekundäranalysen einer ostdeutschen Krankenkasse (AOK plus) [58], dass 44 % der Versorgungskosten für die über die Krankenkasse abgerechneten Gesundheitsleistungen auf den stationären Versorgungssektor entfallen. Krankenhausbehandlungen wegen einer depressiven Erkrankung wurden jedoch lediglich von 6 % der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in Anspruch genommen. Allerdings verringerten sich die durchschnittlichen Pro-Kopf-Gesamtkosten über die Jahre 2007 bis 2009, was vor allem auf eine Reduktion der stationären Kosten zurückzuführen war [58].

Zur Messung der indirekten Kosten wird die Kennzahl der durch eine Erkrankung verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre berechnet. Hier gehen die Ausfälle durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder

vorzeitigen Tod der erwerbstätigen Bevölkerung ein. Im Jahr 2008 lagen die verlorenen Erwerbstätigkeitsjahre für alle Erkrankungen bei 4,25 Millionen Jahren [59]. Davon verursachen die psychischen Störungen 763.000 verlorene Erwerbstätigkeitsjahre. Dabei ist fast ein Drittel auf die Gruppe der Depressionen zurückzuführen (siehe Tabelle 1).

Tabelle 1: Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre von 2002 bis 2008 in Deutschland

in 1.000 Jahren

		2002	2004	2006	2008
Alle ICD-10-Diagnosen	Gesamt	4.515	4.207	3.972	4.251
	Männer	3.047	2.826	2.625	2.758
	Frauen	1.468	1.380	1.347	1.493
ICD-10 F00-F99 Psychische und Verhaltensstörungen	Gesamt	619	653	641	763
	Männer	372	399	378	437
	Frauen	247	255	263	326
ICD-10 F32-F34 Depression	Gesamt	136	145	163	210
	Männer	61	67	74	91
	Frauen	75	79	89	119

Quelle: Statistisches Bundesamt [59].

Obwohl der Verlauf der Gesamtkosten durch alle Erkrankungen über die Jahre 2002 bis 2008 relativ stabil bleibt, ist für die durch depressive Erkrankungen bedingten Kosten, etwas stärker bei den Frauen, ein deutlicher Anstieg zu verzeichnen. Auch der Anteil der depressionsbedingten indirekten Kosten hat sich über die Jahre im Vergleich zu allen psychischen Erkrankungen erhöht. Frühberentungen aufgrund von eingeschränkter Erwerbsfähigkeit werden am häufigsten durch psychische Erkrankungen bedingt. Auch hier stehen depressive Erkrankungen an erster Stelle der Ursachen. Während die Gesamtzahl der Frühberentungen in den Jahren 2010 bis 2012 tendenziell sank, ist beim Anteil der Frühberentungen durch Depressionen ein Anstieg zu verzeichnen [60].

Die Daten der hohen direkten und indirekten Kosten, die durch Depression verursacht werden, weisen auf die hohe gesellschaftsökonomische Relevanz der Erkrankung hin. Ob die zum Teil ansteigenden direkten Kosten ein Hinweis auf steigende Prävalenzen sind oder die Folgen einer verbesserten Versorgungssituation durch eine verbesserte Erkennung und spezifischere Behandlung der Erkrankung darstellen, lässt sich aus den deskriptiven Daten nicht ableiten. Insgesamt muss berücksichtigt werden, dass die finanziellen Aufwendungen für Behandlungen durchaus auch positiv bewertet werden können, da diese möglicherweise für eine bessere Versorgung stehen und mit einer geringeren Krankheitslast einhergehen. Höhere direkte Kosten können zudem langfristig auch positive Effekte auf die indirekten Kosten haben: durch eine verbesserte Behandlung und folglich verringerte Ausfallzeiten oder die Reduktion der sonstigen Arztkontakte [27].

3 Bedarfsgerechte Versorgung und Evidenz

3.1 Leitlinienorientierte Versorgung depressiver Erkrankungen

3.1.1 Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie

Depressive Erkrankungen sind grundsätzlich gut behandelbar, wenn sie rechtzeitig erkannt werden und eine adäquate Therapie erfolgt [27]. Ausreichende Evidenz liegt dabei vor allem für psychotherapeutische und psychopharmakologische Verfahren sowie weiterhin auch nicht medikamentöse somatische Verfahren vor, die einzeln oder in Kombination in jeweils unterschiedlichen Settings (ambulant, (teil-)stationär, Rehabilitation) eingesetzt werden können. In der S3-/Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression² [7] werden evidenzbasierte Empfehlungen zur Behandlung von Depressionen formuliert. Diese differenzieren insbesondere hinsichtlich des Schweregrads und dem Verlauf der depressiven Erkrankungen: So soll beispielsweise bei einer akuten mittelschweren depressiven Episode eine Psychotherapie oder eine Pharmakotherapie, bei akuten schweren Depressionen eine Kombinationsbehandlung mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie angeboten werden.

Zusammenfassend lassen sich für die verschiedenen Schwere- und Chronifizierungsgrade der Depression folgende Empfehlungen ableiten [7]:

Leichte depressive Erkrankung:

- Bei einer leichten depressiven Episode kann, wenn anzunehmen ist, dass die Symptomatik auch ohne aktive Behandlung abklingt, im Sinne einer **aktiv-abwartenden Begleitung** zunächst von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden.
- Hält die Symptomatik nach einer Kontrolle **nach spätestens 14 Tagen** noch an oder hat sie sich verschlechtert, soll mit dem Patienten über die **Einleitung einer spezifischen Therapie** entschieden werden.
- **Antidepressiva sollten nicht generell zur Erstbehandlung** bei leichten depressiven Episoden eingesetzt werden.

Mittelgradige depressive Erkrankung:

- Bei akuten mittelgradigen depressiven Episoden ist die Evidenz für die Wirksamkeit der **Psychotherapie** und der Behandlung mit einem **Antidepressivum gleichwertig**. Indiziert ist die Behandlung mit mindestens einer der beiden Therapien.

Schwere depressive Erkrankung:

- Bei akuten schweren depressiven Episoden soll eine **Kombinationsbehandlung** aus Antidepressivum und Psychotherapie angeboten werden.

Chronisch verlaufende depressive Erkrankungen:

- Bei **Dysthymie, Double Depression und chronischer Depression** ist eine **Kombinationstherapie** aus Psychotherapie und Antidepressiva indiziert.

Bestehen **mehrere Behandlungsoptionen** mit gleichwertiger Wirksamkeitseffizienz, wie z. B. bei der Behandlung von leichten bis mittelgradigen Depressionen, soll unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz im Sinne einer gemeinsamen Entscheidungsfindung abgewogen werden, welche

² Im Folgenden zur besseren Lesbarkeit mit „Leitlinie Depression“ abgekürzt.

Behandlung aufgrund der individuellen Bedingungen (Vorbehandlungen, Verträglichkeit, potenzielle Nebenwirkungen, Wechselwirkungen bei Polymedikation etc.) die am ehesten angemessene Behandlung für den Patienten darstellt.

Eine **Indikation zur stationären Behandlung** besteht insbesondere bei akuter Suizidalität oder Fremdgefährdung, ebenso aber auch bei der Gefahr der psychosozialen Isolation, bei Therapiereisistenz gegenüber ambulanten Therapien, bei äußeren Lebensumständen, die den Therapieerfolg massiv behindern, und bei Gefahr einer (weiteren) Chronifizierung sowie bei so schweren Krankheitsbildern, bei denen die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht ausreichen.

Neben der Langversion der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression [7] wurde 2011 auch eine **Patienten-Leitlinie Unipolare Depression** [61] von Patientenvertretern erarbeitet und veröffentlicht. Hier werden die **Inhalte der Versorgungsleitlinie in verständlicher Form vermittelt** und zusammengefasst. Betroffene und Angehörige können sich in der Patienten-Leitlinie informieren, was eine Depression ist, wie sie diagnostiziert wird und welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Zudem sind Hinweise zum Umgang mit der Erkrankung sowie weiterführende Adressen und Literatur zum Thema Depression enthalten.

Die Empfehlungen der Leitlinie Depression [7] basieren auf dem aktuellsten Wissensstand zur Evidenz der Wirksamkeit von Behandlungsverfahren. Die Empfehlungen sind demnach auf methodisch höchstem Niveau wissenschaftlich begründet und stellen das bestmögliche Vorgehen dar. Dementsprechend kann davon ausgegangen werden, dass die Anwendung der Leitlinienempfehlungen mit einer, zum derzeitigen Evidenzstand, optimalen Versorgung einhergeht. Eine Überprüfung der Implementierung und Anwendung der Leitlinie hat allerdings noch nicht stattgefunden und stellt eine erhebliche Herausforderung für die Versorgungsforschung dar.

Einige wenige Analysen von Routinedaten weisen jedoch auf deutliche Defizite bei der Leitlinienumsetzung hin [15, 62]: Die Bundespsychotherapeutenkammer untersuchte die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Bayern aus dem Jahr 2007 und fand, dass fast ein Drittel aller Versicherten mit einer dokumentierten spezifischen Depressionsdiagnose keine Behandlung erhielten [62]. Bei leichten Depressionsfällen lag der Anteil der nicht leitliniengerechten Behandlungen mittels Antidepressiva bei fast einem Viertel (**Hinweis auf Fehlversorgung**), bei den schweren Depressionsfällen lag der Anteil einer leitlinienorientierten Kombinationsbehandlung bei unter 5 % (**Hinweis auf Unterversorgung**). In einer Untersuchung des IGES anhand von Daten der Barmer GEK wurde der Anteil der Versicherten mit einer antidepressiven Pharmakotherapie differenziert für die Schweregrade auf Ebene der 17 KV-Bezirke analysiert [15]. Entgegen der Erwartung einer leitlinienorientierten Behandlung wurden hier sogar ca. 45 % der Versicherten mit einer leichten depressiven Störung (F32.0 oder F33.0) pharmakotherapeutisch behandelt. Der Anteil sank über die Untersuchungsjahre 2008 bis 2010 dabei nur leicht. Demgegenüber wiesen nur zwei Drittel der Versicherten mit einer schweren Depressionsdiagnose eine Antidepressiva-Verordnung auf [15]. Dabei wurden allerdings weder eine ausreichende Dosierung noch weitere Behandlungsarten untersucht.

3.1.2 Versorgungsstrukturen

An der Versorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen ist eine Vielzahl von Professionen beteiligt: Im **ambulantem** Bereich kann die Versorgung durch Hausärzte³, psychiatrische, psychosomatische und neurologische Fachärzte sowie ärztliche und Psychologische Psychotherapeuten erfolgen. Hier kann zwischen der primären Versorgung durch den Primärarzt (Hausärzte, Allgemeinmediziner, praktische Ärzte) und der sekundären Versorgung durch den spezialisierten Facharzt oder Psychotherapeuten unterschieden werden. Der Hausarzt bildet meist die erste Anlaufstelle für den Patienten und fungiert als sog. Lotse und „Gatekeeper“, indem er den Behandlungsverlauf steuert und den Zugang zur sekundären Versorgung (zumeist) initiiert und kontrolliert. Dementsprechend sieht der Hausarzt auch eine hinsichtlich der Beschwerden unselektierte Patientenklientel, während der Facharzt oder Psychotherapeut (zum großen Teil) eine vorselektierte Klientel behandelt. Der **stationäre** Versorgungssektor teilt sich in die drei Bereiche der psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung, der psychosomatisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung und der psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung auf [27, 63].

Trotz des relativ dicht ausgebauten Versorgungssystems für psychisch erkrankte Menschen bestehen relevante Problembereiche im deutschen Gesundheitssystem. Untersuchungen im Rahmen des Bundesgesundheits surveys konnten zeigen, dass die Behandlungsquote der depressiven Erkrankungen bei nur 50 % liegt. Die Behandlungsquote wurde über jeglichen Kontakt zu ärztlichen oder psychotherapeutischen Behandlern erhoben [64]. Auch international wurden Behandlungsquoten von rund 50 % gefunden [65]. Das bedeutet, dass die Hälfte der Betroffenen nicht angemessen oder gar nicht behandelt wird. Aus unterschiedlichen Gründen werden depressive Syndrome besonders im primärärztlichen Bereich spät oder nicht ausreichend spezifisch diagnostiziert [66, 67]. Die hohen Prävalenzraten und die Gefahr der Chronifizierung bei später Erkennung und Therapieeinleitung verdeutlichen die Relevanz einer frühzeitigen, adäquaten und differenzierten Diagnostik von Depressionen.

Bei der weiteren Versorgung von Depressionen lassen sich vor allem Probleme beim Schnittstellenmanagement zwischen den Versorgungssektoren nennen: Patienten mit depressiven Erkrankungen müssen häufig lange Wartezeiten auf eine fachgerechte Behandlung in Kauf nehmen [68]. Darüber hinaus gibt es bislang wenig robuste Daten zur Angemessenheit der Behandlung und zum Zusammenhang zwischen der aktuellen Versorgungssituation und den Empfehlungen aus der Leitlinie Depression [7].

3.2 Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von depressiven Erkrankungen

Internationale Studien zur regionalen Variation psychischer Erkrankungen weisen auf **regionale Prävalenzunterschiede** hin [69-73], die zum Teil auch für depressive Erkrankungen gefunden wurden [71]. Weiterhin korreliert die Prävalenz psychischer Erkrankungen positiv mit der Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Leistungen [74], die wiederum mit der regionalen Dichte des Versorgungsangebots zusammenhängt [74, 75].

Eine Analyse der Daten des deutschen repräsentativen Bundesgesundheits surveys aus dem Jahr 1998 (BGS98) auf der Basis klinisch-epidemiologischer Interviews erbrachte signifikant niedrigere

³ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im Folgenden alle hausärztlich tätigen Professionen unter dem Begriff „Hausarzt“ zusammengefasst, d. h. der Facharzt für Allgemeinmedizin, der hausärztlich niedergelassene Facharzt für Innere Medizin und der sog. praktische Arzt (Ärzte, die vor 1995 ihre Tätigkeit aufgenommen haben und nicht über die Facharztanerkennung verfügen). Dahingegen werden unter dem Sammelbegriff „Facharzt“ die Fachärzte aller anderen Disziplinen zusammengefasst.

Prävalenzraten der unipolaren Depressionen in den neuen Bundesländern im Vergleich zu den alten Bundesländern (8,3 % vs. 11,5 %) [76]. Dieses **Ost-West-Gefälle der Depressionsprävalenz** spiegelt sich zum Teil auch in regionalen Analysen aus GKV-Routinedaten wider: In einer Studie der Gmünder Ersatzkasse wurden die niedrigsten administrativen Prävalenzraten in Sachsen und Sachsen-Anhalt gefunden, die höchsten in Berlin, gefolgt vom Saarland und von Hessen [77]. Insgesamt wiesen die neuen Bundesländer durchgängig niedrigere administrative Prävalenzraten auf als die alten Bundesländer. Ein ähnliches Muster wurde für die Verschreibung von Antidepressiva gefunden. Auch in multivariaten Analysen erwies sich die Region als signifikanter Prädiktor der administrativen Depressionsprävalenz.

In der bislang ersten Untersuchung kleinräumiger Variation auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte wurden Abrechnungsdaten aller gesetzlich Krankenversicherten aus dem Jahr 2007 hinsichtlich der diagnostizierten depressiven Erkrankungen untersucht [25]: Die alters-, geschlechts- und morbiditätsadjustierte **Rate diagnostizierter depressiver Erkrankungen variierte stark zwischen 5 % und 17 %**. Das Verteilungsmuster zeigte ebenfalls eine deutliche Verdichtung in den Kernstädten sowie tendenziell höhere Anteile diagnostizierter depressiver Erkrankungen in den westlichen Bundesländern. Auf der geographischen Ebene von 78 Regionalgeschäftsstellen der Barmer GEK konnte der gleiche Trend mit einem hohen Anteil diagnostizierter depressiver Erkrankungen in den Stadtstaaten und einzelnen Regionen Bayerns sowie verhältnismäßig niedrigen Raten in den östlichen Bundesländern bestätigt werden [78]. Dies ist umso bemerkenswerter, da die regionale Verteilung somatischer Erkrankungen (Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes mellitus) tendenziell einen gegenteiligen Trend aufweist [78].

Nach einer Analyse regionaler Unterschiede der **stationären** Behandlungen aufgrund einer depressiven Erkrankung lag die **Anzahl der Krankenhausfälle** in Nordrhein-Westfalen mit 305 pro 100.000 Einwohner fast doppelt so hoch wie in Sachsen mit 160 Krankenhausfällen [79]. Erklärungsansätze für diese Variation liegen in der unterschiedlichen Anzahl und Dichte der stationären Betten sowie in den potenziell unzureichend vorhandenen ambulanten Versorgungsstrukturen. Interessant wäre hier, neben dem Zusammenhang mit weiteren Strukturmerkmalen, die differenzierte Analyse der Depressionsschweregrade der stationär behandelten Patienten und der Anzahl erneuter Krankenhausaufnahmen.

Um Aussagen zur Versorgungsqualität und zu potenziellen regionalen Unterschieden in der Versorgung treffen zu können, sollte die Angemessenheit der Behandlung untersucht werden. Dabei ist es notwendig, die Versorgungsqualität anhand definierter Kriterien zu prüfen. Als Kriterium für eine angemessene Behandlung kann das Ausmaß, in dem die Versorgung an den bestehenden Versorgungsleitlinien orientiert ist, herangezogen werden. Diese Kriterien sollten aufgrund der Komplexität der Erkrankungsformen differenziert für die unterschiedlichen Depressionserkrankungen formuliert werden: So wird beispielsweise bei schweren Depressionen eine andere Behandlung empfohlen als bei leichten Depressionen. Die meisten der bisherigen Analysen zur regionalen Variation wurden jedoch für die Diagnosekategorien der unipolaren Depressionen durchgeführt, ohne nach Schweregraden oder Spezifität der Diagnose zu differenzieren. Einige Untersuchungen, in denen getrennte Analysen für spezifizierte und nicht spezifizierte Depressionsdiagnosen durchgeführt wurden, zeigen, dass **mehr als die Hälfte der Depressionsdiagnosen nicht spezifiziert kodiert werden** (ICD-Codes: F32.8 oder .9 oder F33.8 oder .9) [25, 80]. Wie in Abschnitt 3.1.1 (Seite 24) beschrieben, beziehen sich die Behandlungsempfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie „Unipolare Depression“ allerdings auf die nach Schweregrad und Verlauf spezifizierten Diagnosen [7]. Es wird deutlich, dass Aussagen zur Versorgungsqualität im Sinne der Angemessenheit bzw.

der Orientierung an der Leitlinie nur dann möglich sind, wenn die Versorgung differenziert nach Schweregrad und Verlauf der depressiven Erkrankungen untersucht wird. Entsprechend kann die Frage nach der Angemessenheit und Leitlinienorientierung der Behandlung für mehr als die Hälfte der Patienten mit der Diagnose einer unipolaren depressiven Störung nicht gezielt geprüft werden.

Die Untersuchung von regionalen Unterschieden in der Diagnostik und Behandlung und ihren Ursachen ist von hoher Relevanz, um Maßnahmen für die Verbesserung der Behandlung depressiv erkrankter Menschen im Sinne einer effektiven, effizienten und bedarfsgerechten Versorgung ableiten zu können [81]. Dennoch liegen bislang sehr wenige Untersuchungen vor, die eine differenzierte Betrachtung der Versorgungsqualität umfassen.

3.3 Fragestellungen zur Diagnostik und Behandlung von depressiven Erkrankungen auf regionaler Ebene

Ziel des vorliegenden „**Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen**“ ist eine umfassende Analyse regionaler administrativer Prävalenzen depressiver Erkrankungen und der Verordnungshäufigkeiten verschiedener Behandlungsmaßnahmen. Der Fokus liegt dabei auf der Untersuchung kleinräumiger Unterschiede innerhalb Deutschlands. Die Analysen sollen ein differenziertes Abbild der aktuellen Diagnose- und Versorgungspraxis auf regionaler Ebene liefern, aus denen Hinweise und Empfehlungen zu einer verbesserten Versorgung von Betroffenen mit depressiven Erkrankungen abgeleitet werden können.

Hinsichtlich der Diagnoseprävalenzen wird detailliert untersucht, **wie häufig welche Subgruppen depressiver Erkrankungen und welche komorbiden Erkrankungen im regionalen Vergleich auftreten**. Regionale Unterschiede, die nicht durch bekannte oder noch nicht entdeckte Risikofaktoren begründet sind, können Hinweise auf eine unzureichende Diagnostik bzw. auf strukturelle Schwachstellen liefern. Um die regionale Prävalenz und Versorgung von chronifizierten depressiven Erkrankungen zu ermitteln, werden **die Verläufe über mehrere Jahre analysiert**. Zusätzlich wird untersucht, wie die ermittelten Diagnosehäufigkeiten **mit den regional vorhandenen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen zusammenhängen**.

Regionale Versorgungsunterschiede werden für **die pharmakologische, die ambulante psychotherapeutische Versorgung und deren Kombinationen sowie die stationäre Behandlung** untersucht. Ein Schwerpunkt liegt in der Untersuchung der Frage, **wie angemessen die Versorgung für die verschiedenen Subgruppen depressiver Erkrankungen erfolgt**. Hierzu werden Indikatoren definiert, die annäherungsweise eine leitlinienorientierte Behandlung abbilden und anhand derer die vorliegenden Verwaltungsdaten überprüft werden können.

Um besser zu verstehen, wie sich depressive Erkrankungen in Deutschland regional verteilen, wird zunächst die Häufigkeit der Depressionsdiagnosen und komorbiden Erkrankungen auf regional-kleinräumiger Ebene untersucht. Dabei wird die folgende übergeordnete Fragestellung untersucht:

Fragestellung 1: Welche regionale Variation besteht bei diagnostizierten depressiven Erkrankungen und hängt diese Variation mit den vorhandenen regionalen Versorgungsstrukturen zusammen?

Da aus der Literatur bekannt ist, dass ein hoher Anteil der Depressionsdiagnosen nicht spezifiziert kodiert wird, also ohne Angabe des Schweregrades erfolgt, werden die Analysen sowohl für alle kodierten Depressionsdiagnosen als auch ausschließlich für die spezifizierten Depressionsdiagnosen durchgeführt. Untersucht wird die regionale Variation:

- 1a** **aller Depressionsdiagnosen** (depressive Episode, rezidivierende depressive Störung und Dysthymie)
- 1b** **der spezifizierten Depressionsdiagnosen** (depressive Episode, rezidivierende depressive Störung mit kodiertem Schweregrad, Dysthymie)
- 1c** **der spezifizierten Depressionsdiagnosen** (depressive Episode, rezidivierende depressive Störung mit kodiertem Schweregrad, Dysthymie) **mit einer komorbiden Angsterkrankung**
- 1d** **der spezifizierten Depressionsdiagnosen** (depressive Episode, rezidivierende depressive Störung mit kodiertem Schweregrad, Dysthymie) **mit einer komorbiden somatoformen Störung**
- 1e** **aller Depressionsdiagnosen**, die retrospektiv einen **chronifizierten Verlauf** aufweisen

Zur Untersuchung des Zusammenhangs der Diagnosehäufigkeiten mit den regionalen Versorgungsstrukturen werden die in 1a bis 1e beschriebenen Prävalenzraten zu den Versorgungsstrukturdaten in Bezug gesetzt. Dabei wird angenommen, dass mit einer höheren und fachspezifischeren Dichte an medizinischer Versorgung eine verbesserte Diagnostik einhergeht und damit ein positiver Zusammenhang zwischen der administrativen Prävalenz und der (fachspezifischen) Versorgungsdichte angenommen werden kann. Als relevant bzw. bedeutend wird ein Zusammenhang dann interpretiert, wenn der Betrag des Zusammenhangsmaßes $r \geq .10$ (mindestens schwacher bis mittlerer Zusammenhang) ist [82]. Es werden die folgenden Hypothesen untersucht:

- 1f** Es besteht ein **bedeutender positiver Zusammenhang zwischen der Prävalenz diagnostizierter Depressionen und der Dichte der Versorgungsstruktur**. Je mehr Versorger in einer Region vorhanden sind, umso häufiger wird die Diagnose einer depressiven Erkrankung gestellt.
- 1g** Es besteht ein **bedeutender positiver Zusammenhang zwischen der Prävalenz der spezifizierten Depressionsdiagnosen und der Dichte der fachspezifischen Versorgungsstrukturen**. Je mehr fachspezifische Versorger in einer Region vorhanden sind, umso häufiger wird die Diagnose einer spezifizierten depressiven Erkrankung gestellt.
- 1h** Es besteht ein **bedeutender positiver Zusammenhang zwischen der Prävalenz der spezifizierten Depressionsdiagnosen mit komorbider psychischer Erkrankung und der Dichte der fachspezifischen Versorgungsstrukturen**. Je mehr fachspezifische Versorger in einer Region vorhanden sind, umso häufiger wird die Diagnose einer spezifizierten depressiven Erkrankung mit komorbider psychischer Erkrankung gestellt. Untersucht wird hier der Anteil der Patienten mit komorbiden Angst- und somatoformen Störungen.

Für die Gruppe der über einen Zeitverlauf als chronisch definierten Depressionsdiagnosen (Variation 1e) werden aufgrund der unterschiedlichen Zeitfenster, die hier für die Diagnose und die Strukturen betrachtet werden, keine Hypothesen formuliert.⁴ Zudem wäre die Interpretation der potenziellen

⁴ Es wäre mit den vorliegenden Daten nur über ein komplexes Vorgehen möglich, Patienten, die über den Verlauf mehrere Jahre das Kriterium einer chronifizierten Depressionsdiagnose erfüllen, mit den Strukturen, die diesem Patient in dem gesamten Zeitraum zur Verfügung gestanden haben, in Zusammenhang zu bringen. Dazu müssten zusätzlich Wohnortwechsel der Patienten berücksichtigt werden oder die Stichprobe um die Patienten verringert werden, bei denen kein Wohnortwechsel stattgefunden hat. Da die Interpretation solcher Zusammenhänge zudem nur eingeschränkt möglich wäre, wurde auf die Fragestellung des Zusammenhangs von chronisch verlaufenden Depressionsdiagnosen mit den Behandlungsstrukturen verzichtet.

Zusammenhänge aufgrund der Komplexität der zeitlichen, räumlichen und strukturellen Faktoren sehr schwierig.

Fragestellung 2: Wie hoch ist der Anteil der Patienten, die leitlinienorientiert behandelt werden? Bestehen regionale Unterschiede in der leitlinienorientierten Behandlung?

Im Fokus des vorliegenden Faktenchecks steht die Frage, wie angemessen depressiv erkrankte Menschen in Deutschland behandelt werden. Wann eine Behandlung angemessen ist, wird hier anhand der publizierten Empfehlungen der Versorgungsleitlinie Depressionen [7] festgelegt.

Es soll untersucht werden, wie viele Patienten mit einer depressiven Erkrankung leitlinienorientiert behandelt werden und ob sich der Anteil der leitlinienorientiert behandelten Patienten regional unterscheidet. Fällt der Anteil der leitlinienorientiert behandelten Patienten sowohl in ganz Deutschland als auch in einzelnen Regionen gering aus, kann dies je nach Verhältnis von Diagnose und Behandlung als Hinweis auf eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung in diesen Regionen interpretiert werden. Für die Subgruppen der depressiven Erkrankungen werden die in Tabelle 2 aufgeführten Behandlungen als leitlinienorientiert bzw. nicht leitlinienorientiert definiert sowie die daraus abgeleiteten Hinweise zur Versorgungssituation beschrieben (vgl. auch Abschnitt 3.1.1, Seite 24).

Für die in Tabelle 2 definierten fünf Subgruppen der depressiven Erkrankungen (2a bis 2e) wird jeweils der Anteil der Patienten, die nicht leitliniengerecht behandelt werden, ermittelt und im Hinblick auf regionale Unterschiede untersucht. Patienten mit mittelgradiger, schwerer und chronischer Depression, die in dem beobachteten Zeitraum stationär behandelt wurden, werden im vorliegenden Faktencheck als „leitlinienorientiert behandelt“ eingeordnet. Diese Einteilung erfolgt aus pragmatischen Gründen, weil die stationäre Behandlung die intensivste Behandlungsform darstellt und in der Regel sowohl medikamentöse als auch psychotherapeutische Angebote vorhalten soll. Die Einschränkungen, die mit dieser Kategorisierung potenziell einhergehen, werden in Abschnitt 6.2 (Seite 114) diskutiert. Wurde ein Patient stationär behandelt, wird er der Kategorie „leitlinienorientierte Behandlung“ zugeordnet, unabhängig von der Art und dem Umfang der ambulanten Versorgung.

Anschließend wird für jede der fünf definierten Subgruppen der Zusammenhang mit den regionalen ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen untersucht.

Tabelle 2: Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen

Frage	Diagnose	Empfehlungen aus Leitlinie	Indikator für Leitlinienabweichung	Hinweis auf
2a	Leichte Depression ohne psychische Komorbidität	Aktiv-abwartende Begleitung, ggf. Einleitung einer Psychotherapie	Vorrangige Therapie mit Antidepressiva	Fehlversorgung
2b	Leichte / mittelgradige Depression ohne psychische Komorbidität	Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum)	Stationäre Behandlung	Fehl- und Überversorgung
2c	Mittelgradige und schwere Depression und Dysthymie	Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum), mind. eine der beiden Therapien ist indiziert	Weder ausreichende Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) noch stationäre Behandlung	Unterversorgung
2d	Schwere Depression	Kombinationsbehandlung aus Antidepressivum und Psychotherapie	Keine ausreichende Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) oder stationäre Behandlung	Unterversorgung
2e	Chronifizierte Depression	Kombinationsbehandlung aus Antidepressivum und Psychotherapie	Keine ausreichende Kombinationsbehandlung oder Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum) oder stationäre Behandlung	Unterversorgung

Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014), [vgl. 7] .

Es ist bekannt, dass ein großer Anteil der Menschen mit der Diagnose einer depressiven Erkrankung keine spezifizierte Diagnose erhält. Das bedeutet, dass bei diesen Patienten kein Schweregrad der Erkrankung über die Diagnose kodiert wird. Da die Wahl einer adäquaten Behandlung jedoch von dem Schweregrad und dem Verlauf der Erkrankung abhängt, kann bei einer nicht spezifizierten Diagnosekodierung keine adäquate Behandlung definiert werden. Um die große Gruppe dieser Patienten dennoch vertiefend zu untersuchen, werden auch die Behandlungen, die Patienten mit einer nicht spezifizierten Diagnose erhalten, dargestellt.

4 Methodische Aspekte

In diesem Kapitel werden zunächst die Datenbasis der durchgeführten Analysen und die Operationalisierung (= Messbarmachung) der Diagnose- und Behandlungskategorien für die Untersuchung der zwei Fragestellungen beschrieben. Anschließend wird die Stichprobe, auf der die Analysen basieren, dargestellt und hinsichtlich ihrer Validität überprüft. Im letzten Abschnitt dieses Kapitels werden die statistischen Analyseverfahren, die zur Untersuchung der Fragestellungen zum Einsatz kommen, beschrieben.

4.1 Datengrundlage

Datengrundlage für die Analysen zur Diagnostik und Verordnung von Leistungen stellen die anonymisierten Daten der Versicherten von insgesamt 84 unterschiedlichen Krankenversicherungen der Betriebskrankenkassen (BKK) und Innungskrankenkassen (IKK) aus dem Zeitraum vom 1.1.2008 bis 31.12.2012 dar.⁵ Der primäre Beobachtungszeitraum der vorliegenden Analysen umfasste das Jahr 2011, für den ein Datensatz von ca. 7,7 Millionen Versicherten vorlag. Dies entspricht 11 % der durchschnittlich ca. 69 Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland im Jahr 2011 [83].

Für die Analysen des vorliegenden Faktenchecks wurden folgende Daten genutzt:

- Alter
- Geschlecht
- Wohnregion auf Kreisebene
- Ambulante GKV-Abrechnungsdiagnosen der behandelnden Ärzte und Psychotherapeuten
- Haupt- und Nebendiagnosen aus der Krankenhausbehandlung zulasten der GKV
- Zulasten der GKV verordnete Arzneimittel und Leistungserbringer
- Zulasten der GKV abgerechnete Leistungsziffer (z. B. für Psychotherapie) und die Fachgruppe des abrechnenden Leistungserbringers

Alle **regionalen Analysen**, die mit den Versichertendaten durchgeführt wurden, beziehen sich auf den **Wohnort** der Versicherten und nicht auf den Behandlungsort.

Als Basisjahr für die Prävalenzberechnungen (**Fragestellung 1**) wurden Daten aus dem Jahr 2011 analysiert. Bei der Untersuchung der chronifizierten Verläufe depressiver Erkrankungen wurde ebenfalls auf das Jahr 2011 als Basisjahr zurückgegriffen, der Verlauf wurde anhand definierter Diagnosemuster retrospektiv über den Zeitraum vom 1.1.2008 bis 31.12.2012 untersucht. Zur Untersuchung der Behandlungsraten (**Fragestellung 2**) wurde der Zeitraum vom 1.1.2010 bis 31.12.2012 analysiert.

Alle Analysen erfolgten alters- und geschlechtsstandardisiert. Regionale Vergleiche basieren auf den durch die als **Stadt bzw. Landkreise der Bundesrepublik Deutschland definierten Gebietskörperschaften**; diese umfassen insgesamt **402 Landkreise und kreisfreie Städte**. Durch die regionale Betrachtung können selbst angesichts eines insgesamt großen Stichprobenumfangs die Umfänge der regionalen Einheiten (Kreise) mitunter sehr gering ausfallen ($n < 100$). Dies führt in vielen Fällen zu einem Verlust an Präzision und dadurch zu einer nicht hinreichend genauen

⁵ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden die im vorliegenden Faktencheck analysierten Daten im Folgenden vereinfacht als „BKK-Routinedaten“ bezeichnet.

Schätzung. Um diesem Präzisionsverlust entgegenzuwirken, werden zusätzlich zu den Strichprobeinformationen weitere Hilfsinformationen auf Ebene der Kreise herangezogen und mittels eines so genannten „**Small Area Modells**“ nach Fay und Herriot [84] mit den direkt standardisierten Prävalenzschätzungen kombiniert (detaillierte Beschreibung: siehe Abschnitt 4.4; Seite 38 und Anhang).

Um die Bedeutung der Versorgungsstrukturen für die Interpretation regionaler Variationen der Diagnose- und Versorgungsprävalenzen einordnen zu können, wurden zusätzlich **folgende Strukturmerkmale** berücksichtigt: Zum einen wurde **die regionale Dichte aller Hausärzte**, d. h. der Fachärzte für Allgemeinmedizin, der hausärztlich niedergelassenen Fachärzte für Innere Medizin und der praktischen Ärzte einbezogen, zum anderen die Dichte der **niedergelassenen Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Psychotherapie, Nervenärzte sowie der ärztlichen und Psychologischen Psychotherapeuten**⁶.

Des Weiteren wurde die **regionale Dichte der psychiatrischen und psychosomatischen Krankenhausbetten**, im Folgenden mit „psych. Krankenhausbetten“ abgekürzt, als Strukturmerkmal berücksichtigt. Nicht einbezogen werden konnte der in Deutschland relevante Sektor der stationären psychosomatischen Rehabilitationsbehandlung. Die Rehabilitationsbehandlung wird anders als die Krankenhausbehandlung in der Regel von der Deutschen Rentenversicherung getragen, dementsprechend sind die Leistungsabrechnungsdaten nicht in den GKV-Daten abgebildet. Ein weiterer Grund, warum auf diesen Versorgungssektor in den Analysen verzichtet wurde, stellt die überregionale Belegung von Rehabilitationskliniken dar, sodass kleinräumige regionale Analysen, die wie hier auf administrativ-geographischen Grenzen beruhen, schwer interpretierbar wären.

Die Strukturdaten zur Versorgung und zur Bevölkerung wurden **öffentlich zugänglichen Statistiken** der **Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)** [85] und des **Statistischen Bundesamtes (DESTATIS)** [86] entnommen. Gleiches gilt für die Daten zur Einwohnerstruktur in den 402 Kreisen und kreisfreien Städte, die zum Zweck der direkten Standardisierung der regionalen Vergleiche herangezogen wurden (vgl. 4.4).

4.2 Bildung der Diagnose- und Behandlungskategorien

4.2.1 Diagnosekategorien

Alle Analysen des vorliegenden Faktenchecks beziehen sich ausschließlich auf die **unipolaren Depressionen**. Diese umfassen die ICD-10-Diagnosekodierungen **F32.x**, **F33.x** und **F34.1**. Zur Untersuchung der Prävalenz der Depressionsdiagnosen in Fragestellung 1 werden zum einen die ICD-10-Kodierungen aller spezifizierten Depressionsdiagnosen von den nicht spezifizierten Depressionsdiagnosen unterschieden. In Fragestellung 2 wird die Versorgung depressiv erkrankter Menschen hinsichtlich der Leitlinienorientierung untersucht. Hierfür werden die Diagnosen entsprechend der Behandlungsempfehlungen der Versorgungsleitlinie Unipolare Depression [7] nach Schweregraden unterteilt. Die Diagnosekategorien sind mit den jeweiligen ICD-10-Kodierungen in Tabelle 3 dargestellt.

⁶ Zur besseren Lesbarkeit wird im Folgenden für diese Gruppe der fachspezifischen Behandler der Begriff „psychiatrische/psychosomatische Fachärzte und Psychotherapeuten“, bzw. abgekürzt „Psych. FA und PT“, verwendet.

Tabelle 3: Einordnung der ICD-10-Diagnosekategorien nach Schweregrad und Spezifität

ICD-10	Schweregrad	Spezifität
F32.0 F33.0 F34.1	Leichte depressive Störung	Spezifizierte Depressionsdiagnose
F32.1 F33.1	Mittelgradige depressive Störung	
F32.2 F33.2 F32.3 F33.3 F33.4	Schwere depressive Störung	
F32.8 F32.9 F33.8 F33.9	Sonstige /nicht näher bezeichnete depressive Störung	
		Nicht spezifizierte Depressionsdiagnose

Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Es wurden sowohl die ambulanten als auch die stationären GKV-Abrechnungsdiagnosen herangezogen. Wurden mehrere unterschiedliche Depressionsdiagnosen in dem eingegrenzten Beobachtungszeitraum dokumentiert, so wurde folgende Hierarchisierung bei der Kategorisierung vorgenommen: Spezifizierte Depressionsdiagnosen wurden den nicht spezifizierten Diagnosen vorangestellt, innerhalb der spezifizierten Depressionsdiagnosen wurden die schwereren den leichteren Depressionsdiagnosen vorangestellt. Wurde also z. B. im Jahr 2011 eine unspezifische, eine leichte und eine mittelgradige Depressionsdiagnose dokumentiert, wird der Fall der Kategorie „spezifizierte Depressionsdiagnose: mittelgradige depressive Störung“ zugeordnet.

Bei der Untersuchung der chronifizierten Verläufe depressiver Erkrankungen wurden Verlaufskategorien gebildet, die bestimmte Diagnosemuster über den Zeitraum von fünf Jahren (2008 bis 2012) abbilden. Die Operationalisierung der Verlaufskategorien ist in Tabelle 4 beschrieben.

Das Basisjahr, aus dem die Ausgangsstichprobe gebildet wurde, ist das Jahr 2011. Zur Ermittlung chronifizierter Verläufe wurden die Versicherten mit einer depressiven Diagnose in 2011, die über den gesamten Zeitraum beobachtbar waren, retrospektiv hinsichtlich der Diagnosemuster untersucht. Dabei wurde zur Validierung der Diagnose das Vorkommen der Depressionsdiagnose in zwei unterschiedlichen Quartalen definiert. Versicherte, die in nur einem Quartal eine (oder mehrere) Depressionsdiagnose(n) aufwiesen, wurden als Fälle mit einer „nicht validierten Diagnose“ kategorisiert. Chronische Verläufe wurden über das Kriterium definiert, dass die **Depressionsdiagnose in mindestens sechs von acht aufeinanderfolgenden Quartalen** kodiert sein muss. Mit dem Kriterium des Auftretens einer depressiven Episode und/oder rezidivierenden depressiven Störung in mindestens sechs von acht aufeinanderfolgenden Quartalen wurde das Diagnosekriterium der **Dauer von mindestens zwei Jahren** operationalisiert (= **chronische depressive Erkrankung**). Hierbei wurde die Depressionsdiagnose nicht in allen acht Quartalen gefordert, um auch diejenigen Fälle einzuschließen, die über den Zeitraum von mindestens zwei Jahren chronifiziert sind, aber nicht in jedem Quartal einen Behandler aufgesucht haben.

Tabelle 4: Einordnung der ICD-10-Diagnosekategorien nach dem Verlauf

Die Verlaufsanalysen beziehen sich auf alle Versicherten, die im Basisjahr 2011 eine Depressionsdiagnose haben und im Zeitraum vom 1.1.2008 bis 31.12.2012 beobachtbar sind. Die Verlaufseinteilung erfolgt auf Basis des Diagnosemusters im Zeitraum zwischen dem 1.1.2008 und dem 31.12.2012.

Erstmaliges Auftreten	Verlauf	Gruppe	Beschreibung	Verlaufskategorie
F32.x/ F33.x	Depressionsdiagnosen in mindestens 6 von 8 aufeinanderfolgenden Quartalen (F32.x UND/ODER F33.x)	1	F32.x oder F33.x mit chronischem Verlauf	Chronische depressive Störung
F34.1	Mindestens eine weitere F34.1-Diagnose in einem anderen Quartal UND mindestens eine F32.x-Diagnose (erfüllt NICHT die Kriterien von 1)	2	Double Depression	
F34.1	Mindestens eine weitere F34.1-Diagnose in einem anderen Quartal (erfüllt NICHT die Kriterien von 1-2)	3	Dysthymie	
F32.x/ F33.x	Mindestens eine weitere F33.x-Diagnose in einem anderen Quartal (erfüllt NICHT die Kriterien von 1-3)	4	Rezidivierende depressive Störung	Rezidivierende depressive Störung
F32.x	Mindestens eine weitere F32.x-Diagnose in einem anderen Quartal UND keine F33.x UND/ODER F34.1 Diagnose (erfüllt NICHT die Kriterien von 1-4)	5	Depressive Episode	Depressive Episode
F32.x/ F33.x/ F34.1	Keine weitere Depressionsdiagnose in einem anderen Quartal (erfüllt NICHT die Kriterien von 1-5)	6	Nicht validierte Diagnose	Nicht validierte Diagnose

Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014).

4.2.2 Behandlungskategorien

In der zweiten Fragestellung wird die Behandlung der Depressionen untersucht. In Tabelle 5 sind die Behandlungsgruppen sowie der jeweils hier verwendete Indikator für eine ausreichend lange und ausreichend hoch dosierte Behandlung dargestellt. Die für die ambulante Psychotherapie einbezogenen Behandlungen sind in Tabelle 6 dargestellt.

Für die **ambulante Psychotherapie** wurde das **Kriterium der Leistungsabrechnung in mindestens zwei Quartalen** gewählt, was bei wöchentlichen Sitzungen annähernd der Dauer einer Kurzzeit-Verhaltenstherapie von 25 Sitzungen entspricht (siehe Tabelle 5). Diagnostische bzw. sog. probatorische Sitzungen wurden explizit nicht in die Kategorie einbezogen, um Behandlungsfälle, die nach der Probatorik keine weiteren Sitzungen mehr in Anspruch genommen haben, nicht fälschlicherweise als „ausreichend psychotherapeutisch behandelt“ einzuordnen.

In der Versorgungsleitlinie Depression [7] wird eine Akutbehandlung mittels Antidepressiva von sechs bis zwölf Wochen sowie eine anschließende Erhaltungstherapie von vier bis neun Monaten zur Reduktion des Rückfallrisikos empfohlen. Entsprechend den Empfehlungen wurde für die Analysen eine ausreichend lange Behandlung mittels Antidepressiva, die die Akut- und Erhaltungstherapie umfasst, von neun Monaten festgelegt: Als Annäherung einer ausreichend dosierten bzw. ausreichend langen Antidepressiva-Verordnung wurde das **Kriterium von mindestens neun Monaten, operationalisiert über 273 definierte Tagesdosen**, gewählt.

Für die stationäre Behandlung der depressiv Erkrankten wurde kein Zeitkriterium festgelegt, da die Evidenzlage zur erforderlichen Mindestdauer stationärer Behandlungen zu gering und unklar ist.

Tabelle 5: Therapieverfahren zur Behandlung von Depressionen

Behandlungskategorie	Beschreibung / Wirkstoffgruppe ^a	Indikator für adäquate Dauer / Dosierung
Ambulante Psychotherapie (PT)	Ambulante psychologische oder ärztliche Psychotherapie	In mindestens zwei Quartalen abgerechnet
Pharmakotherapie mit Antidepressiva (AD) ^b	Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA) – nicht selektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI)	Mindestens neun Monate, operationalisiert über 273 definierte Tagesdosen (<i>Defined Daily Dose, DDD</i>)
	Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI)	
	Monoaminoxidase (MAO)-Inhibitoren	
	Selektive Serotonin-/Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSNRI)	
	Selektive Noradrenalin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SNRI)	
	Alpha ₂ -Rezeptor-Antagonisten	
	Selektive Noradrenalin-Dopamin-Rückaufnahme-Inhibitoren	
	Melatonin-Rezeptor-Agonist (MT ₁ /MT) und Serotonin 5-HT _{2C} -Rezeptor-Antagonist	
	Nicht klassifizierte Antidepressiva, Lithiumsalze und Phytopharmaka	
Kombinationstherapie (Kombi PT & AD)	Kombination aus psychotherapeutischer und pharmakologischer antidepressiver Behandlung	Beide Dosiskriterien (AD und PT) sind erfüllt
Stationäre oder teilstationäre Behandlung (stationäre psych. Behandlung)	Psychiatrisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung oder psychosomatisch-psychotherapeutische Krankenhausbehandlung	Keine Einschränkung der Behandlungsdauer

^a Kategorisierung angelehnt an die S3-Nationale Versorgungsleitlinie Depression [7]^b Die Klassifikation der verordneten Arzneimittel erfolgt nach dem amtlichen ATC-Index.

Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 6: Einteilung der psychotherapeutischen Verfahren nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

EBM	Bezeichnung
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Gruppenbehandlung)
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Gruppenbehandlung)
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)
35211	Analytische Psychotherapie (Gruppenbehandlung)
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)
35221	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)
35222	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)
35223	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)

Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014).

4.2.3 Kategorisierung der Versorgungsstrukturen

Für die Untersuchung der ambulanten Versorgungsdichte wurden folgende Behandlergruppen auf Basis der Lebenslangen Arztnummer (LANR) analysiert (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Einteilung der Behandlergruppen nach der Lebenslangen Arztnummer

LANR	Bezeichnung	Hausarzt	Psych. Facharzt	Psychotherapeut
1	Allgemeinmediziner (Hausarzt)	x		
2	Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)	x		
3	Internist (Hausarzt)	x		
51	Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie		x	
58	Psychiatrie und Psychotherapie		x	
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		x	
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt		x	
68	Psychologischer Psychotherapeut			x

Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014).

4.3 Stichprobe

Im Zeitraum des Basisjahrs des vorliegenden Faktenchecks (1.1.2011 bis 31.12.2011) lagen die anonymisierten Daten von **n = 7.655.825 Versicherten** mit mindestens einem Versichertentag vor. Für **n = 7.457.971** der Versicherten lagen Informationen zum Wohnort auf Ebene der 402 Kreise und kreisfreien Städte vor. Der Anteil der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose ist in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Gesamtstichprobe und Depressionsprävalenz, 2011

Prävalenz direkt alters- und geschlechtsstandardisiert

	N	Prävalenz Versicherte mit Depression
Gesamtstichprobe	7.457.971	11,3 %
Alter ≥ 18 Jahre	6.105.068	13,4 %

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Die **administrative Prävalenz der erwachsenen Personen mit einer Depressionsdiagnose** liegt in der vorliegenden Stichprobe bei **13,4 %**.

Um die errechnete Prävalenzrate zu validieren, wurden die vorliegenden Daten zunächst anhand der Bevölkerungsstruktur aller gesetzlich Krankenversicherten hinsichtlich Alter und Geschlecht standardisiert (vgl. Tabelle 9). Diese Prävalenz wurde den vom Bundesversicherungsamt veröffentlichten GKV-Daten zum Anteil der Versicherten mit gesicherter ambulanter Depressionsdiagnose gegenübergestellt. Die Analysen zeigen, dass die administrativen Prävalenzen nur geringfügig voneinander abweichen.

Tabelle 9: Validierung der Depressionsprävalenz der vorliegenden Stichprobe⁷Versicherte ≥ 18 Jahre alt

	Versicherte mit Depression
Versicherte mit gesicherter ambulanter Depressionsdiagnose in der GKV (2011)*	11,8 %
Auf GKV standardisierte Prävalenz der Stichprobe (2011)	11,6 %

Quelle: *Bundesversicherungsamt [87]; BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Zusätzlich zu den Versichertendaten werden die Strukturdaten, die für die Behandlung der depressiven Erkrankungen relevant sind, in den Analysen verwendet. In Tabelle 10 ist die jeweilige Anzahl der Betätigten je Versorgungssektor sowie die entsprechende Versorgerdichte im ambulanten und stationären Bereich für Deutschland im Jahr 2011 dargestellt. Dabei ist zu beachten, dass die ambulanten Behandler als Personen gezählt wurden und nicht nach dem Umfang ihres Versorgungsauftrags. Dies kann zu Unschärfen und einer tendenziellen Überschätzung der tatsächlichen Versorgungskapazitäten (z. B. bei halben Kassensitzen⁸) führen.

Tabelle 10: Anzahl und Dichte ambulanter und stationärer Versorgungsstrukturen, 2011Dichte pro 100.000 Einwohner ≥ 18 Jahre

	N	Dichte
Hausärzte	58.870	85,8
Psych. Fachärzte ^a	10.123	14,8
Psych. Psychotherapeuten	14.874	21,7
Psych. Fachärzte UND psychologische Psychotherapeuten	24.997	36,4
Psych. Krankenhausbetten ^b vollstationär	54.966	80,1
Psych. Krankenhausbetten ^b teilstationär	12.429	18,1
Psych. Krankenhausbetten ^b gesamt	67.395	98,2

^a Psychiatrisch/psychosomatische Fachärzte und ärztliche Psychotherapeuten

^b Psychiatrisch/psychosomatische Krankenhausbetten

Quelle: KBV [85]; DESTATIS [86]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

4.4 Statistische Analyseverfahren

4.4.1 Standardisierungsverfahren

In allen Analysen zur regionalen Variation auf Kreis- oder Bundeslandebene wird der potenzielle **Einfluss der unterschiedlichen Geschlechts- und Altersstrukturen** in der regionalen Bevölkerung durch die sog. **direkte Standardisierung** ausgeglichen: Bei der Berechnung der Rate der

⁷ Zur Validierung wurden die vorliegenden Daten anhand der Bevölkerungsstruktur aller GKV-Versicherten im Jahr 2011 standardisiert, da nur für die Population der GKV-Versicherten Daten zur Diagnostik vorliegen. Alle weiteren Alters- und Geschlechtsstandardisierungen, die im vorliegenden Faktencheck durchgeführt wurden, beziehen sich auf die deutsche Allgemeinbevölkerung, nicht auf die GKV-Population (vgl. auch 4.4).

⁸ Insbesondere in der Gruppe der Psychologischen Psychotherapeuten gibt es einen größeren Anteil von Leistungserbringern, die lediglich einen halben Versorgungsauftrag haben und der GKV-Versorgung entsprechend nur im Umfang von maximal 20 Behandlungsstunden/Woche zur Verfügung stehen.

Versicherten mit einer Depressionsdiagnose wird hier für jeden Kreis die in der vorliegenden Stichprobe erhobene Rate der Depressionsdiagnosen je Altersgruppe und Geschlecht mit der Anzahl der Einwohner im jeweiligen Kreis in der jeweiligen Altersgruppe und Geschlecht multipliziert und anschließend durch die Gesamtzahl der Einwohner in diesem Kreis geteilt. Zusätzlich wurde eine direkte Standardisierung auf die Alters- und Geschlechtsverteilung in Gesamtdeutschland durchgeführt.

Diese direkt standardisierte Prävalenz gibt an, wie hoch die Rate der Depressionsdiagnosen eines Kreises wäre, wenn in der betrachteten Stichprobe die gleiche Alters- und Geschlechtsstruktur wie in der Gesamtbevölkerung dieses Kreises bestehen würde. Durch das Verfahren der direkten Standardisierung wird der mögliche „verzerrende“ Effekt einer unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilung in der untersuchten Stichprobe ausgeglichen.

4.4.2 Small Area Verfahren

Selbst bei großen Stichproben kann die Anzahl der Fälle klein werden, wenn Analysen auf kleinräumigen Einheiten („Areas“) erfolgen, insbesondere bei der differenzierten Betrachtung von Subgruppen der Depressionsdiagnosen und -behandlungen. Im vorliegenden Faktencheck sind als kleinräumige Einheiten die Stadt- und Landkreise sowie die Bundesländer von Interesse. Eine direkte Schätzung der administrativen Prävalenzen bzw. Behandlungsraten auf dieser kleinräumigen Ebene hat jedoch zur Folge, dass aufgrund des geringen Stichprobenumfangs die Schätzungen ungenau sind. Um die regionalen Schätzungen in den vorliegenden Analysen zu stabilisieren, wurde das **Area Level Modell von Fay und Herriot** [84] angewandt. Eine detaillierte Erläuterung des Modells ist im Anhang zu finden (siehe Kapitel 10).

Dieses Modell nutzt sog. Hilfsinformationen der Population, um die Schätzungen auf Kreisebene zu stabilisieren. Als Hilfsinformationen kommen dabei Variablen zum Einsatz, welche potenziell mit dem Auftreten und der Aufrechterhaltung einer Depression zusammenhängen (vgl. auch Abschnitt 2.2, Seite 19, und Abschnitt 3.2, Seite 26). Es werden folgende Variablen als Hilfsinformationen verwendet:

- Altersklassen
- Arbeitslosenrate
- Median des Einkommens
- Anteil Personen ohne Schulabschluss
- Einwohnerdichte
- Stadt-Land-Gliederung von Eurostat⁹
- Ost-West-Gliederung

Da es nicht Ziel des vorliegenden Faktenchecks ist, die Art und Stärke des Zusammenhangs dieser Variablen mit der Verbreitung der Depression zu untersuchen, werden die Merkmale im Rahmen der Small Area Methodik nicht als Einflussfaktoren betrachtet, sondern dienen primär einer möglichst sicheren Prävalenzschätzung.

Weitere Merkmale, die potenziell mit einem erhöhten Risiko einer Depression (z. B. die Partnersituation), mit der Diagnostik (z. B. die Kodierpraxis) und mit der Behandlungsinanspruchnahme (z. B.

⁹ Gliederungen basieren auf der Einteilung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung, wie sie auch vom Statistischen Bundesamt (DESTATIS) verwendet werden.

die patientenseitige Behandlungspräferenz) zusammenhängen, können in den Analysen nicht berücksichtigt werden, da hierzu keine Daten für die Population vorliegen. Der mögliche Einfluss dieser Merkmale muss bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Alle regionalen Schätzer der Prävalenz- und Behandlungsraten (Kreis- und Bundeslandebene) basieren im vorliegenden Faktencheck auf dem Area Level Modell [84].

4.4.3 Zusammenhangsmaße

Zur Untersuchung der Zusammenhänge zwischen den administrativen Prävalenzen bzw. den Anteilen leitlinienorientiert behandelter Patienten und den regionalen Versorgungsstrukturen werden Streudiagramme dargestellt und Korrelationen (Produkt-Moment-Korrelationen nach Pearson) bzw. das daraus abgeleitete Bestimmungsmaß R^2 berechnet. R^2 gibt den Anteil der Varianz (z. B. in der administrativen Prävalenz) an, der durch die Varianz der Versorgungsstrukturen erklärt wird. Die Berechnung und Darstellung der Zusammenhänge von administrativer Prävalenz bzw. Behandlungsrate und Versorgungsstrukturen sind rein deskriptiv. Es kann nicht auf die Kausalität der beiden Merkmale geschlossen werden.

Für eine differenzierte Untersuchung der Rolle der Versorgungsstrukturen und potenzieller weiterer Einflussfaktoren auf die regionale Variation der Depressionsprävalenz und -behandlung bedarf es komplexer methodischer Modelle, in denen nach Möglichkeit alle Merkmale berücksichtigt werden, die potentiell mit der regionalen Variation zusammenhängen. Für den vorliegenden Faktencheck wird diese Fragestellung aufgrund der vorliegenden eingeschränkten Datenbasis und der Komplexität der notwendigen Analysen nicht fokussiert.

5 Beschreibung und Darstellung der Ergebnisse

5.1 Fragestellung 1: Administrative Prävalenz diagnostizierter Depressionsfälle und Zusammenhang mit regionalen Versorgungsstrukturen

In der ersten Fragestellung wird die Häufigkeit und regionale Verteilung der administrativen Depressionsdiagnosen untersucht und der Zusammenhang der Depressionsdiagnosen mit den Versorgungsstrukturen analysiert. Dafür werden im ersten Abschnitt die im Jahr 2011 bestehenden Versorgungsstrukturen auf Bundesland- und Kreisebene beschrieben. Anschließend werden die Analysen zu den Fragestellungen 1a bis 1h dargestellt.

5.1.1 Häufigkeit und regionale Verteilung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen

Im Folgenden wird die regionale Verteilung der Versorgungsstrukturen auf regionaler Bundesland- und Kreisebene¹⁰ dargestellt. Im ambulanten Bereich sind dies die Dichte der niedergelassenen Hausärzte (siehe Abbildungen 5 und 6), die Dichte der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Fachärzte und die Psychotherapeuten-Dichte (siehe Abbildungen 7 und 8). Stationär betrifft dies die voll- und teilstationäre Bettenzahl psychiatrischer und psychosomatischer Abteilungen (siehe Abbildungen 9 und 10). In Tabelle 11 sind zunächst die Kennwerte für die jeweiligen Versorgungssektoren dargestellt.

Tabelle 11: Regionale Variation der Versorgungsstrukturen auf Kreisebene, 2011

Pro 100.000 Einwohner $\geq$ 18 Jahre

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Hausärzte (N = 58.870)	62,0	151,2	89,2	78,2	95,0	16,8	86,7
Psych. FA ^a (N = 10.123)	0,8	78,4	77,5	7,6	16,1	8,5	10,5
PP ^b (N = 14.874)	0	86,8	86,8	9,1	21,3	12,2	12,8
Psych. FA ^a und PP ^b (N = 24.997)	2,4	165,2	162,8	17,1	36,5	19,4	23,6
Psych. Krankenhausbetten ^c vollstationär (N = 54.966)	0	983,4	983,4	-	106,2	106,2	60,2
Psych. Krankenhausbetten ^c teilstationär (N = 12.429)	0	147,7	147,7	-	25,2	25,2	14,3
Psych. Krankenhausbetten gesamt (N = 67.395)	0	1.131,1	1.131,1	-	129,6	129,6	75,0

^a Psychiatrische/Psychosomatische Fachärzte

^b Psychologische Psychotherapeuten

^c Psychiatrische/psychosomatische Krankenhausbetten (ohne Rehabilitation)

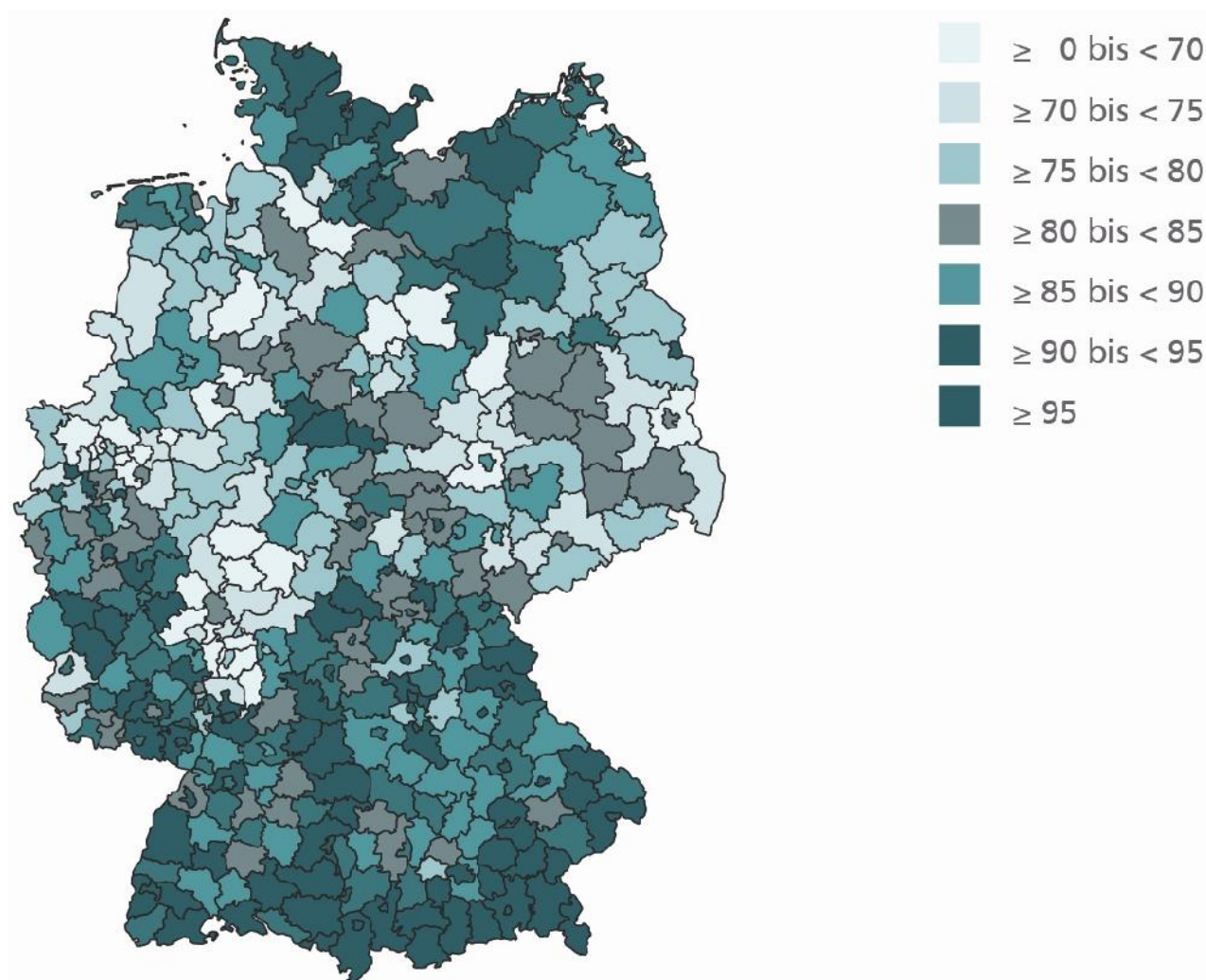
Quelle: KBV [85]; DESTATIS [86]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

¹⁰ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die Bezeichnung „Landkreise und kreisfreie Städte“ zu „Kreise“ bzw. „Kreisebene“ zusammengefasst, wobei jeweils die Landkreise und die kreisfreien Städte in Deutschland gemeint sind.

Für die Hausarzt-Dichte ist zu erkennen, dass im Kreis mit der niedrigsten Dichte **62 Hausärzte auf 100.000 Einwohner** im Erwachsenenalter kommen (Minimalwert), während es im Kreis mit der höchsten Hausarzt-Dichte **151 Hausärzte pro 100.000 Einwohner** im Erwachsenenalter sind (Maximalwert). Aus der Differenz des Maximal- und Minimalwertes ergibt sich die Spannbreite (Range). Um die Daten besser einordnen zu können, sind zusätzlich die Quartile (= „Viertel“) und der Median (= Wert, über und unter dem 50 % der Stichprobe liegen) angegeben, die unabhängig von extremen Ausprägungen sind. So zeigt sich für die Hausarzt-Dichte, dass die **Hälfte aller Kreise zwischen 78 und 95 Hausärzte** (pro 100.000 Einwohner im Erwachsenenalter) aufweist. Diese Differenz zwischen dem 1. und 3. Quartil wird als Interquartil-Range bezeichnet, er deutet mit einem Wert von 17 pro 100.000 Einwohner in diesem Fall auf eine eher geringe Variation hin. Der Median gibt den mittleren Wert der Verteilung an, d. h. die Hälfte aller Kreise liegt unterhalb von 86,6 Hausärzten pro 100.000 Einwohner, während die andere Hälfte über diesem Wert liegt. Für alle regionalen Analysen auf Kreisebene sind jeweils immer diese sieben Kennwerte angegeben.

Abbildung 5: Regionale Verteilung der Hausarzt-Dichte, 2011

Pro 100.000 Einwohner ≥ 18 Jahre



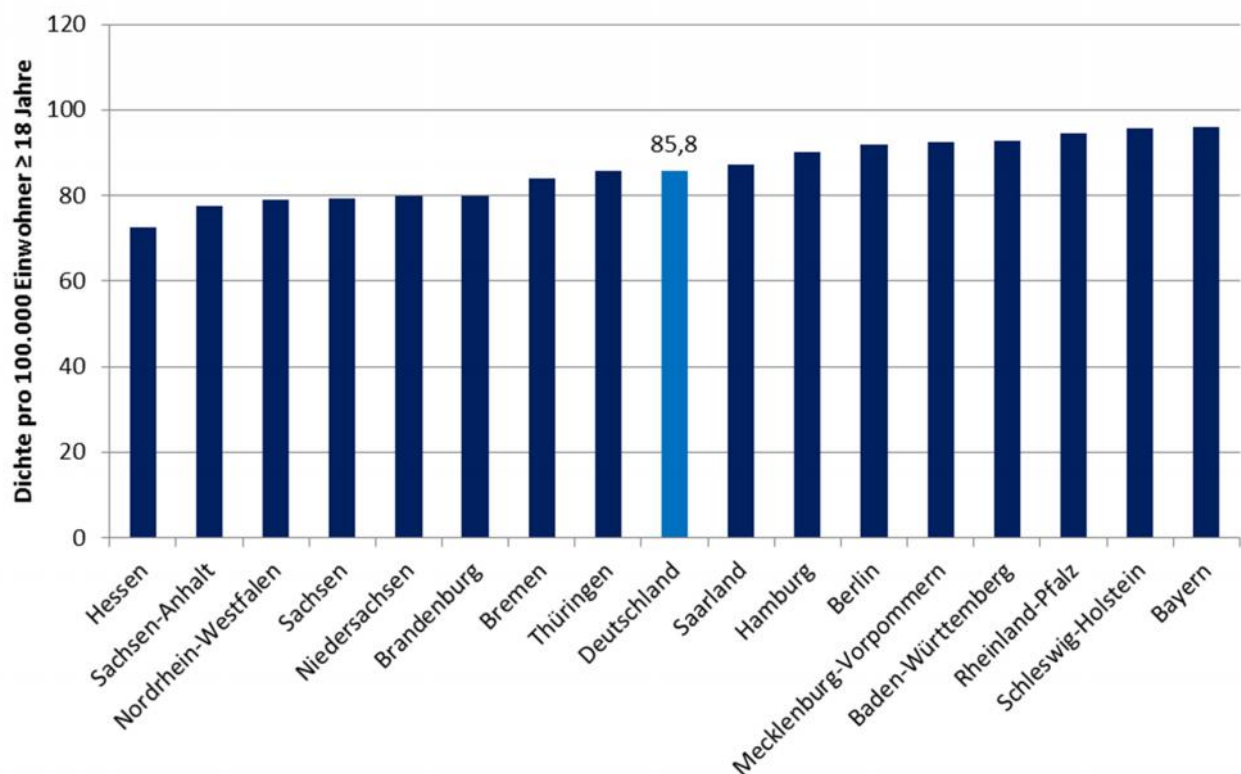
Quelle: KBV [85]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 12: Kreise mit der niedrigsten und höchsten Hausarzt-Dichte, 2011Pro 100.000 Einwohner $\geq$ 18 Jahre

	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Dichte
Min	Hessen	6432	Darmstadt-Dieburg, Landkreis	62,0
	Hessen	6438	Offenbach, Landkreis	62,2
	Sachsen-Anhalt	15088	Saalekreis	63,2
Max	Rheinland-Pfalz	7340	Südwestpfalz, Landkreis	151,2
	Bayern	9261	Landshut	146,9
	Bayern	9374	Neustadt an der Waldnaab, Landkreis	140,1

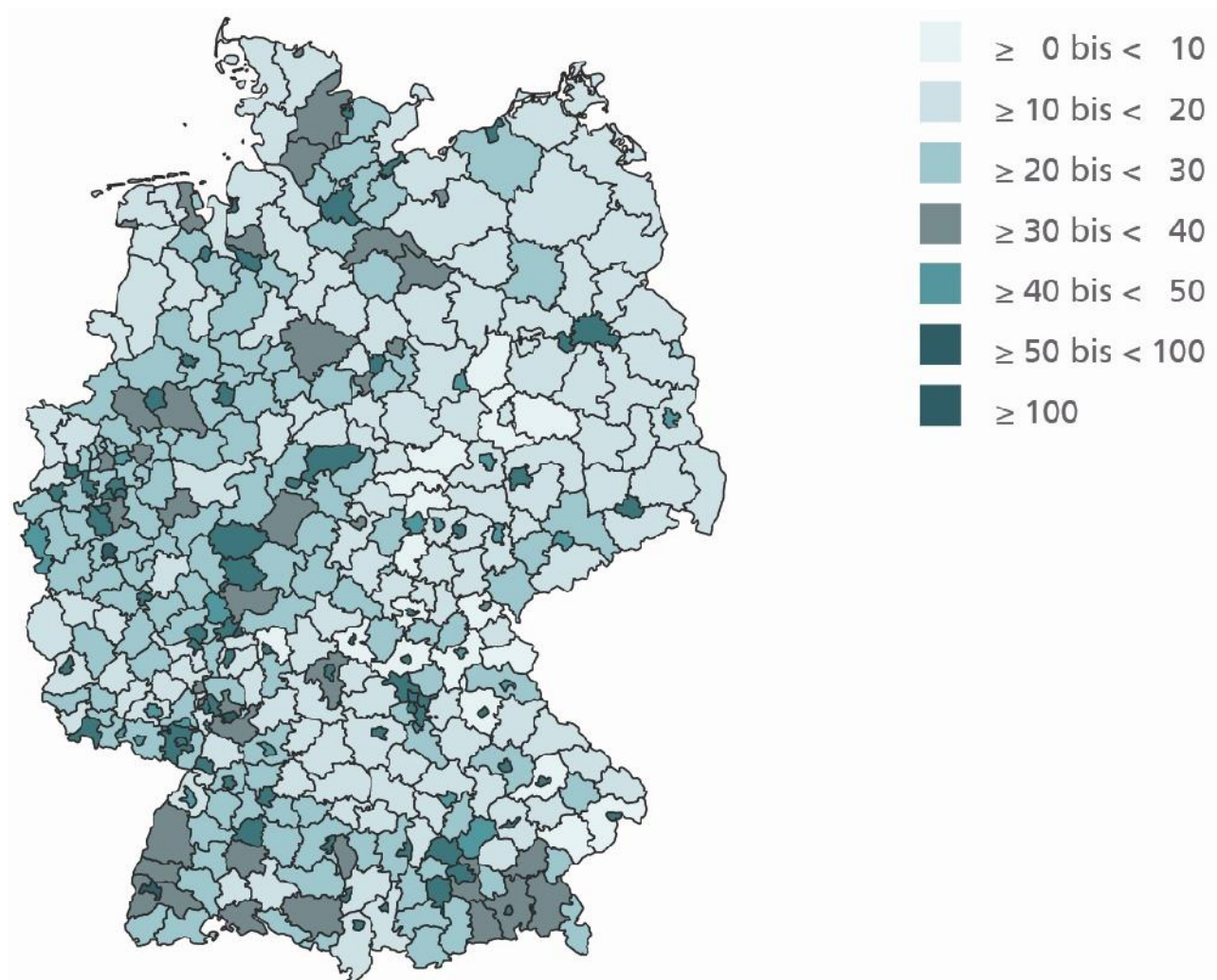
*KGS = Kreisgemeindeschlüssel

Quelle: KBV [85]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 6: Dichte der Hausärzte nach Bundesland, 2011Pro 100.000 Einwohner $\geq$ 18 Jahre

Quelle: KBV [85]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Aus den Abbildungen 5 und 6 wird deutlich, dass die Hausarzt-Dichte in Baden-Württemberg, Bayern und Schleswig-Holstein am höchsten und in Hessen am niedrigsten ist. Die Hausarzt-Dichte ist im Süden sowie im Norden Deutschlands tendenziell höher als im Westen, in der Mitte und im Osten Deutschlands.

Abbildung 7: Regionale Verteilung der psych. Facharzt- und Psychotherapeuten-Dichte, 2011Pro 100.000 Einwohner ≥ 18 Jahre

Quelle: KBV [85]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 13: Kreise mit der niedrigsten und höchsten psych. Facharzt- und Psychotherapeuten-Dichte, 2011Pro 100.000 Einwohner ≥ 18 Jahre

	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Dichte
Min	Bayern	9475	Hof, Landkreis	2,4
	Bayern	9678	Schweinfurt, Landkreis	3,2
	Bayern	9371	Amberg-Weizsach, Landkreis	3,5
Max	Baden-Württemberg	8221	Heidelberg, kreisfreie Stadt	165,2
	Baden-Württemberg	8311	Freiburg im Breisgau, kreisfreie Stadt	148,5
	Hessen	6413	Offenbach am Main, kreisfreie Stadt	107,9

*KGS = Kreisgemeindeschlüssel

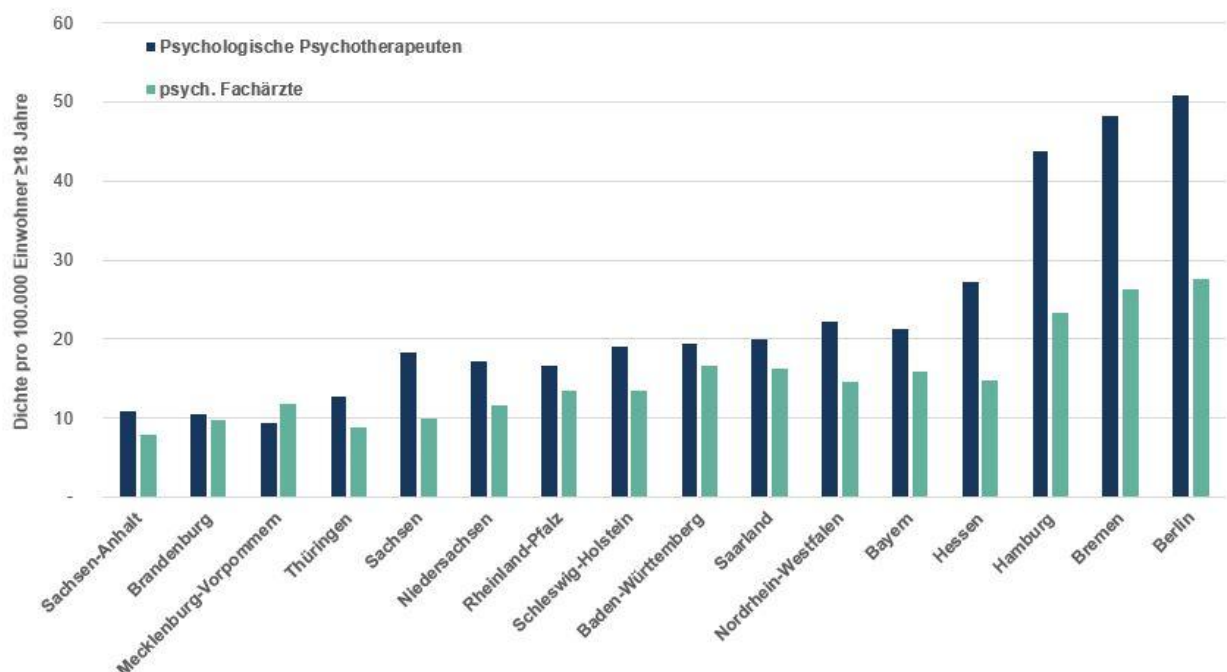
Quelle: KBV [85]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Hinsichtlich der regionalen Verteilung der psychiatrischen und psychosomatischen Fachärzte sowie der Psychotherapeuten ist eine Verdichtung in den Großstädten und den mittelgroßen Städten zu verzeichnen. Eine niedrigere Dichte an fachspezifischen Ärzten und Psychotherapeuten besteht in den ländlichen Kreisen, jedoch am geringsten in bayerischen Landkreisen. Einschränkend muss hier jedoch darauf hingewiesen werden, dass die Kreisebene nicht genau der regionalen Zuordnung der Bedarfsplanungs-Richtlinie für Kassensitze in der Psychotherapie [88] entspricht. Insbesondere in Bayern wurden einige Landkreise und kreisfreie Städte zu einem Planungsbereich zusammengelegt (z. B. Landkreis Amberg-Sulzbach und Amberg Stadt). Betrachtet man die Dichte der ambulanten Versorgung auf der Ebene des Planungsbereichs, erhöht sich die Dichte in einigen Regionen wesentlich (z.B. Amberg-Sulzbach/Amberg Stadt: 57,5 psych. Fachärzte und Psychologische Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner im Erwachsenenalter). So lässt sich auch die Tatsache erklären, dass es in den vorliegenden Daten einen Landkreis gibt, in dem kein Psychologischer Psychotherapeut niedergelassen ist (vgl. Tabelle 10). Zur Einschätzung der ambulanten Versorgungsdichte ist folglich die Bundesland-Ebene besser geeignet (siehe Abbildung 8).

Es zeigt sich, dass insbesondere die vier ostdeutschen Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt und Thüringen eine geringe Versorgungsdichte aufweisen, während die Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg die höchste Dichte haben. Auch ist das Verhältnis der beiden Fachgruppen hier am stärksten zugunsten der Psychologischen Psychotherapeuten ausgeprägt.

Abbildung 8: Regionale Dichte der psychiatrischen/psychosomatischen Fachärzte und Psychologischen Psychotherapeuten nach Bundesland, 2011

Pro 100.000 Einwohner ≥ 18 Jahre

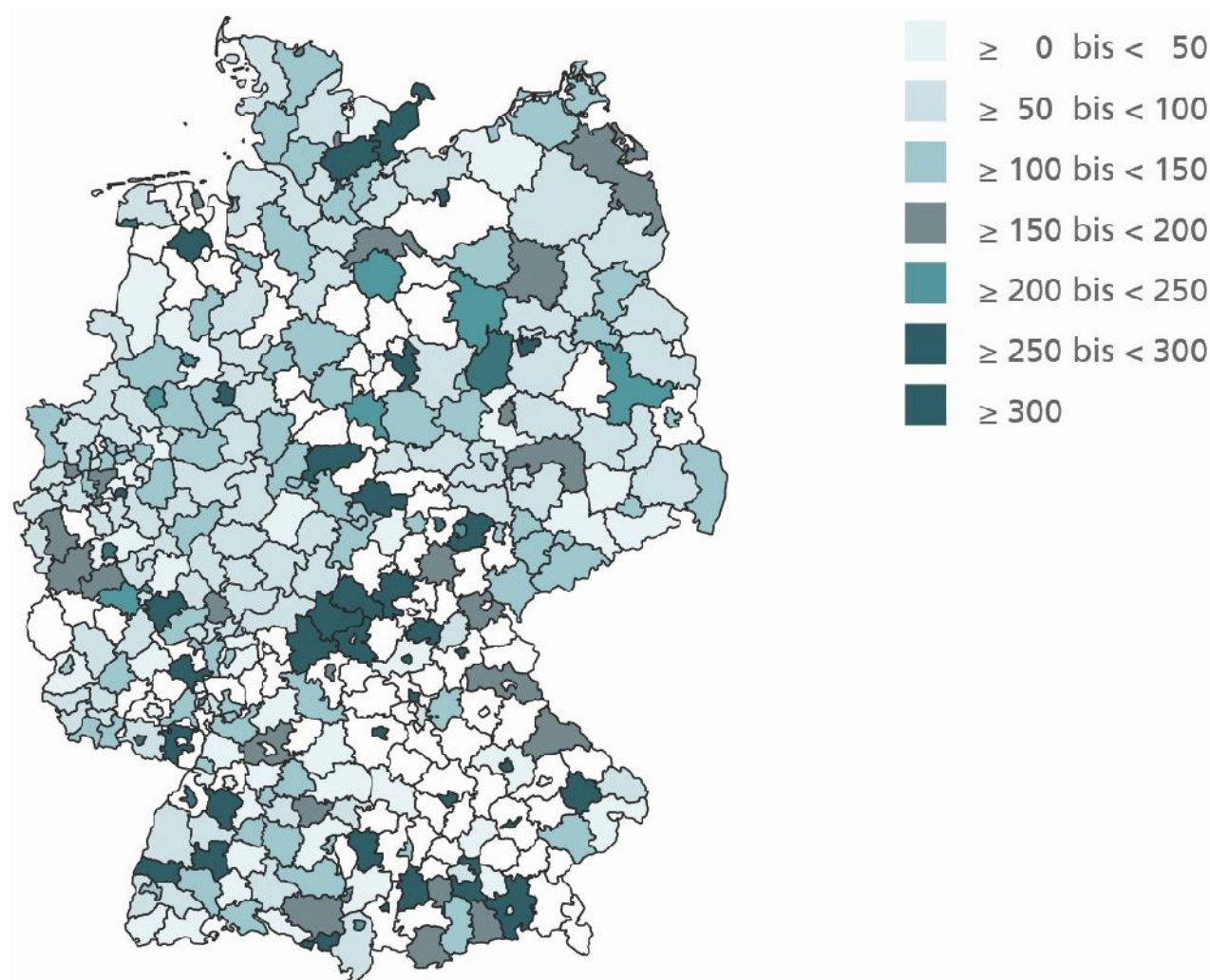


Quelle: KBV [85]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Die Dichte der **stationären Versorgungsstrukturen** zur Behandlung depressiver Erkrankungen ist in den Abbildungen 9 und 10 sowie in Tabelle 14 dargestellt. Die stationären psychiatrischen oder psychosomatischen Krankenhausbetten variieren erwartungsgemäß regional sehr stark (zwischen 0 und über 1.000 Betten pro 100.000 Einwohner im Erwachsenenalter), es ist jedoch kein regionales Muster der Verdichtung erkennbar. Dies erklärt sich sehr wahrscheinlich dadurch, dass die Einzugsgebiete der Krankenhäuser häufig über die Kreisgrenzen hinausgehen.

Abbildung 9: Regionale Verteilung der psych. Krankenhausbetten-Dichte, 2011

Pro 100.000 Einwohner ≥ 18 Jahre



Quelle: DESTATIS [86]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

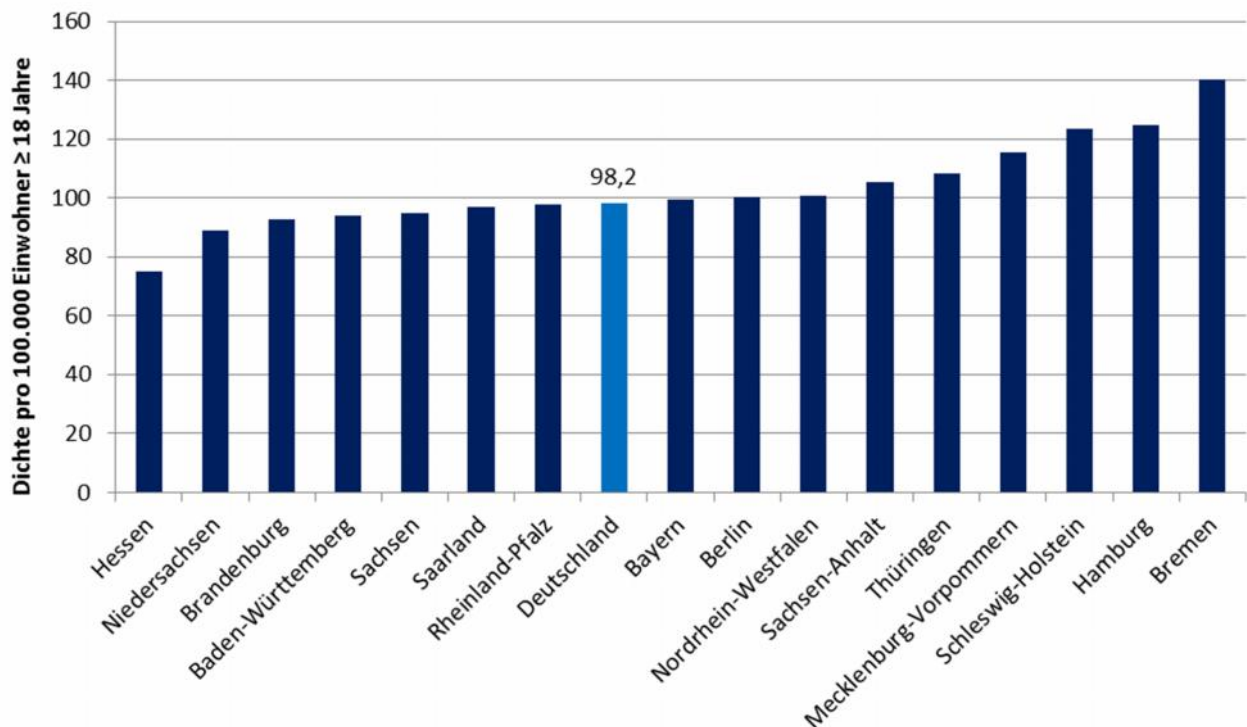
Tabelle 14: Kreise mit der höchsten psych. Krankenhausbetten-Dichte, 2011

Pro 100.000 Einwohner ≥ 18 Jahre

	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Dichte
Max	Schleswig-Holstein	1001	Flensburg, kreisfreie Stadt	1131,1
	Schleswig-Holstein	1002	Kiel, Landeshauptstadt, kreisfreie Stadt	617,7
	Schleswig-Holstein	1003	Lübeck, Hansestadt, kreisfreie Stadt	604,8

*KGS = Kreismunicipalchlüssel

Quelle: DESTATIS [86]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 10: Regionale Dichte der stationären psych. Krankenhausbetten nach Bundesland, 2011Pro 100.000 Einwohner ≥ 18 Jahre

Quelle: DESTATIS [86]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Auf Bundesland-Ebene zeigt sich in Norddeutschland (Bremen, Hamburg und Schleswig-Holstein) die höchste Bettendichte, während in Hessen die geringste Dichte vorzufinden ist.

5.1.2 Prävalenz diagnostizierter Depressionsfälle

Von den rund 6 Millionen Versicherten im Erwachsenenalter der untersuchten Stichprobe hatten **13,4 % mindestens eine Depressionsdiagnose** im Jahr 2011 (F32.x, F33.x oder F34.1). Dabei erhielten **Frauen mit einer Prävalenz von 17,8 %** doppelt so häufig eine Depressionsdiagnose wie **Männer mit 8,8 %** (siehe Tabelle 15). Auch wenn die absolute Höhe der Prävalenzen in verschiedenen Untersuchungen variiert [7], findet sich dieses Geschlechterverhältnis von 2:1 konsistent wieder.

Tabelle 15: Gesamtstichprobe und Depressionsprävalenz nach Geschlecht, 2011Nach Alter (≥ 18 Jahre alt) und Geschlecht; Prävalenz direkt alters- und geschlechtsstandardisiert

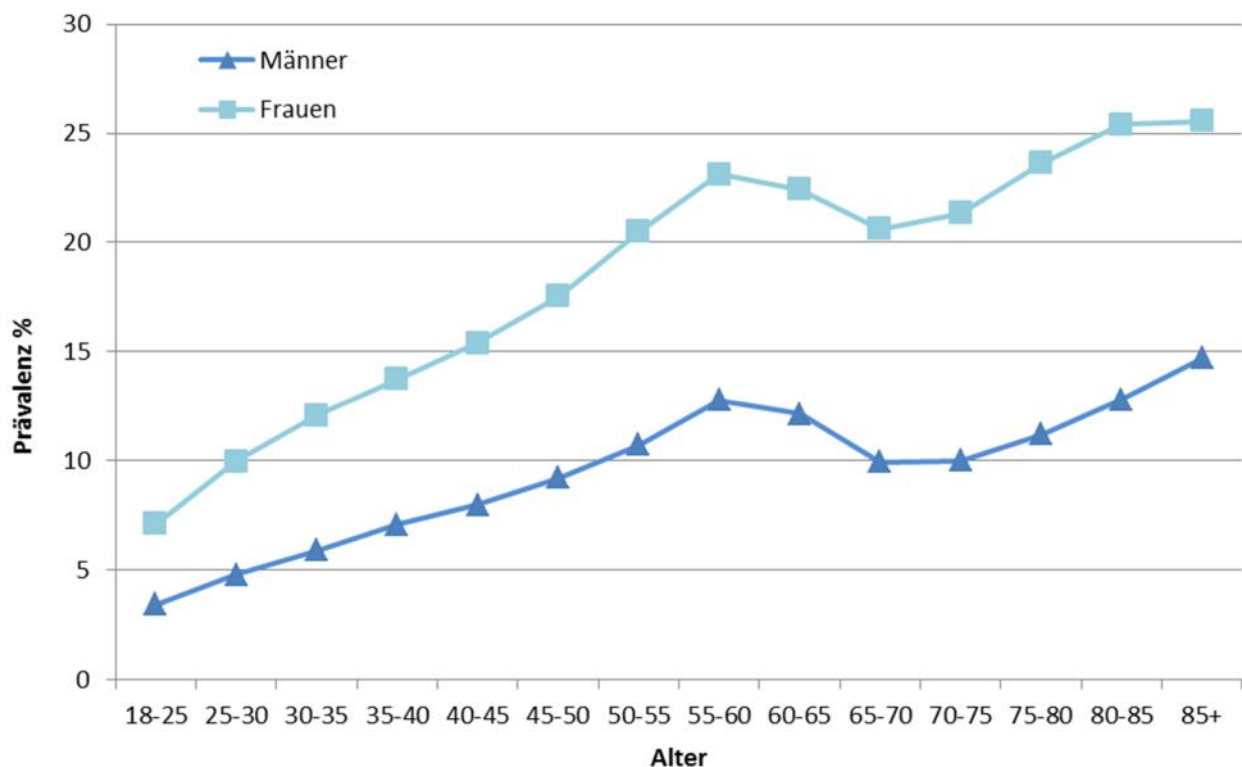
	N	Prävalenz Versicherte mit Depression
Gesamtstichprobe	7.457.971	11,3 %
Alter ≥ 18 Jahre	6.105.068	13,4 %
Frauen	3.116.835	17,8 %
Männer	2.988.233	8,8 %

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Die administrative Prävalenz bei jungen Erwachsenen ist am niedrigsten und nimmt mit steigendem Alter kontinuierlich zu (siehe Abbildung 11). Bei Personen im Alter von 55 bis 60 Jahren bestehen die höchsten Prävalenzen mit 23 % bei Frauen und 13 % bei Männern. In den folgenden zehn Lebensjahren sinkt die Prävalenzrate leicht ab, steigt aber ab einem Alter von 70 Jahren zu einem Maximalwert mit 26 % bei Frauen und 15 % bei Männern an. Die Geschlechterverteilung ist dabei kontinuierlich über alle Altersstufen etwa gleich, mit einem doppelt so hohen Anteil an Depressionsdiagnosen bei Frauen.

Abbildung 11: Prävalenz depressiver Erkrankungen nach Altersstufen und Geschlecht, 2011

Prävalenz in %



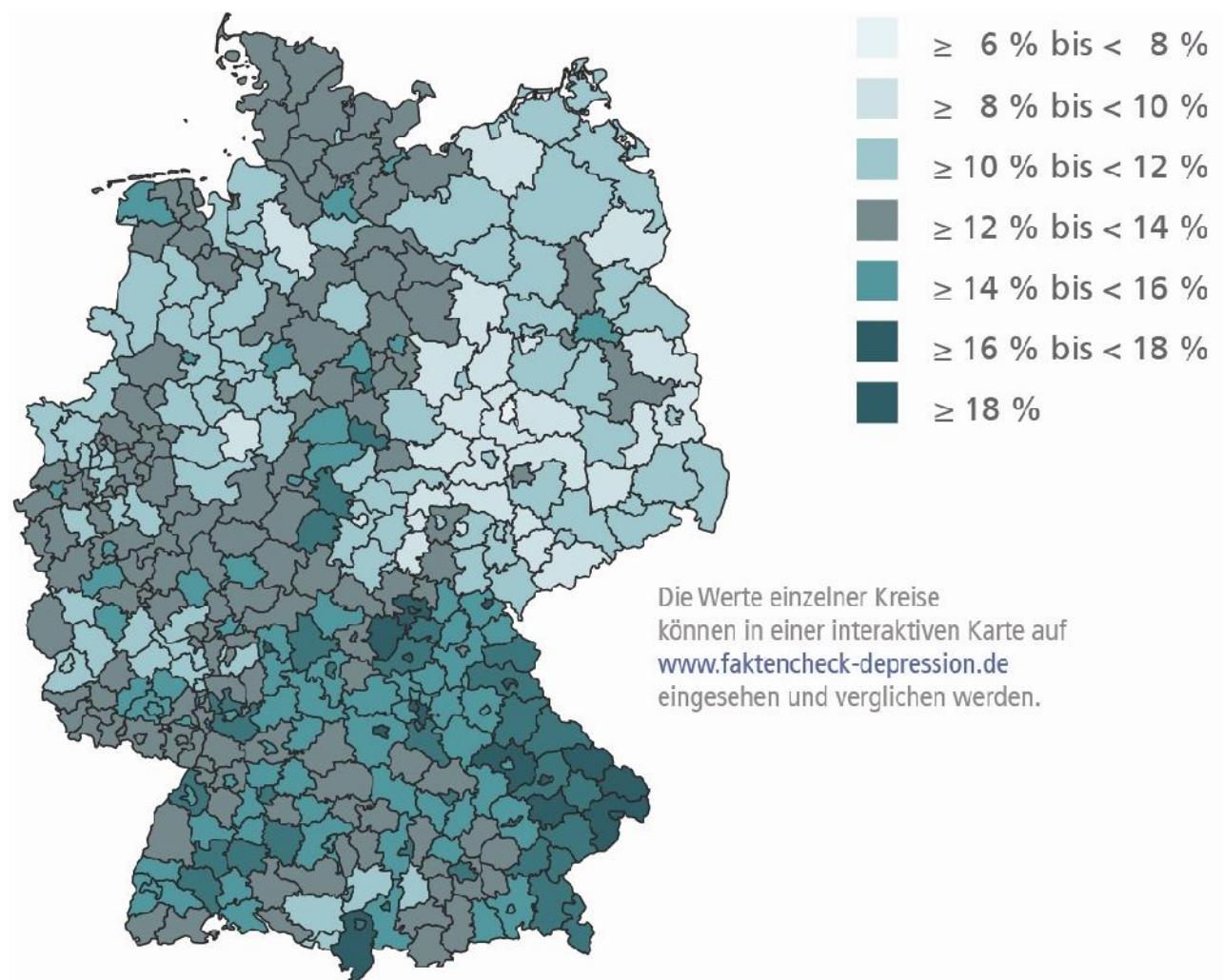
Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.1.3 Regionale Variation der Prävalenz diagnostizierter Depressionsfälle

In Abbildung 12 ist die regionale Verteilung der administrativen Depressionsdiagnosen dargestellt. Insgesamt variieren die **administrativen Prävalenzen zwischen 7 % und 21 %**, bei der Hälfte der Kreise zwischen 12 % und 15 %. Betrachtet man die regionale Verteilung, ist eine deutliche Verdichtung im Süden und Südosten Deutschlands zu erkennen. Die niedrigsten administrativen Prävalenzen liegen in Sachsen-Anhalt bei 7 %. Dagegen fallen die administrativen Prävalenzen in Bayern zum Teil mit über 20 % dreimal höher aus.

Abbildung 12: Regionale Verteilung der Depressionsprävalenz aller Depressionsfälle, 2011

Prävalenz in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 16: Regionale Variation aller Depressionsfälle auf Kreisebene, 2011

Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Prävalenz in %	7,2	21,4	14,2	11,8	14,6	2,8	13,2

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 17: Kreise mit den niedrigsten und höchsten Prävalenzen der Depressionsfälle, 2011

Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

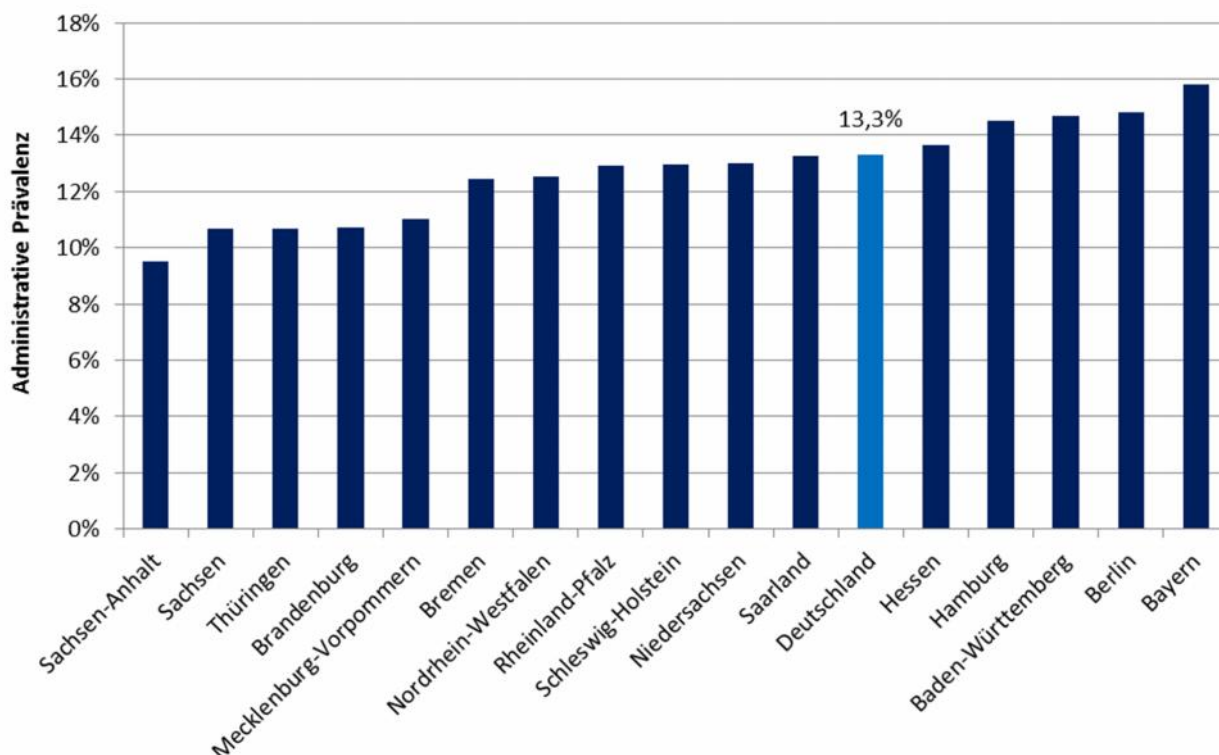
	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Prävalenz in %
Min	Sachsen-Anhalt	15001	Dessau-Roßlau, kreisfreie Stadt	7,2
	Sachsen-Anhalt	15082	Anhalt-Bitterfeld, Landkreis	8,1
	Sachsen-Anhalt	15091	Wittenberg, Landkreis	8,1
Max	Bayern	9276	Regen, Landkreis	21,4
	Bayern	9263	Straubing, Stadt	21,1
	Bayern	9272	Freyung-Grafenau, Landkreis	20,7

*KGS = Kreismunicipalchlüssel

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 13: Administrative Prävalenz aller Depressionsdiagnosen nach Bundesland, 2011

Regionaler Bezug: Wohnortbundesland der Versicherten



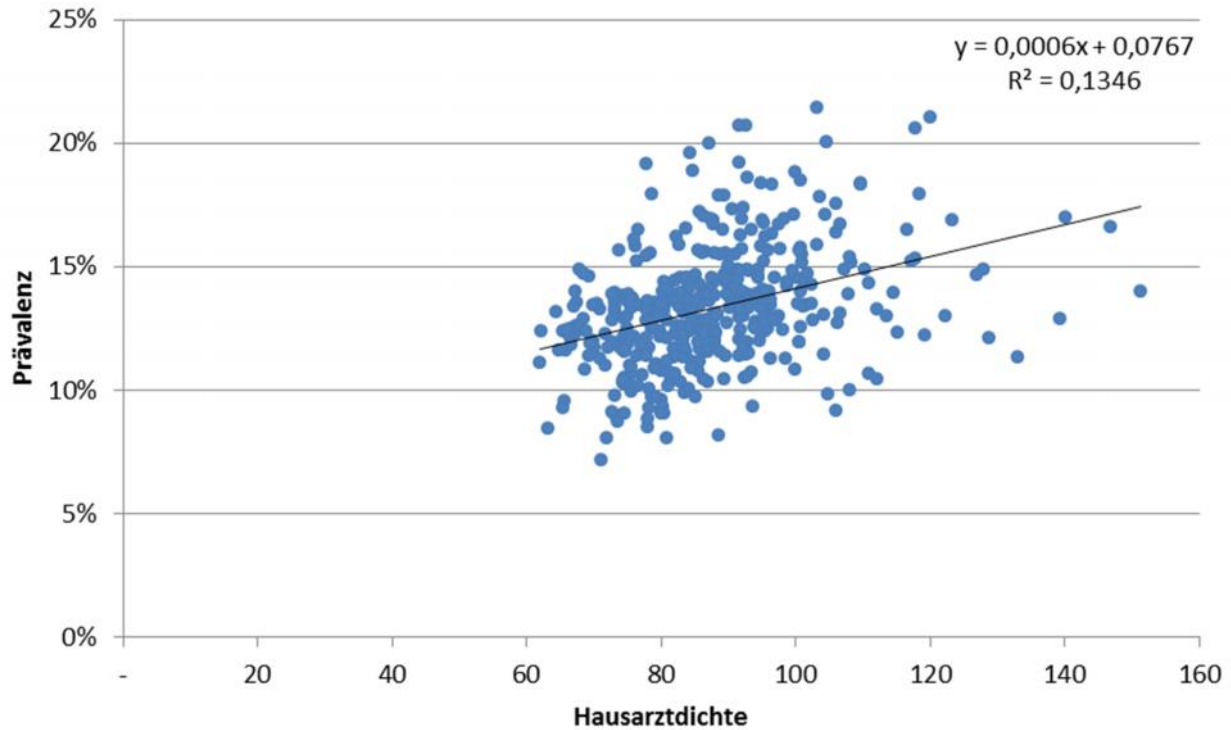
Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.1.4 Zusammenhang von diagnostizierten Depressionsfällen und Strukturmerkmalen

In der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen der administrativen Prävalenz der Depressionsdiagnosen und der regionalen Dichte der Versorgungsstrukturen konnte ein mittlerer positiver Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der administrativen Depressionsdiagnosen und der Hausarzt-Dichte (Korrelationskoeffizient $r = .37$; $R^2 = .13$), der psych. Facharzt-Dichte ($r = .28$; $R^2 = .08$) und der Psychotherapeuten-Dichte ($r = .22$; $R^2 = .05$) gefunden werden. Der Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der administrativen Depressionsdiagnosen und der Hausarzt-Dichte ist exemplarisch in Abbildung 14 dargestellt. Dabei ist der Kennwert R^2 so zu lesen, dass 13 % der Unterschiedlichkeit (= Varianz) der Depressionsdiagnosen durch die unterschiedliche regionale Verteilung der Hausarzt-Dichte erklärbar sind. Gleichzeitig bedeutet das auch, dass 87 %

der Varianz der Depressionsdiagnosen auf andere Faktoren zurückzuführen sind bzw. mit den vorliegenden Daten nicht erklärt werden können.

Abbildung 14: Zusammenhang zwischen der regionalen Prävalenz aller Depressionsdiagnosen und der Hausarzt-Dichte, 2011



Quelle: KBV [85]; BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

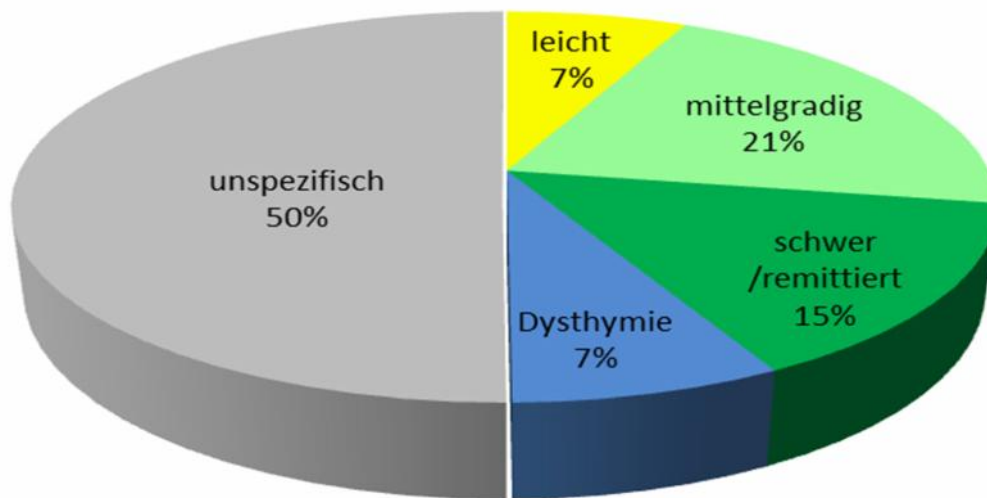
Es wurde kein bedeutender Zusammenhang zwischen der regionalen Prävalenz aller Depressionsdiagnosen und der regionalen Dichte der psych. Krankenhausbetten gefunden ($r < .10$; $R^2 < .01$).

5.1.5 Prävalenz spezifiziert diagnostizierter Depressionsfälle

Die Verteilung der Schweregrade der diagnostizierten depressiven Erkrankungen ist in Abbildung 15 dargestellt. Auffällig ist, dass die Hälfte aller Depressionsdiagnosen nicht spezifiziert kodiert ist (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9). Unter den spezifizierten Depressionsdiagnosen kommen mittelgradige (21 %; F32.1, F33.1) und schwere (15 %; F32.2, F32.3, F33.2; F33.3, F33.4) Depressionsdiagnosen am häufigsten vor, leichte Depressionsdiagnosen (F32.0, F33.0) und Dysthymie (F34.1) sind mit jeweils 7 % vertreten.

Abbildung 15: Verteilung unterschiedlicher Depressionsdiagnosen, 2011

Anteile in %

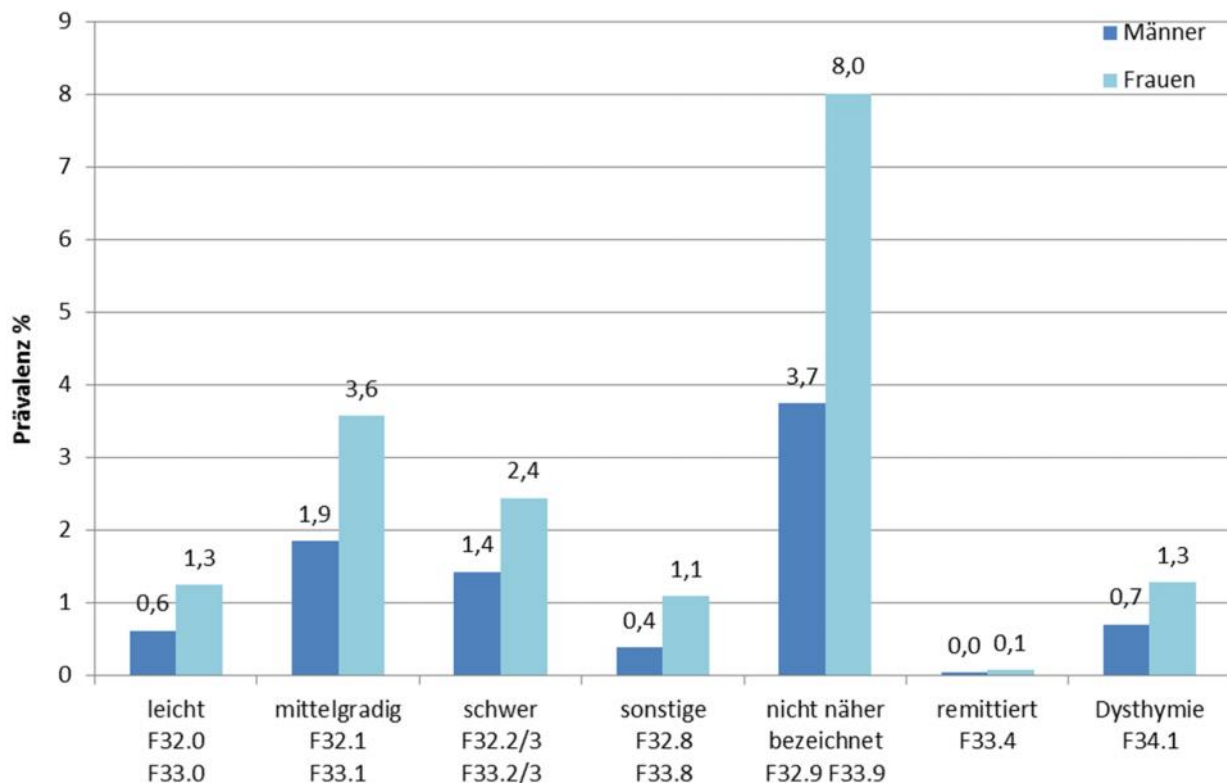


Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Die Prävalenzrate der nicht spezifizierten Depressionsdiagnosen liegt **bei Frauen bei 9,1 %**, **bei den Männern bei 4,1 %**. Frauen haben im Verhältnis etwas häufiger eine nicht spezifizierte Depressionsdiagnose. Die Prävalenzraten der Depressionssubgruppen für Männer und Frauen sind in Abbildung 16 dargestellt.

Abbildung 16: Prävalenz der unterschiedlichen oder spezifizierten Depressionsdiagnosen nach Geschlecht, 2011

Prävalenz in %

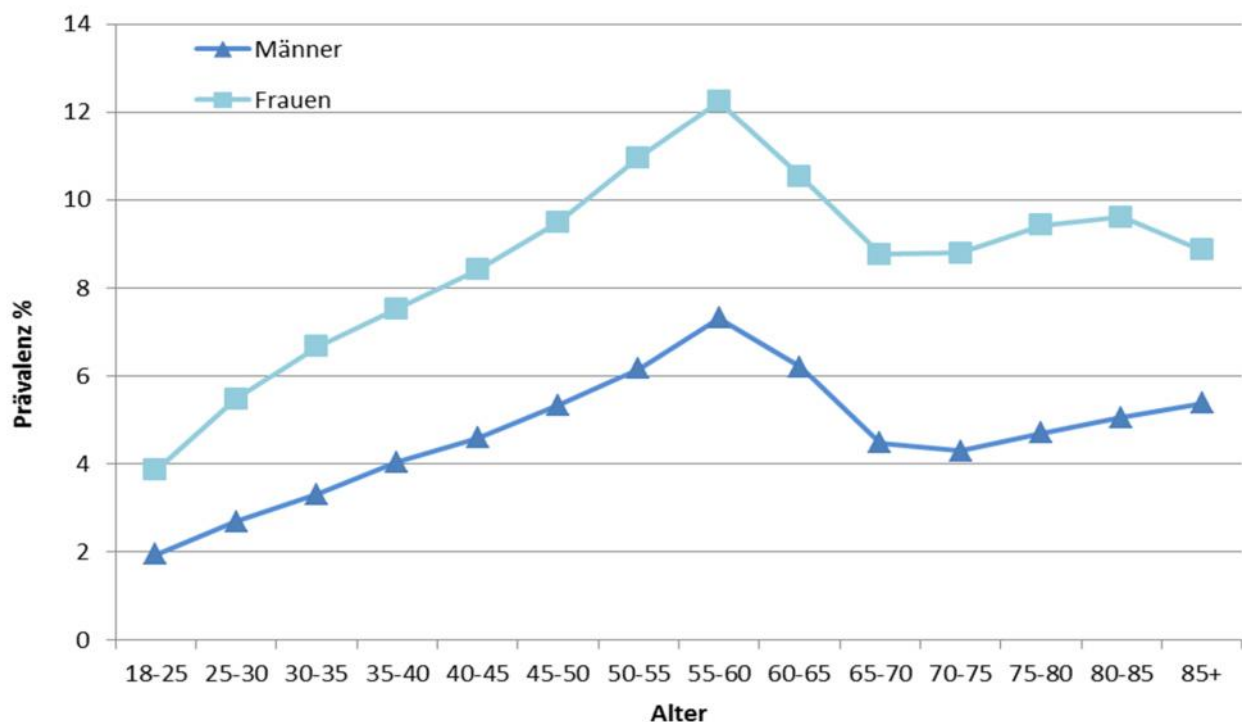


Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Die Altersverteilung der spezifizierten Depressionsdiagnosen zeigt einen ganz ähnlichen Verlauf bis zum mittleren Erwachsenenalter wie bei den Prävalenzraten aller Depressionsdiagnosen (siehe Abbildung 17). Hier wird nach einem kontinuierlichen Anstieg mit steigendem Lebensalter ein Peak bei 55 bis 60 Jahren erreicht (Frauen: 12,2 %; Männer: 7,2 %). Anschließend sinkt die Prävalenz bis zum Alter von ca. 70 Jahren um etwa ein Drittel, bleibt dann aber, anders als beim Einschluss aller Depressionsdiagnosen, bei den hohen Altersklassen relativ stabil bei diesem Wert (Frauen: 8-9 %; Männer: 4-5 %).

Abbildung 17: Prävalenz der spezifizierten Depressionsdiagnosen nach Altersstufen und Geschlecht, 2011

Prävalenz in %



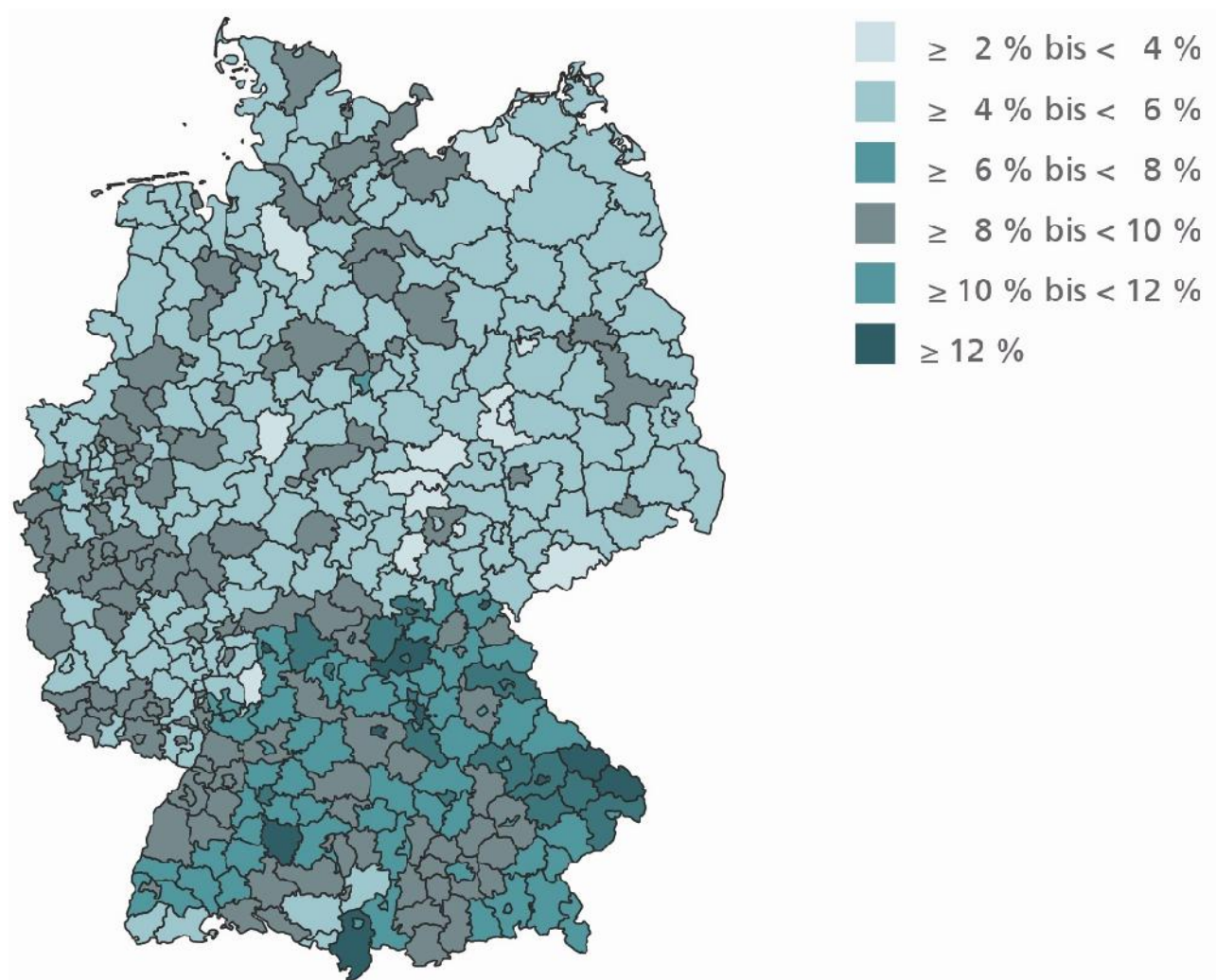
Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.1.6 Regionale Variation der Prävalenz spezifiziert diagnostizierter Depressionsfälle

In der regionalen Verteilung der spezifizierten Depressionsdiagnosen zeigt sich ein ähnliches Muster wie bei allen Depressionsdiagnosen (siehe Abbildung 18). Die **administrativen Prävalenzen variieren zwischen 3 % und 15 %**, wobei die Hälfte aller Kreise eine administrative Prävalenz zwischen 5 % und 8 % aufweist (siehe Tabelle 18). Ebenso wie beim Einschluss aller Depressionsdiagnosen ist eine Verdichtung im Süden und Südosten zu erkennen, die sich in den höchsten administrativen Prävalenzen in Bayern, Baden-Württemberg, Hamburg und Berlin und den niedrigsten administrativen Prävalenzen in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen widerspiegelt (siehe Abbildung 19).

Abbildung 18: Regionale Verteilung der spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011

Prävalenz in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 18: Variation der spezifizierten Depressionsdiagnosen auf Kreisebene, 2011

Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Prävalenz in %	2,6	14,5	11,9	5,3	7,7	2,4	6,2

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 19: Kreise mit den niedrigsten und höchsten Prävalenzen spezifizierter Depressionsdiagnosen, 2011

Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

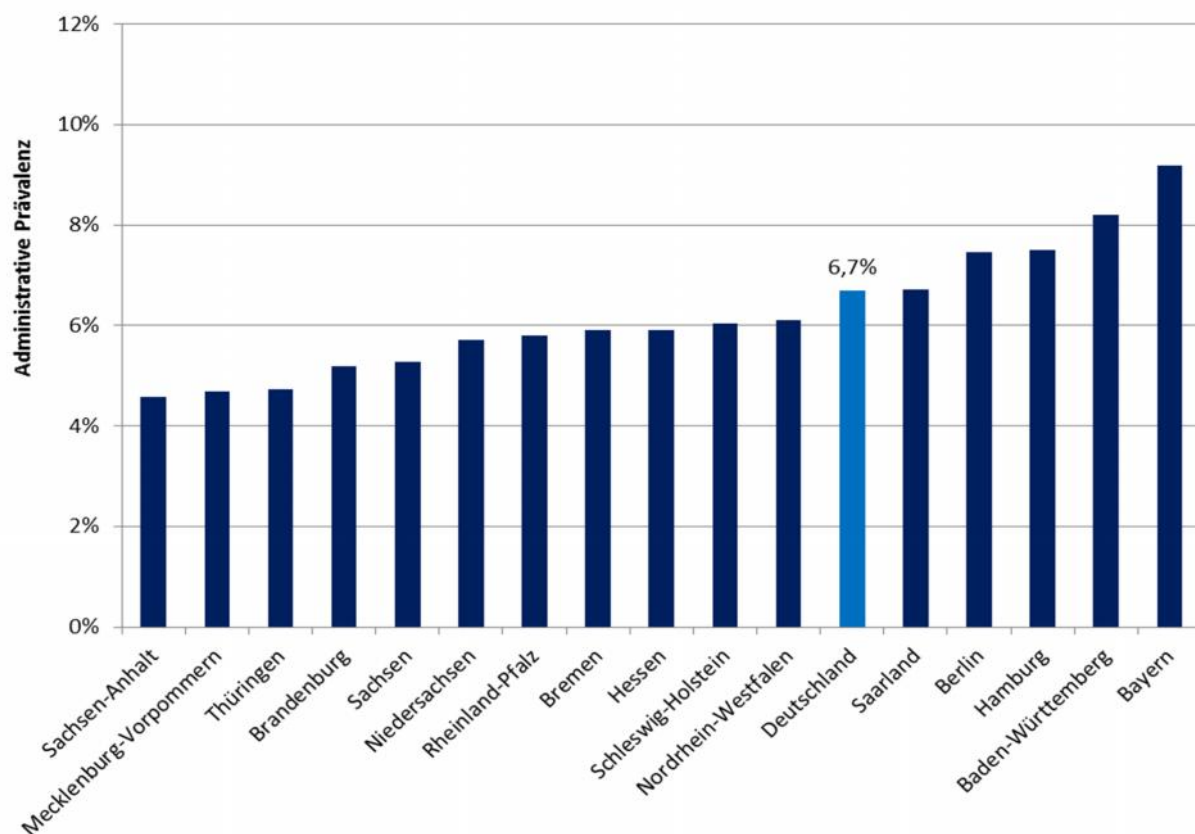
	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Prävalenz in %
Min	Sachsen-Anhalt	15082	Anhalt-Bitterfeld, Landkreis	2,6
	Thüringen	16068	Sömmerda, Kreis	2,6
	Thüringen	16070	Ilm-Kreis	3,1
Max	Bayern	9780	Oberallgäu, Landkreis	14,5
	Bayern	9272	Freyung-Grafenau, Landkreis	14,2
	Bayern	9276	Regen, Landkreis	13,7

*KGS = Kreismunicipalgesellschaft

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 19: Administrative Prävalenz der spezifizierten Depressionsdiagnosen nach Bundesland, 2011

Regionaler Bezug: Wohnortbundesland der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.1.7 Zusammenhang von spezifizierten Depressionsdiagnosen und Strukturmerkmalen

Die Untersuchung der Zusammenhänge der spezifizierten Depressionsdiagnosen mit den regionalen Versorgungsstrukturen ergab positive Korrelationen mit der Dichte der Hausärzte ($r = .36$; $R^2 = .13$), der psych. Facharzt-Dichte ($r = .26$; $R^2 = .07$) und der Psychotherapeuten-Dichte ($r = .18$; $R^2 = .03$). Es wurde kein bedeutender Zusammenhang zwischen der regionalen Prävalenz

spezifizierter Depressionsdiagnosen und der regionalen Dichte der psych. Krankenhausbetten gefunden ($r < .10$; $R^2 < .01$).

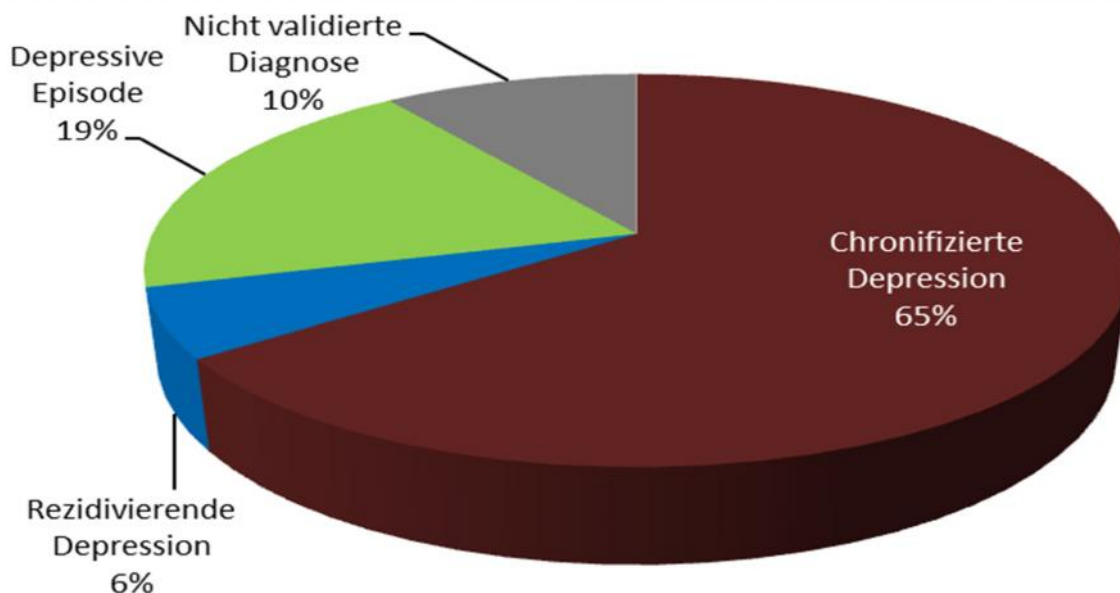
5.1.8 Prävalenz diagnostizierter chronischer Depressionsfälle

In dem vorliegenden Bericht wurden alle Versicherten, die im Basisjahr 2011 eine Depressionsdiagnose hatten, hinsichtlich des Verlaufs der Diagnosen über die Jahre 2008 bis 2012 untersucht. Die Einteilung in die Verlaufskategorien der Depressionsdiagnosen ist in Tabelle 4 (siehe Seite 35) dargestellt. Mit dem Kriterium des Auftretens einer depressiven Episode und/oder rezidivierenden depressiven Störung in mindestens sechs von acht aufeinanderfolgenden Quartalen wurde das Diagnosekriterium der Dauer von mindestens zwei Jahren operationalisiert (= chronische depressive Erkrankung).

Abbildung 20 stellt die Ergebnisse der Verteilung zu den vier Verlaufskategorien dar: Von insgesamt **639.835 Versicherten**, die im Jahr 2011 eine Depression hatten und über den 5-Jahres-Zeitraum beobachtbar waren, erfüllten fast **zwei Drittel die hier definierten Kriterien eines chronischen Verlaufs**. Weitere 19 % hatten in dem Zeitraum die Diagnose einer depressiven Episode (F32.x), die nicht das Zeitkriterium einer chronischen Depression erfüllte. Nur 6 % hatten im Verlauf mehrere Diagnosen rezidivierender depressiver Störungen, ohne chronifiziert zu sein. Ein relativ hoher Anteil der Diagnosen (10 %) galt als nicht validierte Diagnose, da die Diagnose nur in einem Quartal dokumentiert ist.

Abbildung 20: Verteilung der Verläufe (2008-2012) diagnostizierter Depressionsfälle

Anteile in %



Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

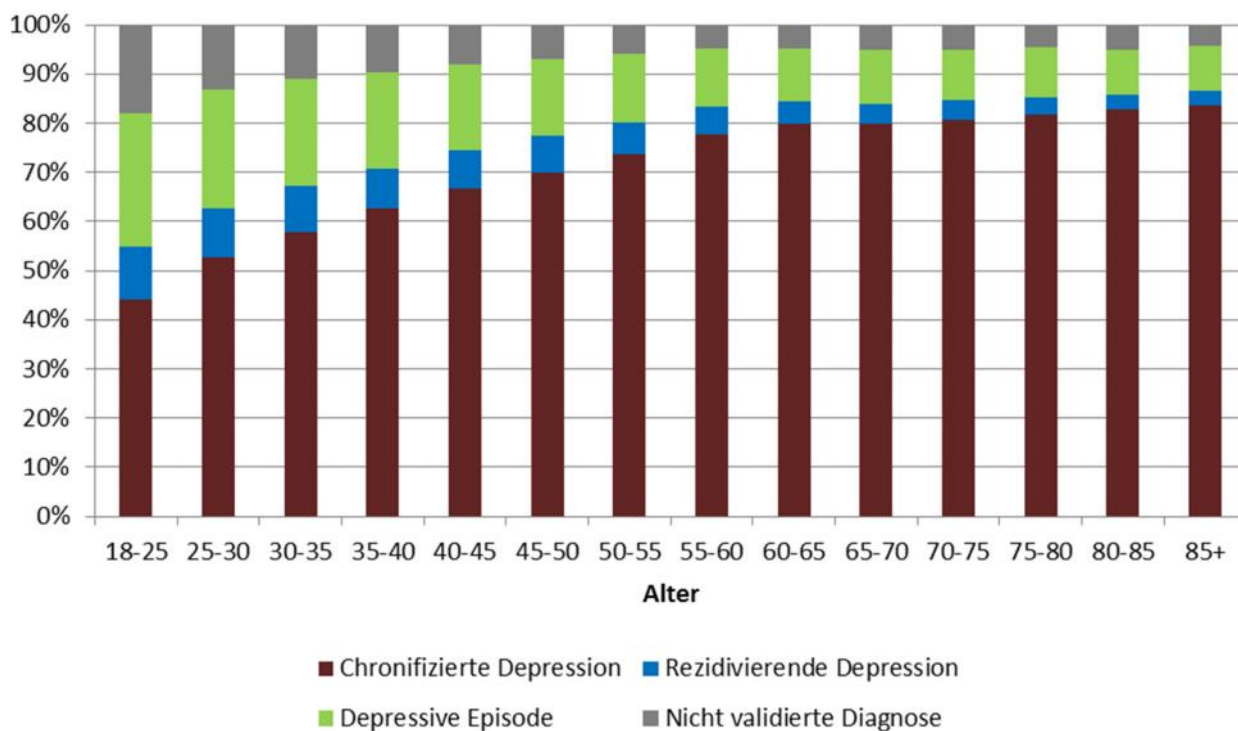
Die Verteilung der verschiedenen Verlaufsformen der Depressionsdiagnosen unterschied sich nicht wesentlich zwischen Männern und Frauen. Frauen waren über alle Kategorien hinweg etwa doppelt so häufig von der Erkrankung betroffen, wobei das Verhältnis bei den chronischen Verläufen noch etwas **stärker zu Ungunsten der Frauen (66 % vs. 63 % bei Männern)** ausgeprägt war.

Vom jungen Erwachsenenalter an nimmt der Anteil der chronischen Verläufe stetig zu und erreicht **ab einem Alter von 60 Jahren den Anteil von 80 %** (

Abbildung 21). Das bedeutet, dass von den Versicherten, die im Jahr 2011 eine Depressionsdiagnose hatten und älter als 60 Jahre waren, fast alle auch das Kriterium einer chronischen Depression erfüllten.

Abbildung 21: Verteilung der Verläufe diagnostizierter Depressionsfälle (2008-2012) nach Altersstufen

Anteile in %



Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.1.9 Regionale Variation diagnostizierter chronischer Depressionsfälle

Die regionale Verteilung der Versicherten, die in 2011 retrospektiv als chronisch depressiv kategorisiert wurden, ist in den Abbildungen 22 und 23 dargestellt.

Tabelle 20: Regionale Verteilung der Anteile diagnostizierter chronischer Depressionsfälle

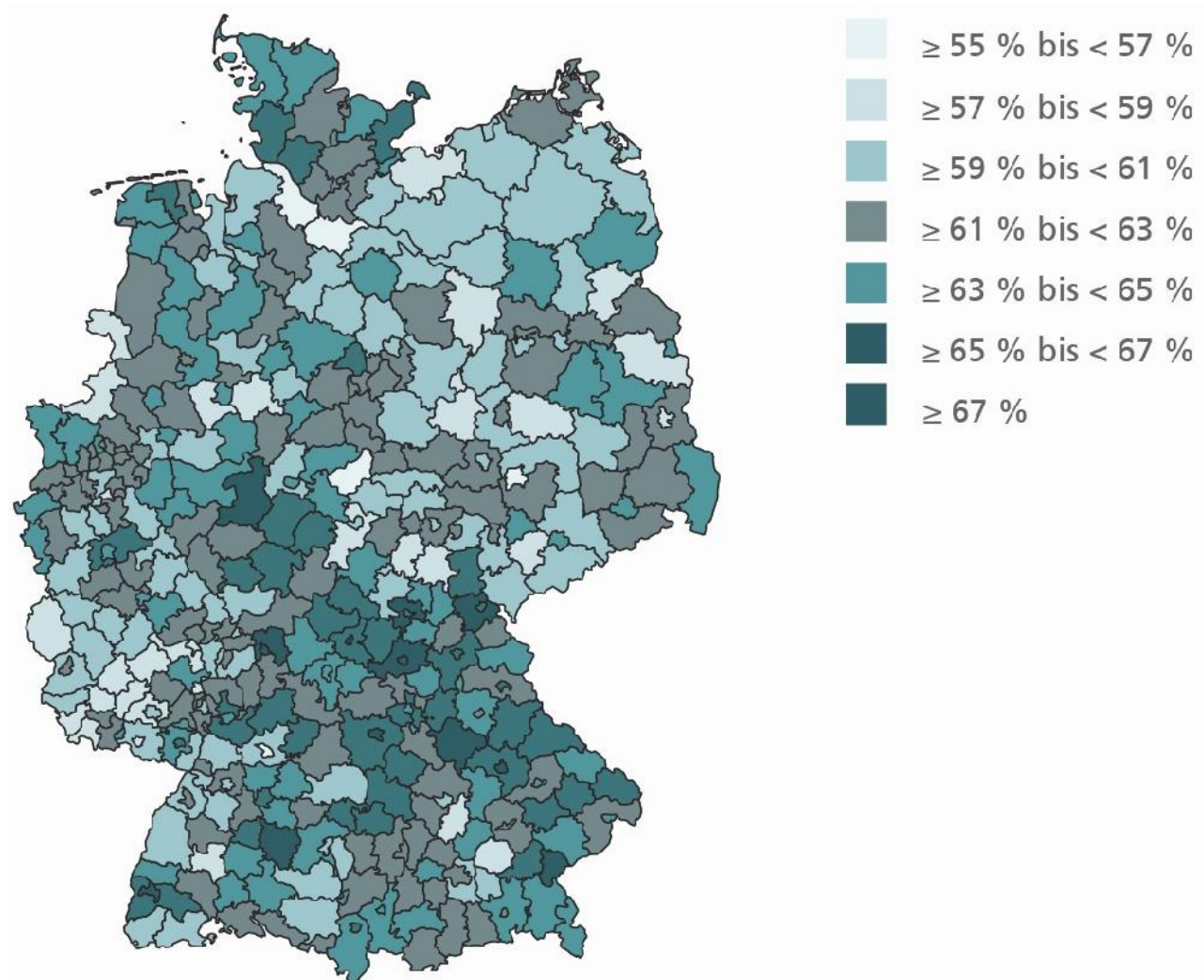
Angegeben ist der Anteil diagnostizierter chronischer Depressionsfälle im Zeitraum von 2008 bis 2012 im Verhältnis zu allen in 2011 diagnostizierten Depressionsfällen. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Anteil in %	55,7	70,6	14,9	60,6	63,9	3,4	62,2

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 22: Regionale Verteilung diagnostizierter chronischer Depressionsfälle

Angegeben ist der Anteil diagnostizierter chronischer Depressionsfälle im Zeitraum von 2008 bis 2012 im Verhältnis zu allen in 2011 diagnostizierten Depressionsfällen. Anteil in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 21: Kreise mit den niedrigsten und höchsten Anteilen diagnostizierter chronischer Depressionsfälle

Angegeben ist der Anteil diagnostizierter chronischer Depressionsfälle im Zeitraum von 2008 bis 2012 im Verhältnis zu allen in 2011 diagnostizierten Depressionsfällen. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Anteil in %
Min	Thüringen	16061	Eichsfeld, Kreis	55,7
	Sachsen	14713	Leipzig, Stadt	56,3
	Niedersachsen	3353	Harburg, Landkreis	56,4
Max	Baden-Württemberg	8415	Reutlingen, Landkreis	70,6
	Bayern	9471	Bamberg, Landkreis	69,7
	Bayern	9475	Hof, Landkreis	69,4

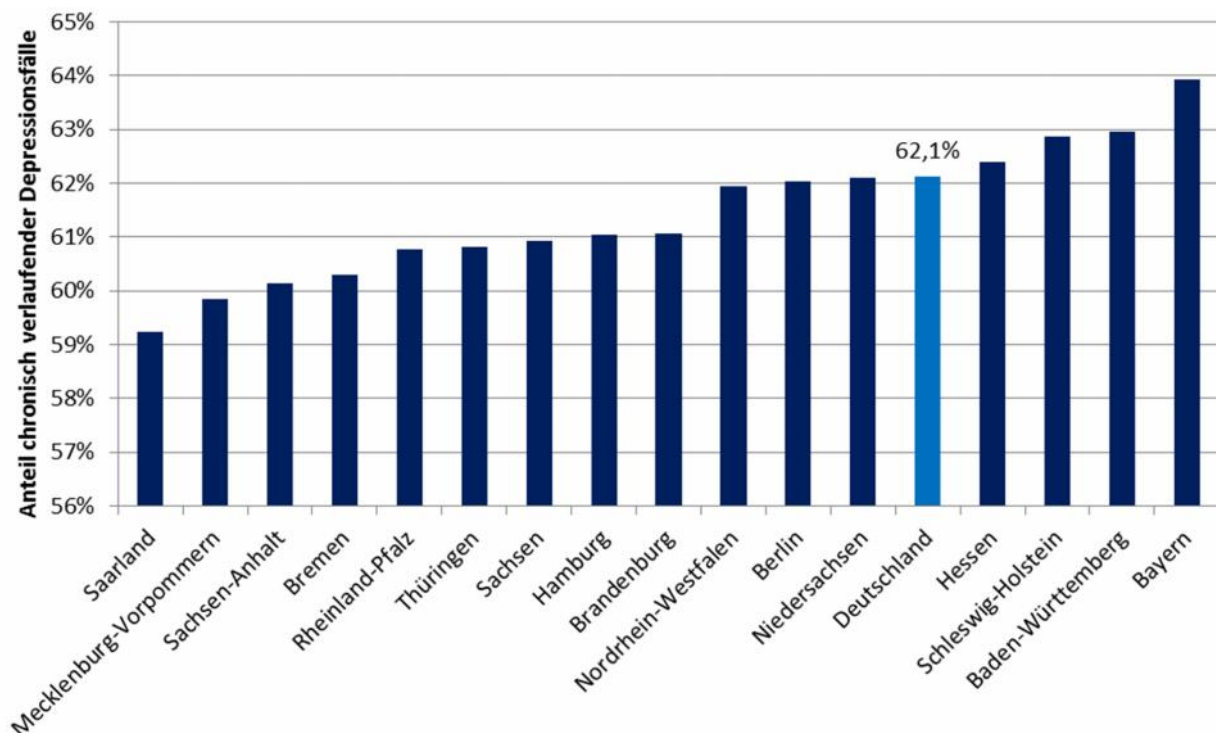
*KGS = Kreisgemeindeschlüssel

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Regional variiert der Anteil **der chronischen Depressionsdiagnosen zwischen 56 % und 71 %**, wobei die Hälfte aller Kreise zwischen 61 % und 64 % variiert. Die Kreise mit den niedrigsten Anteilen chronischer Depressionsdiagnosen liegen in Thüringen, Sachsen und Niedersachsen, die Kreise mit den höchsten in Bayern und Baden-Württemberg. Auf der Ebene der Bundesländer liegt Bayern an erster Stelle des Anteils chronisch verlaufender Depressionen, gefolgt von Baden-Württemberg und Schleswig-Holstein. Im Saarland, in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt sind die niedrigsten Anteile zu finden (siehe Abbildung 23).

Abbildung 23: Anteil chronisch verlaufender Depressionsfälle nach Bundesland, 2011

Angegeben ist der Anteil diagnostizierter chronischer Depressionsfälle im Zeitraum von 2008 bis 2012 im Verhältnis zu allen in 2011 diagnostizierten Depressionsfällen. Regionaler Bezug: Wohnortbundesland der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.1.10 Depression und psychische Komorbidität

Depressive Erkrankungen gehen häufig mit einer somatischen oder psychischen Komorbidität einher. Um die Ergebnisse zur Prävalenz diagnostizierter depressiver Erkrankungen differenzierter betrachten zu können, wurden die häufigsten psychischen Diagnosen, die zusätzlich zu der Depressionsdiagnose vergeben wurden, untersucht. Die folgenden Analysen beziehen sich ausschließlich auf das Jahr 2011.

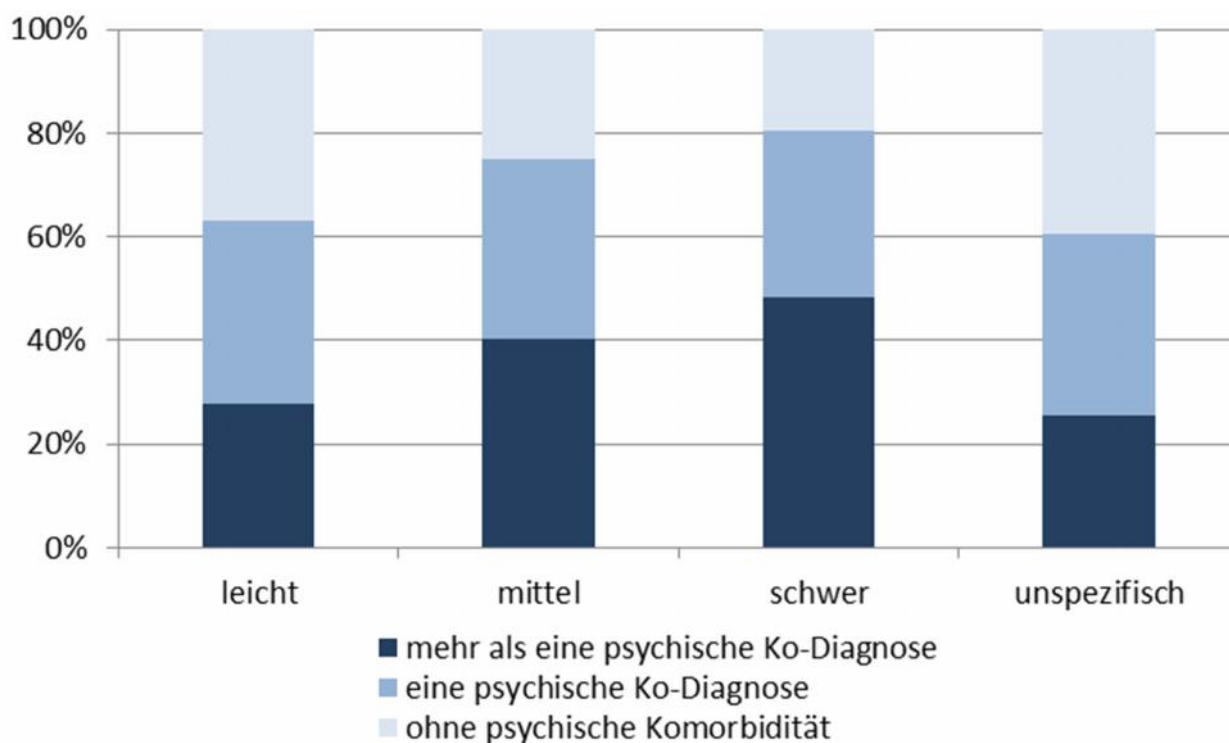
Von den 774.554 Versicherten mit einer Depressionsdiagnose im Jahr 2011 weisen **70 % eine psychische Komorbidität¹¹** auf, d. h. mindestens eine weitere psychische Diagnose (F-Diagnose nach ICD-10) wurde kodiert. Die Abbildungen 24 und 25 zeigen die häufigsten psychischen

¹¹ Im Falle der untersuchten weiteren psychischen Diagnosen wurde kein Validierungskriterium (z. B. das Auftreten der Diagnose in mindestens zwei Quartalen) angewendet. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es sich zum Teil nur um Verdachtsdiagnosen handelt, die im weiteren Verlauf von den Behandlern korrigiert werden.

Komorbiditäten, zum einen anhand der Anzahl der psychischen Diagnosen, zum anderen anhand der Art der psychischen Komorbidität.

Abbildung 24: Anteile komorbider psychischer Störungen bei Depressionsdiagnosen nach Schweregrad und Anzahl der Diagnosen, 2011

Anteile in %



Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Depressionsdiagnosen gehen mit einer hohen psychischen Komorbidität einher. Von den Versicherten mit einer diagnostizierten leichten Depression haben 63 % mindestens eine weitere F-Diagnose, bei mittelgradigen sind es 75 % und bei den schwer Erkrankten 80 %. Bei den nicht spezifizierten Depressionsdiagnosen ist eine ähnliche Verteilung wie bei den leichten Depressionsdiagnosen vorzufinden. Aus Abbildung 24 wird deutlich, dass mit der Erkrankungsschwere der Depression auch die Anzahl weiterer psychischer Diagnosen steigt.

Die häufigste diagnostizierte psychische Begleiterkrankung bei den diagnostizierten depressiven Erkrankungen ist, wie in Abbildung 25 dargestellt, die Gruppe der **somatoformen Störungen**¹² (F45.x), gefolgt von den **Belastungs- und Anpassungsstörungen** (F43.x) und den **Angststörungen** (F40.x, F41.x). Nicht dargestellt ist die Gruppe aller anderen Diagnosen aus dem F-Kapitel des ICD-10, die seltener vorkamen als die dargestellten Gruppen.

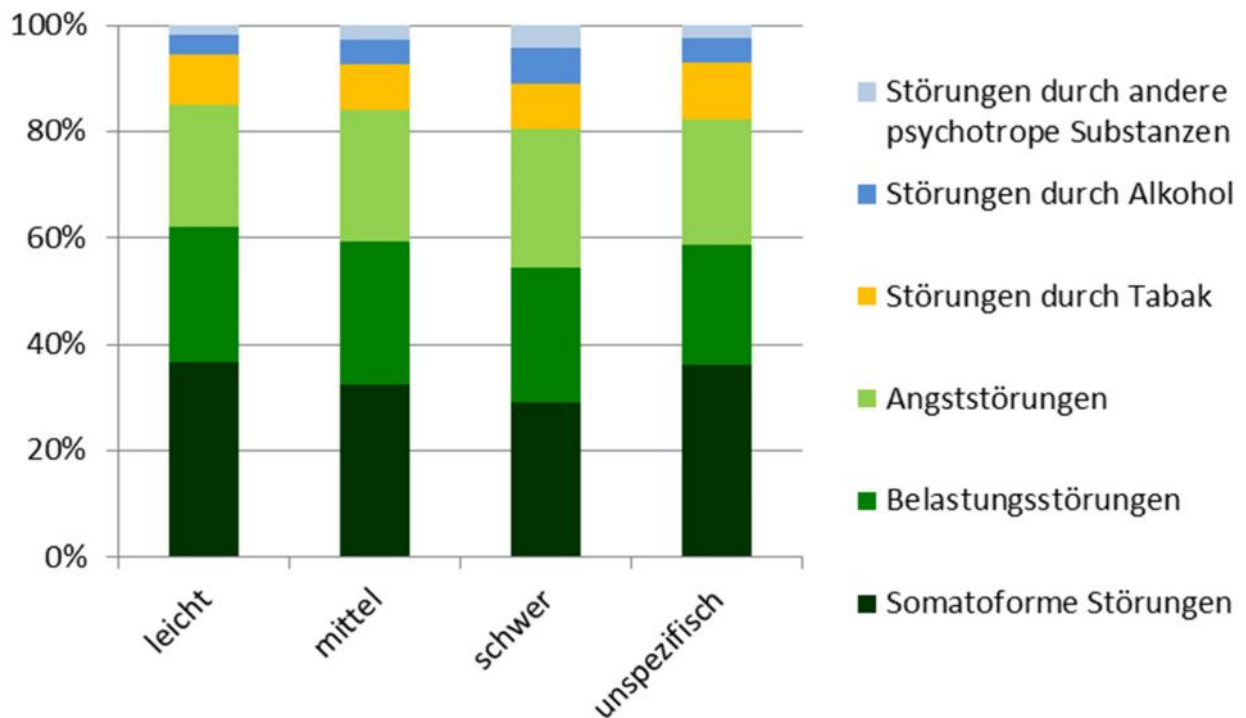
Im Folgenden werden die beiden Indikationen Angststörungen und somatoforme Störungen als komorbide Erkrankungen bei Depressionen fokussiert, da sie zwei der häufigsten komorbiden psychischen Erkrankungen darstellen und beide eine hohe Versorgungsrelevanz aufweisen.

¹² Der Begriff „Somatoforme Störungen“ beschreibt eine Gruppe von verschiedenen psychischen Erkrankungen, die vor allem durch körperliche Beschwerden gekennzeichnet sind, für die keine eindeutigen körperlichen Ursachen festgestellt werden konnten, die das Ausmaß der Beschwerden ausreichend erklären. Erst wenn diese Beschwerden über einen längeren Zeitraum anhalten, zu deutlichem Leid führen und den Alltag der betreffenden Person erheblich beeinträchtigen, spricht man von einer somatoformen Störung.

Regionale Unterschiede in der Anzahl der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose und einer komorbiden Angst- bzw. somatoformen Störung könnten zum einen auf eine variierende Häufigkeit der Komorbidität, zum anderen aber auch auf eine unterschiedliche Sensitivität in dem Erkennen relevanter Komorbiditäten hindeuten.

Abbildung 25: Verteilung der häufigsten komorbiden psychischen Störungen bei Depressionsdiagnosen nach Schweregraden, 2011

Anteile in %



Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

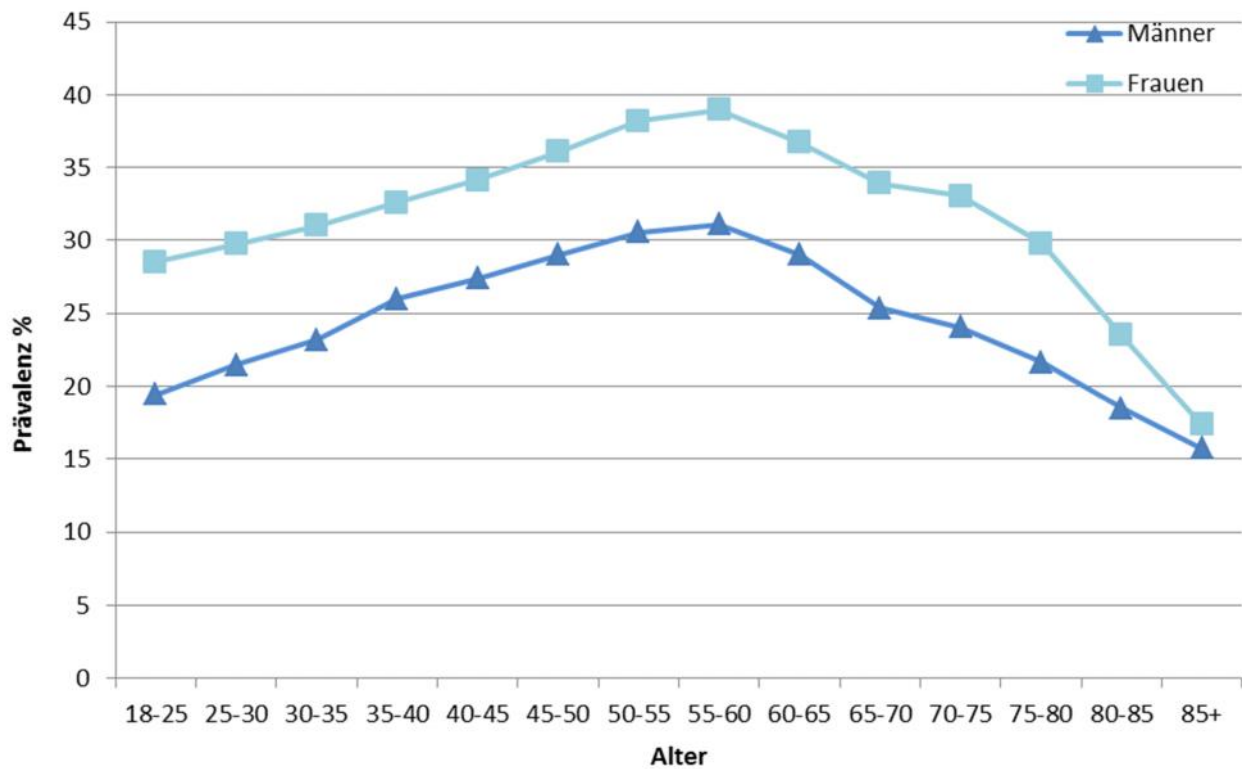
5.1.10.1 Regionale Variation der Prävalenz diagnostizierter Depressionsfälle mit komorbiden somatoformen Störungen

Fast ein **Drittel (31 %)** aller Versicherten mit einer spezifizierten Depressionsdiagnose hat zusätzlich die **Diagnose einer somatoformen Störung**. Auch hier liegt die Prävalenzrate bei den Frauen um durchschnittlich ca. 7 % über der der Männer. Im Altersverlauf fällt auf, dass ab dem Alter von 50 bis 60 Jahren die höchsten Raten mit knapp 40 % bei Frauen und 30 % bei Männern erreicht werden; anschließend sinken die Prävalenzen in beiden Gruppen wieder (siehe Abbildung 26).

Die regionale Verteilung der Versicherten mit spezifizierter Depressionsdiagnose und einer komorbiden somatoformen Störung ist in Abbildung 27 dargestellt.

Abbildung 26: Anteil komorbider somatoformer Störungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen nach Geschlecht und Altersstufen, 2011

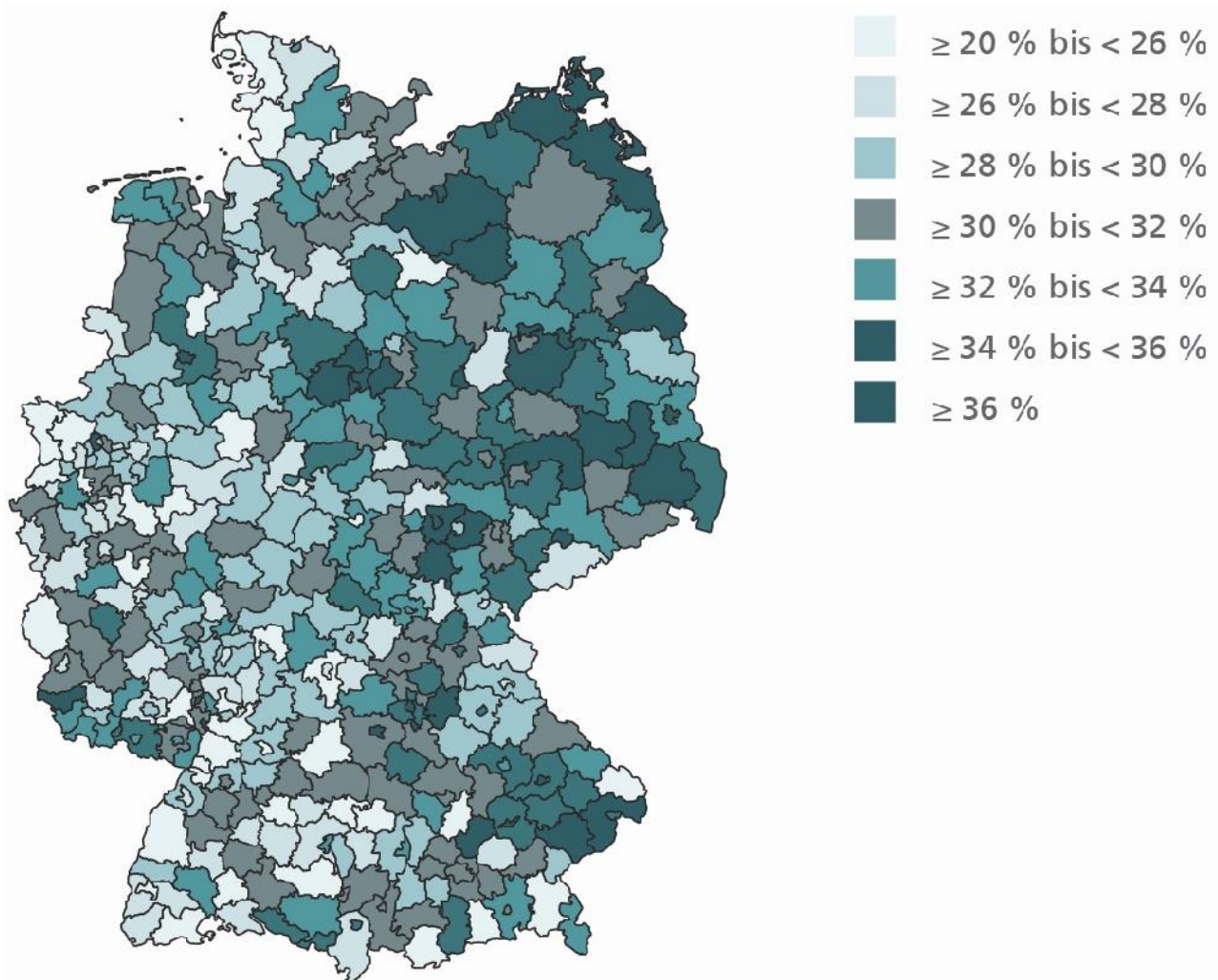
Angegeben ist der Anteil komorbider somatoformer Störungen im Verhältnis zu allen spezifiziert diagnostizierten Depressionsfällen in 2011. Anteil in %



Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 27: Regionale Verteilung komorbider somatoformer Störungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011

Angegeben ist der Anteil komorbider somatoformer Störungen im Verhältnis zu allen spezifiziert diagnostizierten Depressionsfällen in 2011. Anteil in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 22: Regionale Variation der komorbiden somatoformen Störung bei spezifizierten Depressionsdiagnosen auf Kreisebene, 2011

Angegeben ist der Anteil komorbider somatoformer Störungen im Verhältnis zu allen spezifiziert diagnostizierten Depressionsfällen in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Anteil in %	21,1	46,0	24,9	28,1	33,2	5,1	30,7

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 23: Kreise mit den niedrigsten und höchsten Anteilen an somatoformen Störungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011

Angegeben ist der Anteil komorbider somatoformer Störungen im Verhältnis zu allen spezifiziert diagnostizierten Depressionsfällen in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Anteil in %
Min	Bayern	9186	Pfaffenhofen an der Ilm, Landkreis	21,1
	Bayern	9679	Würzburg, Landkreis	22,0
	Thüringen	16056	Eisenach, kreisfreie Stadt	23,3
Max	Mecklenburg-Vorpommern	13076	Ludwigslust-Parchim, Landkreis	46,0
	Brandenburg	12062	Elbe-Elster, Landkreis	43,3
	Mecklenburg-Vorpommern	13003	Kreisfreie Stadt Rostock, Hansestadt	41,7

*KGS = Kreismunicipalgeschlüssel

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Regional variiert die **administrative Prävalenz der komorbiden somatoformen Störungen zwischen 21 % und 46 %**. Das bedeutet, dass in manchen Kreisen mehr als doppelt so häufig eine somatoforme Störung zur spezifizierten Depression diagnostiziert wird wie in anderen Kreisen. Die Hälfte der Kreise variiert allerdings nur zwischen 28 % und 33 %. Es muss berücksichtigt werden, dass sich die Prävalenzschätzung der komorbiden Störungen ausschließlich auf die spezifizierten Depressionsdiagnosen bezieht, die ihrerseits wiederum regional variieren. Das heißt, dass die administrative Prävalenz der psychischen Komorbidität bei einer niedrigen Prävalenz der spezifizierten Depressionsdiagnosen anders zu interpretieren ist als bei hoher Prävalenz der Depressionsdiagnosen (vgl. 6.1.3, Seite 109).

Es besteht eine Verdichtung der administrativen Prävalenzen der komorbiden somatoformen Störungen im Osten und Südosten Deutschlands. Hier wird die Abhängigkeit von der Variation der administrativen Prävalenz der Depressionsdiagnosen deutlich: Während die spezifizierte Depression im Südosten (Bayern) am höchsten ausfällt, ist sie im Osten Deutschlands eher gering. Die Kreise mit den niedrigsten administrativen Prävalenzen der komorbiden somatoformen Störung liegen in Bayern, die mit den höchsten administrativen Prävalenzen in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg.

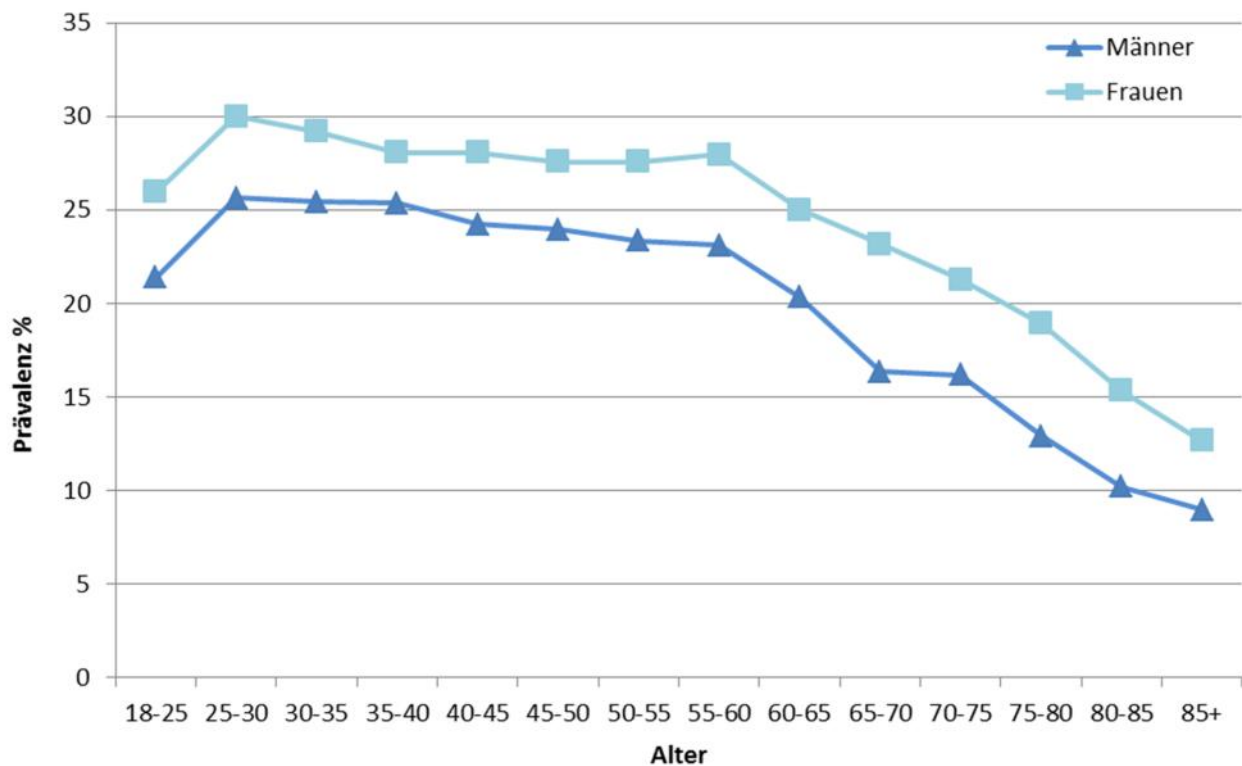
Die Prävalenz der komorbiden somatoformen Störung bei spezifizierten Depressionsdiagnosen stand mit keiner der untersuchten Behandlungsstrukturen in einem bedeutenden Zusammenhang (alle $r < .10$; $R^2 < .01$).

5.1.10.2 Regionale Variation der Prävalenz diagnostizierter Depressionen mit komorbiden Angststörungen

Fast ein Viertel aller Versicherten mit einer spezifizierten Depressionsdiagnose haben zusätzlich die **Diagnose einer Angststörung (24 %)**. Ähnlich wie bei den komorbiden somatoformen Störungen liegt die Prävalenz bei den Frauen etwas höher als bei den Männern (durchschnittlich ca. 4 %). Die komorbide Angststörung wird am häufigsten im jungen Erwachsenenalter zwischen 25 und 35 Jahren diagnostiziert. Bis zum Alter von ca. 60 Jahren sinkt die Prävalenz leicht ab, nach dem 60. Lebensjahr werden die Angststörungen kontinuierlich seltener kodiert (siehe Abbildung 28).

Abbildung 28: Anteil komorbider Angststörungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen nach Geschlecht und Altersstufen, 2011

Anteil in %

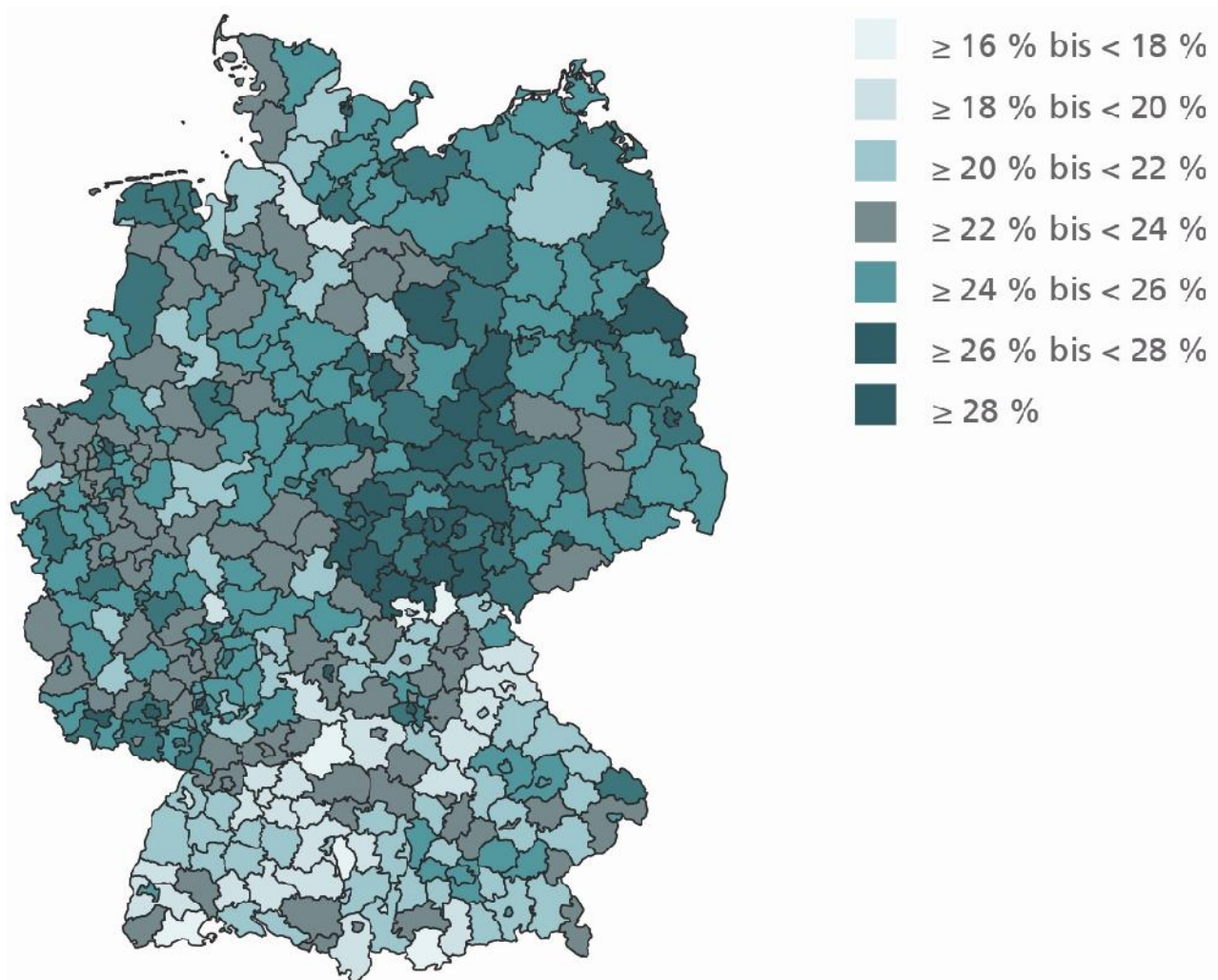


Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Bei Betrachtung der regionalen Verteilung der komorbiden Angstdiagnosen (Abbildung 29) fällt, ähnlich wie bei den komorbiden somatoformen Diagnosen, eine **deutliche Häufung** im Osten und Nordwesten Deutschlands auf. Entsprechend finden sich die Kreise mit den höchsten administrativen Prävalenzen von über 30 % in Sachsen-Anhalt und Niedersachsen. Die niedrigsten administrativen Prävalenzen mit ca. 16 % sind in Bayern und Baden-Württemberg zu finden.

Abbildung 29: Regionale Verteilung komorbider Angststörungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011

Angegeben ist der Anteil komorbider Angststörungen im Verhältnis zu allen spezifiziert diagnostizierten Depressionsfällen in 2011. Anteil in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 24: Regionale Variation komorbider Angststörungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen auf Kreisebene, 2011

Angegeben ist der Anteil komorbider Angststörungen im Verhältnis zu allen spezifiziert diagnostizierten Depressionsfällen in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Anteil in %	16,1	31,9	15,8	22,0	25,9	3,9	24,1

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 25: Kreise mit den niedrigsten und höchsten Anteilen komorbider Angststörungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011

Angegeben ist der Anteil komorbider Angststörungen im Verhältnis zu allen spezifiziert diagnostizierten Depressionsfällen in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Anteil in %
Min	Bayern	9180	Garmisch-Partenkirchen, Landkreis	16,1
	Baden-Württemberg	8127	Schwäbisch Hall, Landkreis	17,0
	Baden-Württemberg	8337	Waldshut, Landkreis	17,6
Max	Sachsen-Anhalt	15003	Magdeburg, kreisfreie Stadt	31,9
	Sachsen-Anhalt	15087	Mansfeld-Südharz, Landkreis	30,8
	Niedersachsen	3158	Wolfenbüttel, Landkreis	30,8

*KGS = Kreismunicipalgeschlüssel

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Es wurde ein schwach negativer Zusammenhang zwischen der regionalen Prävalenz der komorbiden Angststörungen bei spezifizierten Depressionsdiagnosen und der Hausarzt-Dichte ($r = -.20$; $R^2 = .04$) sowie ein schwach positiver Zusammenhang mit der Psychotherapeuten-Dichte ($r = .16$; $R^2 = .03$) gefunden. Die psych. Facharztdichte und die Dichte der psych. Krankenhausbetten standen in keinem bedeutenden Zusammenhang mit den komorbiden Angstdiagnosen ($r < .10$; $R^2 < .01$).

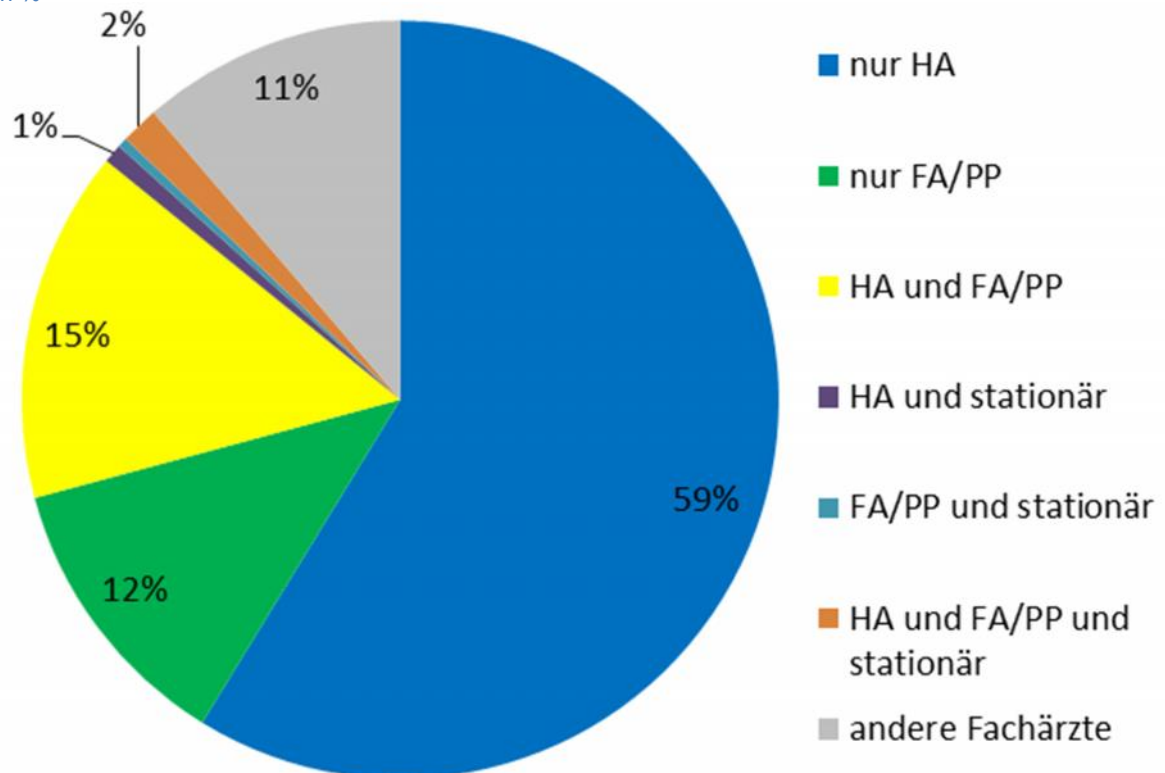
5.1.11 Wer diagnostiziert Depressionsfälle und vergibt Diagnosen?

Aufgrund des hohen Anteils nicht spezifisch kodierter Depressionsdiagnosen, für die keine konkreten Empfehlungen für die Behandlung abgeleitet werden können, stellt Abbildung 30 die Anteile der jeweiligen Behandlergruppe(n) dar, die die verschiedenen depressiven Erkrankungen kodierten.

Der größte Anteil der Depressionsdiagnosen wurde **mit 59 % ausschließlich von einem Hausarzt** gestellt. Die zweitgrößte Gruppe bilden die Depressionsdiagnosen, die durch einen Hausarzt und einen fachspezifischen Arzt bzw. Psychotherapeuten gestellt wurden (15 %). Allein über einen fachspezifischen Arzt bzw. Psychotherapeuten erfolgte die Diagnosestellung bei 12 %. Ein relativ großer Anteil (11 %) entfällt auf die Gruppe der anderen fachärztlichen Disziplinen, bei denen keine Beteiligung der anderen Behandlergruppen an der Diagnosestellung dokumentiert ist.

Abbildung 30: Diagnostizierende Fachgruppe bei depressiven Erkrankungen, 2011

Anteile in %



HA = Hausarzt; FA/PP = psych. Facharzt und/oder Psychologischer Psychotherapeut; stationär = stationäre Haupt-Entlass-Diagnose

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

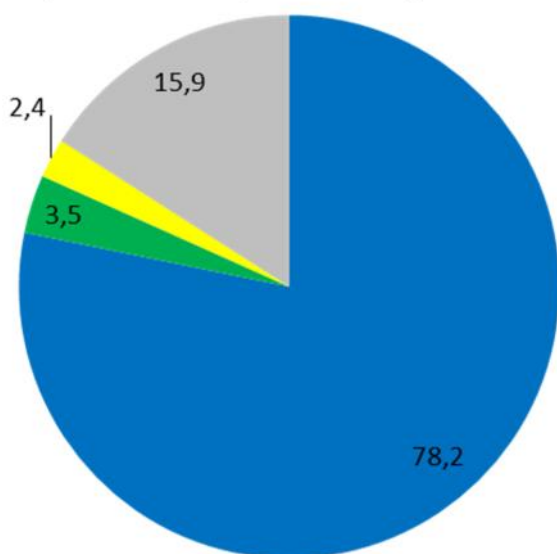
Die nicht spezifizierten Depressionsdiagnosen werden überwiegend ausschließlich von einem Hausarzt gestellt (78 %). Die zweite relevante Gruppe stellt die der nicht psychiatrischen/psychosomatischen Fachärzte dar (siehe Abbildung 31).

Bei etwa der Hälfte aller spezifizierten Depressionsdiagnosen ist ein fachspezifischer Arzt bzw. Psychotherapeut an der Diagnosestellung beteiligt. Die andere Hälfte wird zum größten Teil durch den Hausarzt und durch Fachärzte anderer Disziplinen bestimmt.

Abbildung 31: Diagnostizierende Fachgruppe bei spezifizierten und nicht spezifizierten Depressionsdiagnosen, 2011

Anteile in %

nicht spezifizierte Depressionsdiagnosen



■ nur HA

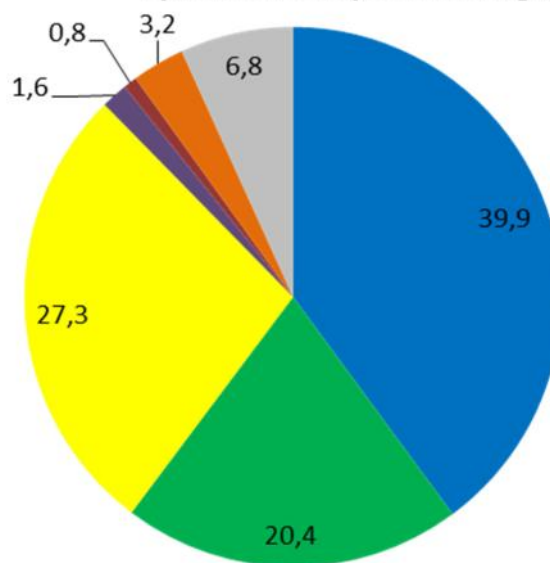
■ nur FA/PP

■ HA und stationär

■ FA/PP und stationär

■ andere Fachärzte

spezifizierte Depressionsdiagnosen



■ HA und FA/PP

■ HA und FA/PP und stationär

HA = Hausarzt; FA/PP = psych. Facharzt und/oder Psychologischer Psychotherapeut; stationär = stationäre Haupt-Entlass-Diagnose

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.2 Fragestellung 2: Leitlinienorientierte Versorgung diagnostizierter Depressionen und ihre regionale Verteilung

Für die folgenden Fragestellungen der leitlinienorientierten Versorgung wird die **ambulante** psychotherapeutische und psychopharmakologische Behandlung differenziert betrachtet. Ausgehend von einer **Diagnose im Basisjahr 2011** wird für die ambulante Behandlung der **Beobachtungszeitraum der drei Jahre 2010 bis 2012** betrachtet. Durch die Erweiterung des Beobachtungszeitraums für die ambulante Behandlung ist gewährleistet, dass alle untersuchten Fälle die Chance haben, die Kriterien für eine leitliniengerechte Behandlung grundsätzlich erfüllen zu können, und nicht fälschlicherweise eine Behandlung als nicht ausreichend eingeordnet wird, wenn der Beobachtungszeitraum für eine ausreichende Behandlung¹³ zu klein ist.

Bei der **stationären** psychiatrischen und/oder psychosomatischen Versorgung wurde ausschließlich das Jahr 2011 untersucht, da hier kein Dosis- bzw. Dauerkriterium angelegt wurde. Das bedeutet, dass schon bei einem Tag stationärer Behandlung (im Jahr 2011) der Versicherte als stationär behandelt kategorisiert wurde.

¹³ Mit „ausreichender Behandlung“ oder „ausreichend langer Behandlung“ ist im Folgenden immer die Behandlung mit der entsprechend in Abschnitt 4.2.2 (Seite 35) festgelegten Mindestdosis bzw. -dauer gemeint. Aussagen darüber, ob die Behandlung ausreichend lange ist, können letztlich aber nicht klar getroffen werden. Zur besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wird dennoch nicht auf den Begriff „ausreichend“ verzichtet.

5.2.1 Regionale Variation der ambulanten und stationären Versorgung von Depressionen

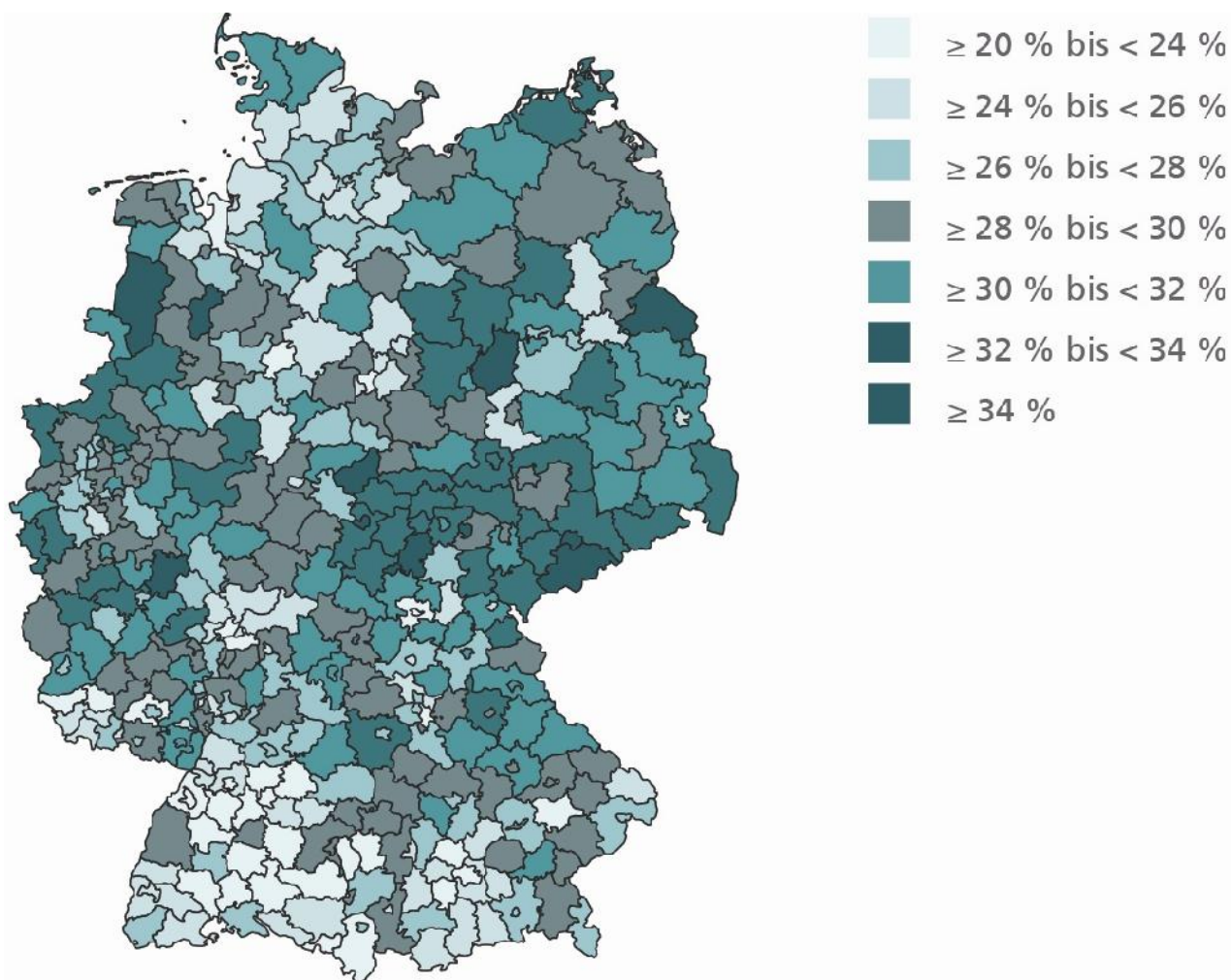
Zunächst wird die Häufigkeit der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosis (siehe Abbildungen 32 und 33), der ambulanten psychotherapeutischen Behandlungen mit entsprechender Mindestdauer (siehe Abbildungen 36 und 37) und die der stationären Behandlungen (siehe Abbildungen 40 und 41) bei allen Versicherten mit einer im Jahr 2011 diagnostizierten depressiven Erkrankung dargestellt. Im Anschluss wird jeweils der Zusammenhang zwischen der administrativen Behandlungsprävalenz und den Strukturmerkmalen untersucht.

5.2.1.1 Regionale Verteilung der Antidepressiva-Verordnungen bei Depression

Im gesamtdeutschen Durchschnitt wird bei mehr als einem **Viertel (28 %)** der als depressiv diagnostizierten Versicherten ein Antidepressivum mit einer Dauer von mindestens neun Monaten verordnet. Dabei variiert der Anteil der Verordnungen mit ausreichender Dauer in den Kreisen zwischen 20 % und 36 %. Die niedrigsten Verordnungsraten mit entsprechender Mindestdauer sind in den Stadtstaaten sowie im Süden und Südwesten Deutschlands zu finden (Saarland, Baden-Württemberg und Hessen), während in den östlichen Bundesländern die höchsten Verordnungsraten vorliegen (Thüringen, Sachsen und Sachsen-Anhalt).

Abbildung 32: Regionale Verteilung der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosis bei Depressionsdiagnosen, 2011

Angegeben ist die Rate der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011 und Antidepressiva-Verordnungen von ≥ 273 DDD zwischen dem 1.1.2010 und dem 31.12.2012 im Verhältnis zu allen Versicherten mit Depressionsdiagnose 2011. Rate in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 26: Regionale Verteilung ausreichend mit Antidepressiva behandelter Depressionsfälle, 2011

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Rate in %	20,3	36,2	15,9	26,1	30,5	4,5	28,9

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 27: Kreise mit den niedrigsten und höchsten Anteilen der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosis, 2011

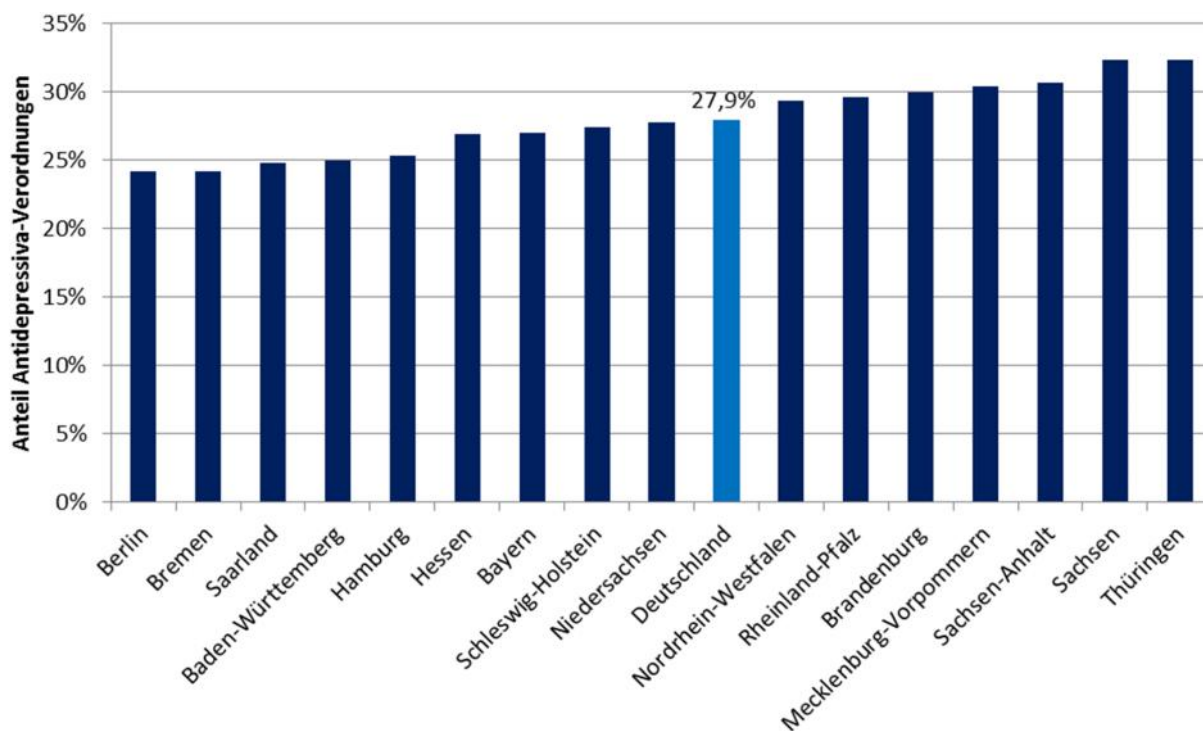
	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Rate in %
Min	Bayern	9473	Coburg, Landkreis	20,3
	Baden-Württemberg	8211	Baden-Baden, kreisfreie Stadt	21,0
	Baden-Württemberg	8417	Zollernalbkreis	21,0
Max	Thüringen	16056	Eisenach, kreisfreie Stadt	36,2
	Niedersachsen	3454	Emsland, Landkreis	35,6
	Sachsen	14521	Erzgebirgskreis	35,6

*KGS = Kreismunicipalgesellschaft

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 33: Anteil der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosis bei Depressionen nach Bundesland, 2011

Angegeben ist die Rate der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011 und Antidepressiva-Verordnungen von ≥ 273 DDD zwischen dem 1.1.2010 und dem 31.12.2012 im Verhältnis zu allen Versicherten mit Depressionsdiagnose 2011. Regionaler Bezug: Wohnortbundesland der Versicherten

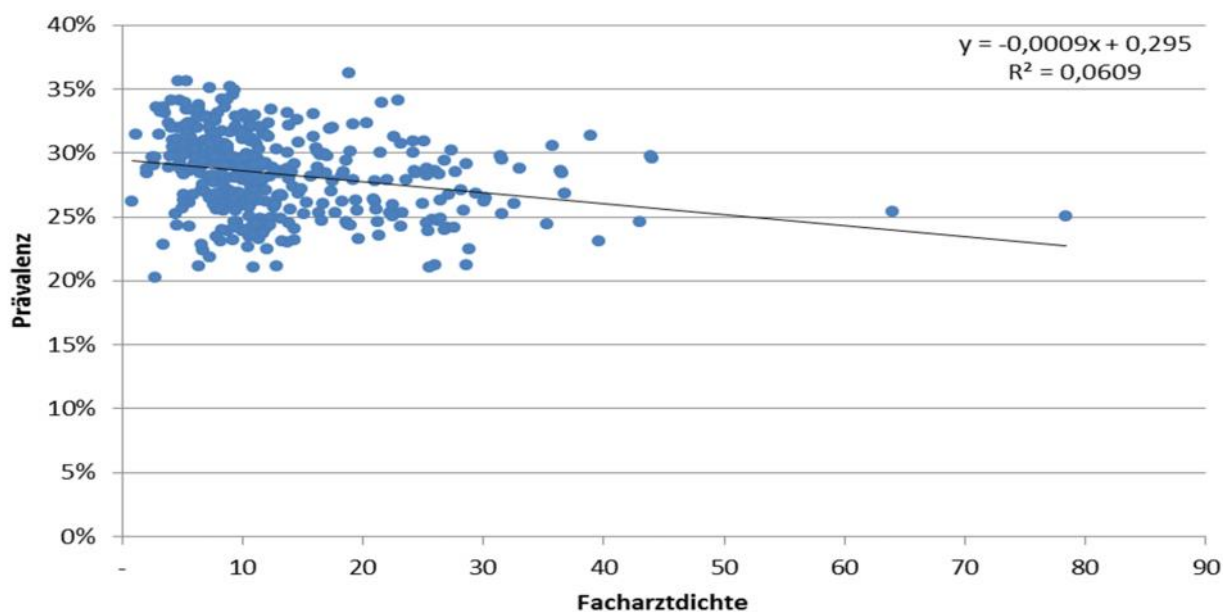


Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.2.1.2 Zusammenhang zwischen der Antidepressiva-Verordnung und den Behandlungsstrukturen

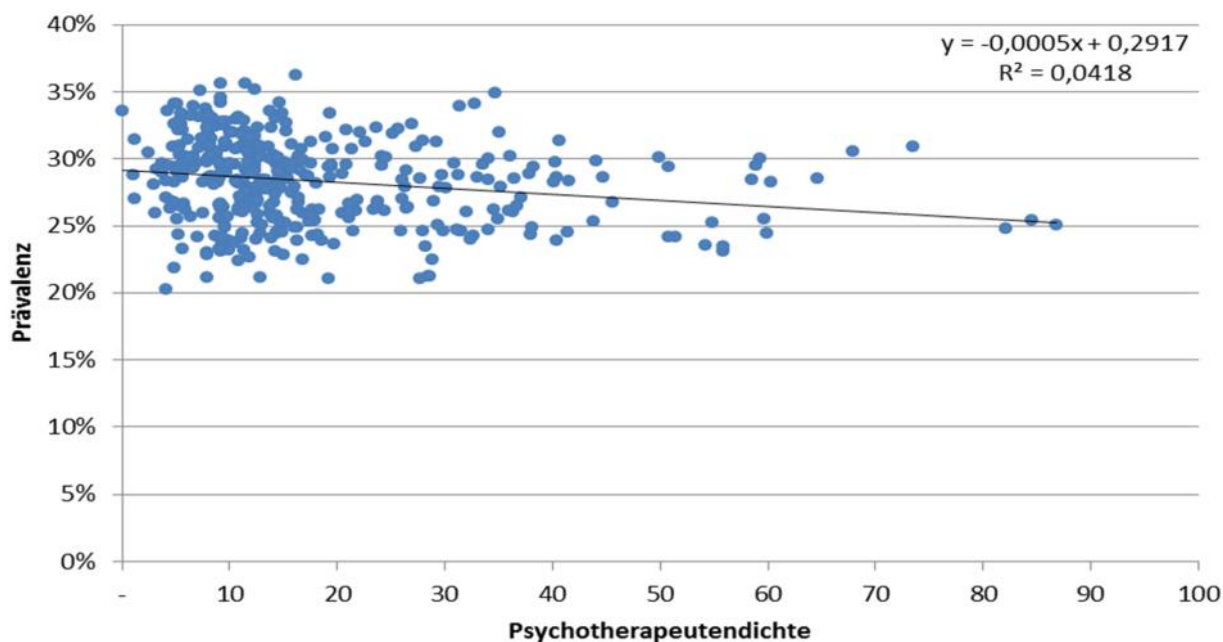
Die Verordnungshäufigkeit von Antidepressiva mit entsprechender Mindestdosis hängt negativ mit der regionalen Dichte der fachspezifischen Ärzte ($r = -.25$; $R^2 = .06$) und Psychotherapeuten ($r = -.20$; $R^2 = .04$) zusammen (siehe Abbildungen 34 und 35). In den Kreisen, in denen mehr psych. Fachärzte und Psychotherapeuten niedergelassen sind, ist der Anteil der Antidepressiva-Verordnung (mit entsprechender Mindestdosis) tendenziell niedriger als in den Kreisen mit geringerer fachspezifischer Versorgungsdichte.

Abbildung 34: Zusammenhang zwischen dem Anteil der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosierung und der psych. Facharzt-Dichte, 2011



Quelle: KBV [85]; BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 35: Zusammenhang zwischen dem Anteil der Antidepressiva-Verordnungen mit entsprechender Mindestdosis und der Psychotherapeuten-Dichte, 2011



Quelle: KBV [85]; BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Kein bedeutender Zusammenhang hingegen besteht zwischen der regionalen Prävalenz der Antidepressiva-Verordnung und der regionalen Hausarzt-Dichte sowie der Dichte der psych. Krankenhausbetten ($r < .10$; $R^2 < .01$).

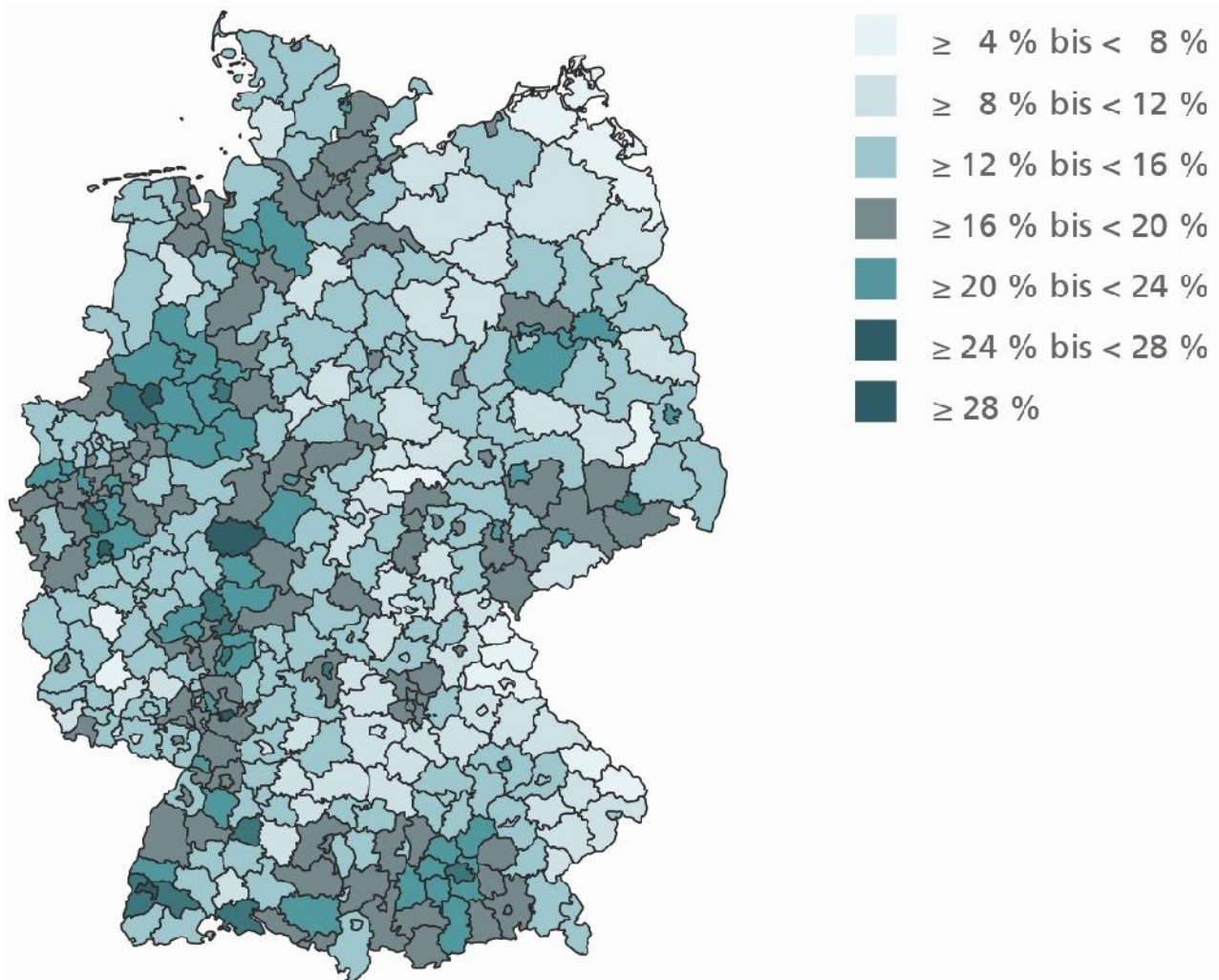
5.2.1.3 Regionale Verteilung der psychotherapeutischen Behandlung bei Depression

Über die Jahre 2010 bis 2012 sind insgesamt 676.444 Versicherte mit einer Depressionsdiagnose im Jahr 2011 beobachtbar. Bei **18,9 % dieser Versicherten wurde in mindestens einem Quartal eine antrags- und genehmigungspflichtige psychotherapeutische Leistung** abgerechnet. Insgesamt **81,1 %** der im Jahr 2011 als depressiv diagnostizierten Versicherten haben im Zeitraum von Anfang 2010 bis Ende 2012 **keine antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie** (mit einem Psychotherapieverfahren gemäß Psychotherapie-Richtlinie) erhalten.

Geht man von dem hier definierten Kriterium einer Minstdosis bzw. -dauer der Psychotherapie aus, haben im Durchschnitt nur **17,3 % der Versicherten** mit Depressionsdiagnose im Jahr 2011 eine **entsprechende Psychotherapie erhalten**. Die niedrigsten psychotherapeutischen Behandlungsraten liegen mit 5 bis 6 % in ländlichen Kreisen in Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern und Bayern. Dagegen gibt es großstädtische Kreise in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen, die eine Rate psychotherapeutischer Behandlungen von fast 40 % aufweisen. Betrachtet man die Behandlungsraten auf der Ebene der Bundesländer, zeigt sich, dass die Stadtstaaten und die Bundesländer Hessen, Nordrhein-Westfalen und Sachsen eine höhere Versorgungsrate aufweisen, während in den östlichen Bundesländern Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen die geringsten Raten zu finden sind. Die regionale Verteilung der psychotherapeutischen Behandlungsraten entsprechender Minstdauer ist in den Abbildungen 36 und 37 sowie in den Tabellen 28 und 29 dargestellt.

Abbildung 36: Regionale Verteilung der psychotherapeutischen Behandlungsraten mit entsprechender Mindestdauer bei Versicherten mit einer Depressionsdiagnose, 2011

Angegeben ist die Rate der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011 und Psychotherapie-Abrechnung in mindestens zwei Quartalen zwischen dem 1.1.2010 und dem 31.12.2012 im Verhältnis zu allen Versicherten mit Depressionsdiagnose 2011. Rate in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 28: Regionale Verteilung der psychotherapeutischen Behandlungsraten mit entsprechender Mindestdauer bei Patienten mit einer Depressionsdiagnose, 2011

Angegeben ist die Rate der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011 und Psychotherapie-Abrechnung in mindestens zwei Quartalen zwischen dem 1.1.2010 und dem 31.12.2012 im Verhältnis zu allen Versicherten mit Depressionsdiagnose 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Rate in %	4,9	38,1	33,2	12,9	18,4	5,6	15,2

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 29: Kreise mit den niedrigsten und höchsten psychotherapeutischen Behandlungsraten mit entsprechender Mindestdauer bei Versicherten mit einer Depressionsdiagnose, 2011

Angegeben ist die Rate der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011 und Psychotherapie-Abrechnung in mindestens zwei Quartalen zwischen dem 1.1.2010 und dem 31.12.2012 im Verhältnis zu allen Versicherten mit Depressionsdiagnose 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

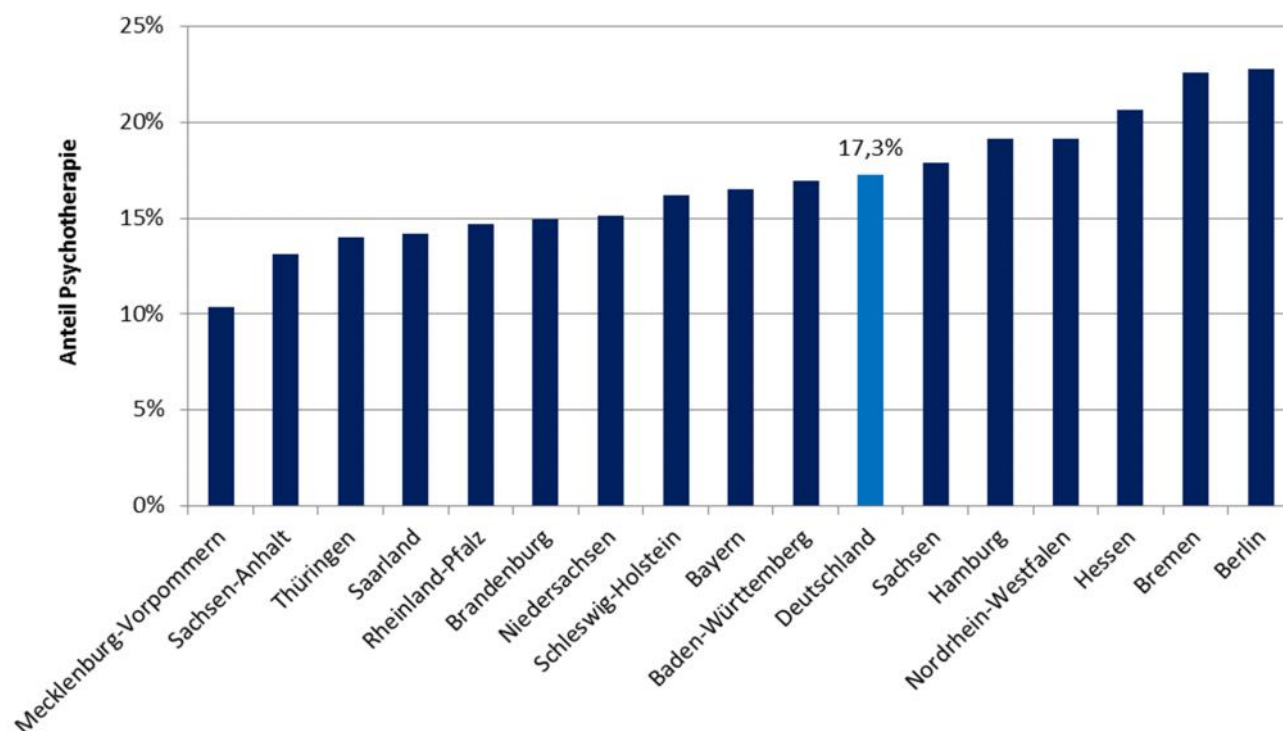
	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Rate in %
Min	Thüringen	16065	Kyffhäuserkreis	4,9
	Mecklenburg-Vorpommern	13075	Landkreis Vorpommern-Greifswald	5,8
	Bayern	9374	Neustadt an der Waldnaab, Landkreis	6,2
Max	Baden-Württemberg	8311	Freiburg im Breisgau, kreisfreie Stadt	38,1
	Nordrhein-Westfalen	5515	Münster, kreisfreie Stadt	36,3
	Baden-Württemberg	8221	Heidelberg, kreisfreie Stadt	32,6

*KGS = Kreismunicipalgesellschaft

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 37: Anteil psychotherapeutischer Behandlungen mit entsprechender Mindestdauer bei Versicherten mit einer Depressionsdiagnose nach Bundesland, 2011

Angegeben ist die Rate der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011 und Psychotherapie-Abrechnung in mindestens zwei Quartalen zwischen dem 1.1.2010 und dem 31.12.2012 im Verhältnis zu allen Versicherten mit Depressionsdiagnose 2011. Regionaler Bezug: Wohnortbundesland der Versicherten



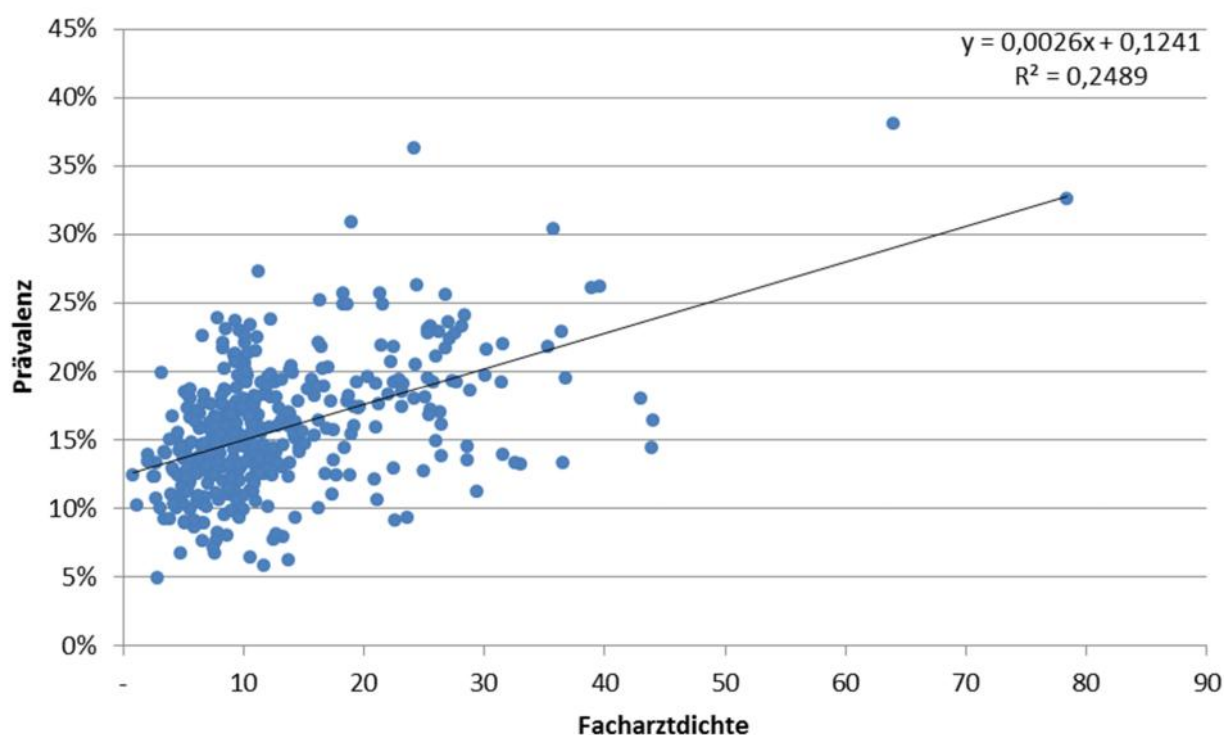
Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.2.1.4 Zusammenhang zwischen der psychotherapeutischen Behandlung und den Behandlungsstrukturen

Erwartungsgemäß besteht ein starker positiver Zusammenhang zwischen der Häufigkeit der abgerechneten (ausreichend langen) Psychotherapien und der regionalen Dichte der fachspezifischen Ärzte ($r = .50$; $R^2 = .25$) und Psychotherapeuten ($r = .64$; $R^2 = .41$) (siehe Abbildungen 38 und 39). Das bedeutet, dass 25 % bzw. 41 % der regionalen Unterschiede der Psychotherapie-Verordnungen mit entsprechender Mindestdauer durch die regionale Dichte der Fachärzte bzw. Psychotherapeuten erklärt werden können.

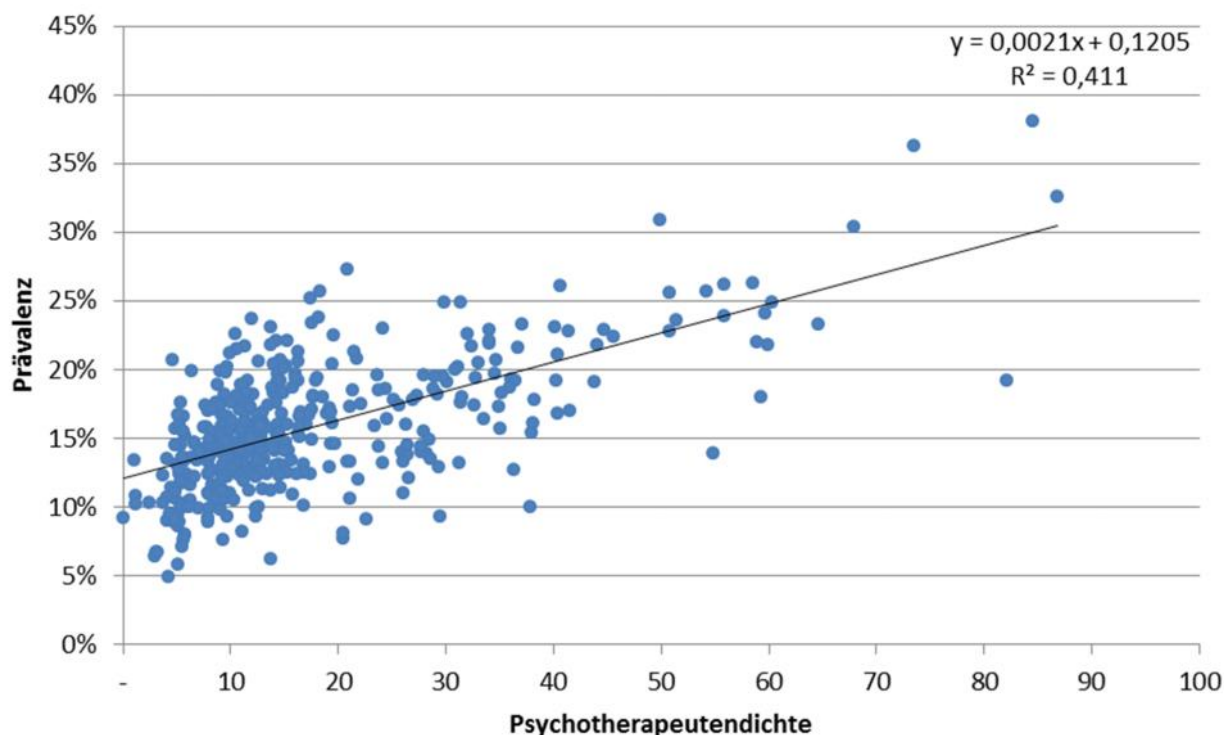
Zwischen der regionalen Psychotherapie-Verordnung und der Hausarzt-Dichte sowie der Dichte der psych. Krankenhausbetten wurde hingegen kein bedeutender Zusammenhang gefunden ($r < .10$; $R^2 < .01$)

Abbildung 38: Zusammenhang zwischen dem Anteil psychotherapeutischer Behandlungen mit entsprechender Mindestdauer aller Depressionsfälle und der psych. Facharzt-Dichte, 2011



Quelle: KBV [85]; BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 39: Zusammenhang zwischen dem Anteil psychotherapeutischer Behandlungen mit entsprechender Mindestdauer aller Depressionsfälle und der Psychotherapeuten-Dichte, 2011



Quelle: KBV [85]; BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.2.1.5 Regionale Verteilung der stationären Behandlungen der Depressionen

Im gesamtdeutschen Durchschnitt wurden ca. **3 % der Versicherten mit einer Depressionsdiagnose im Jahr 2011 stationär wegen der Depression behandelt**. Die regionale Verteilung der stationären Behandlungen der Depressionsfälle ist in den Abbildungen 40 und 41 sowie den Tabellen 30 und 31 dargestellt.

Die niedrigsten Raten von stationär behandelten Versicherten sind in Berlin, Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen zu finden, die höchsten hingegen in Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern. Die Daten sind allerdings schwer interpretierbar, weil die regionale Bezugsgröße der Wohnort der Behandelten ist. Das bedeutet aber nicht, dass die Versicherten in den jeweiligen Kreisen oder sogar Bundesländern behandelt wurden, in denen sie wohnhaft sind. Die Ergebnisse können also lediglich Hinweise auf die regionale Einweisungsrate für stationäre Krankenhausbehandlungen liefern.

Tabelle 30: Regionale Verteilung der Rate stationär behandelter Depressionsfälle, 2011

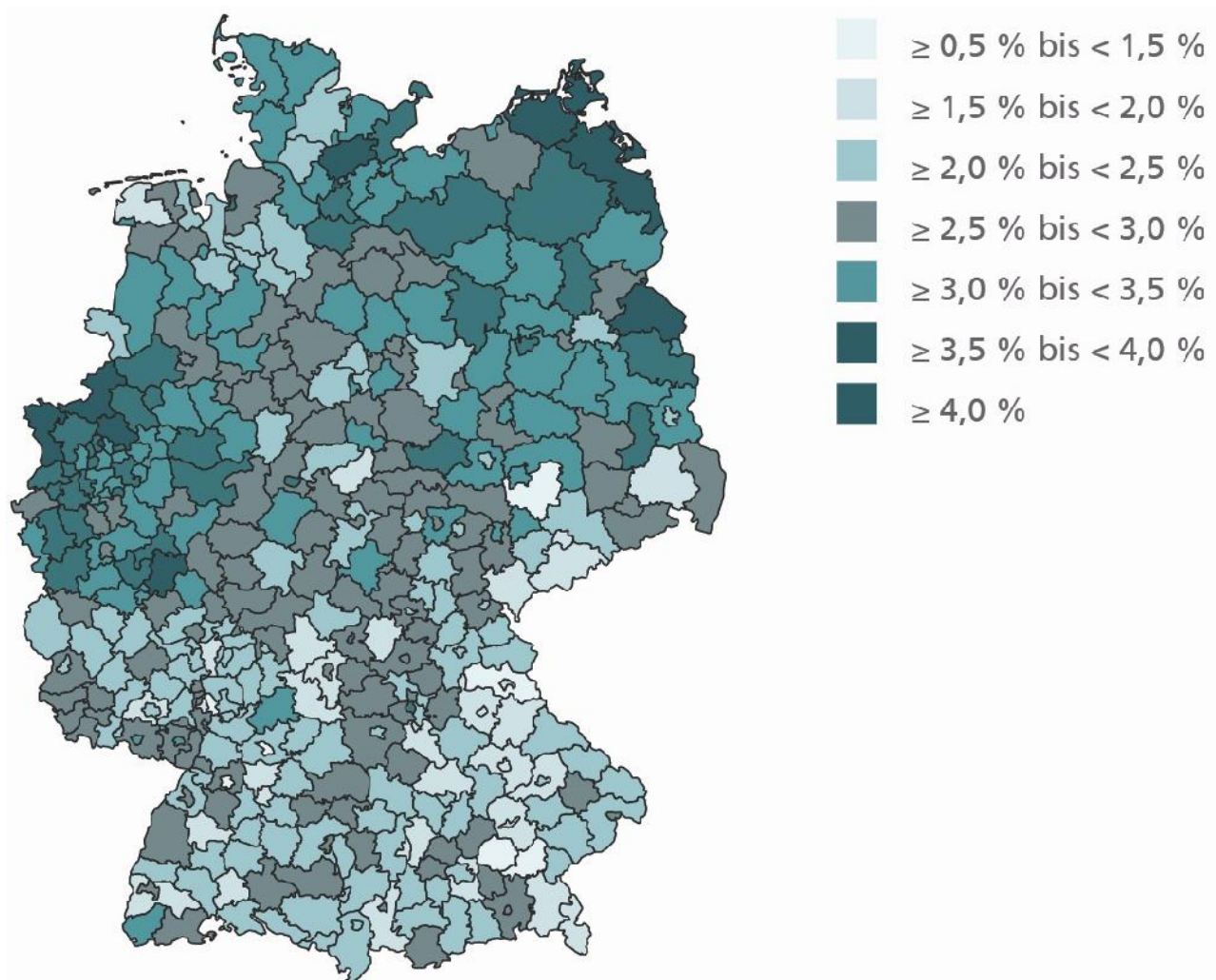
Angegeben ist die Rate aller Versicherten mit stationärer Haupt-Entlassdiagnose Depression in 2011 im Verhältnis zu allen Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Rate in %	0,7	4,7	4,0	2,3	3,1	0,8	2,7

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 40: Regionale Verteilung der stationär behandelten Depressionen, 2011

Angegeben ist die Rate aller Versicherten mit stationärer Haupt-Entlassdiagnose Depression in 2011 im Verhältnis zu allen Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011. Rate in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 31: Kreise mit den niedrigsten und höchsten stationären Behandlungsraten bezogen auf alle Versicherten mit Depressionsdiagnose, 2011

Angegeben ist die Rate aller Versicherten mit stationärer Haupt-Entlassdiagnose Depression in 2011 im Verhältnis zu allen Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

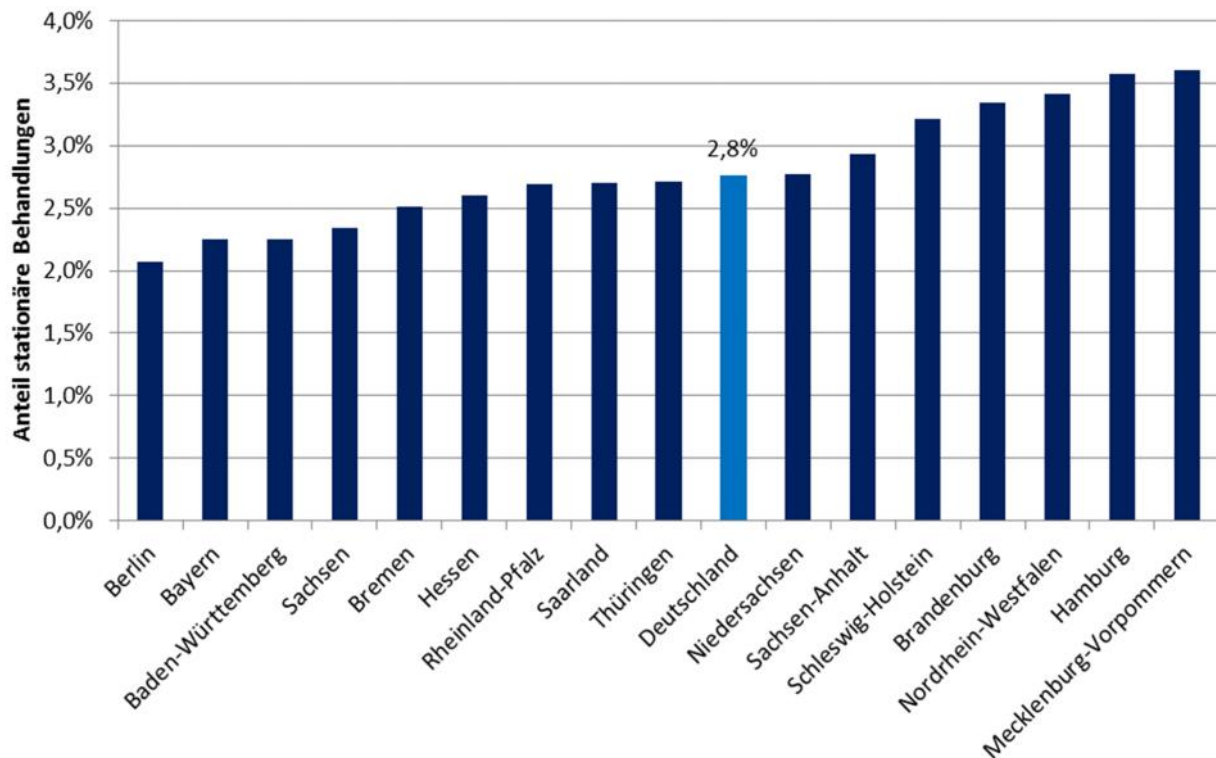
	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Rate in %
Min	Sachsen	14729	Leipzig, Landkreis	0,7
	Baden-Württemberg	8222	Mannheim, kreisfreie Stadt	1,0
	Bayern	9374	Neustadt an der Waldnaab, Landkreis	1,3
Max	Nordrhein-Westfalen	5154	Kleve, Kreis	4,7
	Nordrhein-Westfalen	5554	Borken, Kreis	4,5
	Mecklenburg-Vorpommern	13073	Landkreis Vorpommern-Rügen	4,3

*KGS = Kreiskommunales Schlüssel

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 41: Anteil stationärer Behandlungen bei depressiven Erkrankungen nach Bundesland, 2011

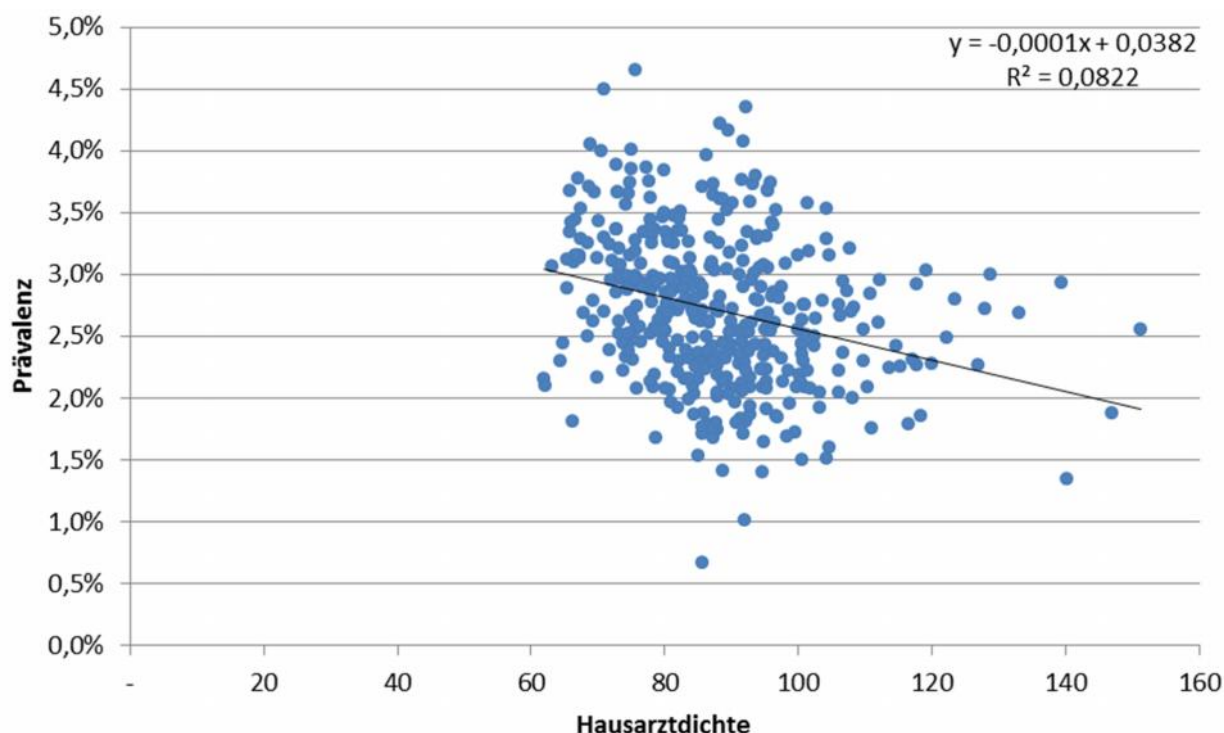
Angegeben ist die Rate aller Versicherten mit stationärer Haupt-Entlassdiagnose Depression in 2011 im Verhältnis zu allen Versicherten mit einer Depressionsdiagnose in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortbundesland der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.2.1.6 Zusammenhang zwischen der stationären Krankenhausbehandlung und den Behandlungsstrukturen

Die Untersuchung des Zusammenhangs der Häufigkeit von stationären Krankenhaus-behandlungen bei Depressionen mit den Versorgungsstrukturen erbrachte lediglich für die Hausarzt-Dichte einen bedeutenden negativen Zusammenhang ($r = -.29$; $R^2 = .08$; siehe Abbildung 42). Je mehr Hausärzte pro 100.000 Einwohner in einem Kreis niedergelassen sind, umso seltener erfolgte bei den Versicherten dieses Kreises eine stationäre Behandlung wegen einer depressiven Erkrankung. Für alle anderen Strukturmerkmale wurde kein bedeutender Zusammenhang zwischen der stationären Behandlungsrate und der psych. Facharzt-Dichte, der Psycho-therapeuten-Dichte sowie der Dichte der psych. Krankenhausbetten gefunden (alle $r < .10$; $R^2 < .01$).

Abbildung 42: Zusammenhang zwischen regionalen stationären Behandlungsraten aller Depressionsfälle und der Hausarzt-Dichte, 2011

Quelle: KBV [85]; BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.2.2 Leitlinienorientierte Behandlung bei leichter Depression

Fragestellung 2a untersucht die Über- oder Fehlversorgung der als leicht diagnostizierten depressiven Erkrankungen. Bei leichten depressiven Erkrankungen wird in der Versorgungsleitlinie Depression [7] davon abgeraten, Antidepressiva zur Erstbehandlung einzusetzen. Um die Indikation von Antidepressiva durch eine andere psychische Erkrankung auszuschließen, wurden nur die Versicherten betrachtet, die keine psychische Komorbidität aufweisen (siehe Tabelle 32).

Tabelle 32: Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen

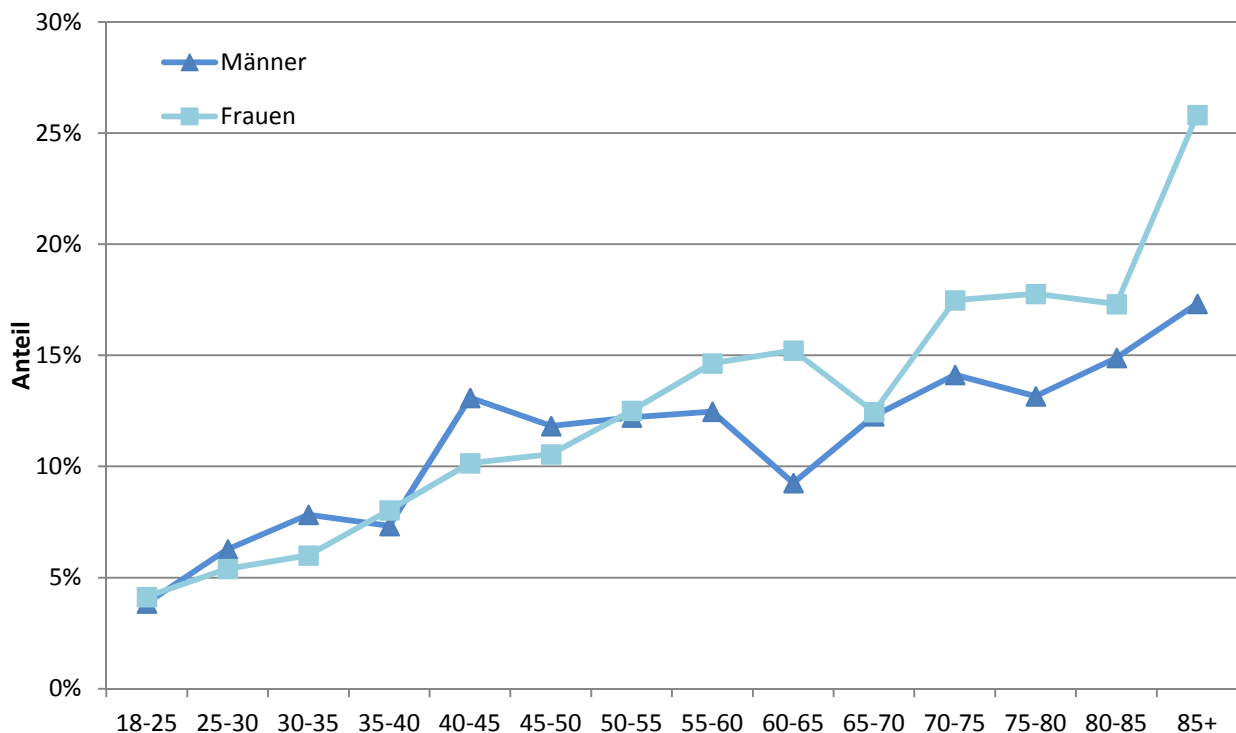
Frage	Diagnose	Empfehlungen aus Leitlinie	Indikator für Leitlinienabweichung	Hinweis auf
2a	Leichte Depression ohne psychische Komorbidität	Aktiv-abwartende Begleitung, ggf. Einleitung einer Psychotherapie	Vorrangige Therapie mit Antidepressiva	Fehlversorgung

Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Von den 55.826 Versicherten mit der Diagnose einer leichten Depression erfüllten 38 % das Kriterium, keine weitere komorbide psychische Störung aufzuweisen. Von diesen knapp 21.000 Versicherten erhielten ca. 12 % eine Antidepressiva-Behandlung. Es ist ein Trend zu erkennen, dass **mit steigendem Alter eine potenzielle Überversorgung mittels Antidepressiva** bei leichten Depressionen besteht (siehe Abbildung 43). Bei Frauen ist dieser Anstieg im höheren Alter deutlicher zu verzeichnen als bei Männern. Allerdings ist die Gesamtzahl der nicht an der Leitlinie orientierten Behandlungen mit ca. 2.500 Versicherten so gering, dass hier keine eindeutigen Aussagen über eine Fehl- oder Überversorgung getroffen werden können.

Abbildung 43: Antidepressiva-Therapie bei leichter Depression ohne psychische Komorbidität nach Geschlecht und Altersstufen, anteilig an allen Versicherten mit leichter Depression ohne psychische Komorbidität, 2011

Anteil in %; berücksichtigt wurden nur Versicherte mit leichten Depressionen ohne psychische Komorbidität



Quelle: BKK-Routinedaten, eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

5.2.3 Leitlinienorientierte Behandlung bei leichter und mittelgradiger Depression

In Fragestellung 2b wurde eine potenzielle Über- oder Fehlversorgung leichter und mittelgradiger Depressionsdiagnosen untersucht. Bei beiden Indikationen besteht zunächst keine Indikation für eine stationäre Behandlung, es sei denn, eine andere psychische Diagnose rechtfertigt dies. Demzufolge wurde untersucht, wie hoch der Anteil der Versicherten ist, die im Jahr 2011 mit einer leichten oder mittelgradigen Depressionsdiagnose eine entsprechende stationäre Haupt-Entlassdiagnose erhielten.

Tabelle 33: Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen

Frage	Diagnose	Empfehlungen aus Leitlinie	Indikator für Leitlinienabweichung	Hinweis auf
2b	Leichte / mittelgradige Depression ohne psychische Komorbidität	Monotherapie einer Psychotherapie oder Antidepressivum	Stationäre Behandlung	Fehl- und Überversorgung

Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Von den insgesamt ca. 280.000 Versicherten mit leichter oder mittelgradiger Depressionsdiagnose wiesen fast drei Viertel eine psychische Komorbidität auf. Entsprechend wurden zur Beantwortung der Fragestellung ca. 77.000 Versicherte mit den entsprechenden Diagnosen eingeschlossen. Von diesen wurden nur 496 Versicherte (0,6 %) stationär behandelt. Es kann folglich nach diesen

Analysen nicht von einer Überversorgung bei der stationären Behandlung der Versicherten mit den eingegrenzten Diagnosen gesprochen werden.

5.2.4 Leitlinienorientierte Behandlung bei mittelgradiger und schwerer Depression sowie Dysthymie

In der Fragestellung 2c wurde formuliert, dass Patienten mit mittelgradigen oder schweren Depressionen sowie Patienten mit Dysthymien dann unterversorgt sind, wenn sie weder eine Behandlung mittels Antidepressiva noch eine Psychotherapie erhalten. Entsprechend wurde die Gruppe der Versicherten mit diesen Depressionsdiagnosen (N = 342.455) hinsichtlich der erhaltenen Behandlungen analysiert.

Tabelle 34: Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen

Frage	Diagnose	Empfehlungen aus Leitlinie	Indikator für Leitlinienabweichung	Hinweis auf
2c	Mittelgradige und schwere Depression und Dysthymie	Monotherapie (Psychotherapie oder Antidepressivum), mind. eine der beiden Therapien ist indiziert	Keine Behandlung	Unterversorgung

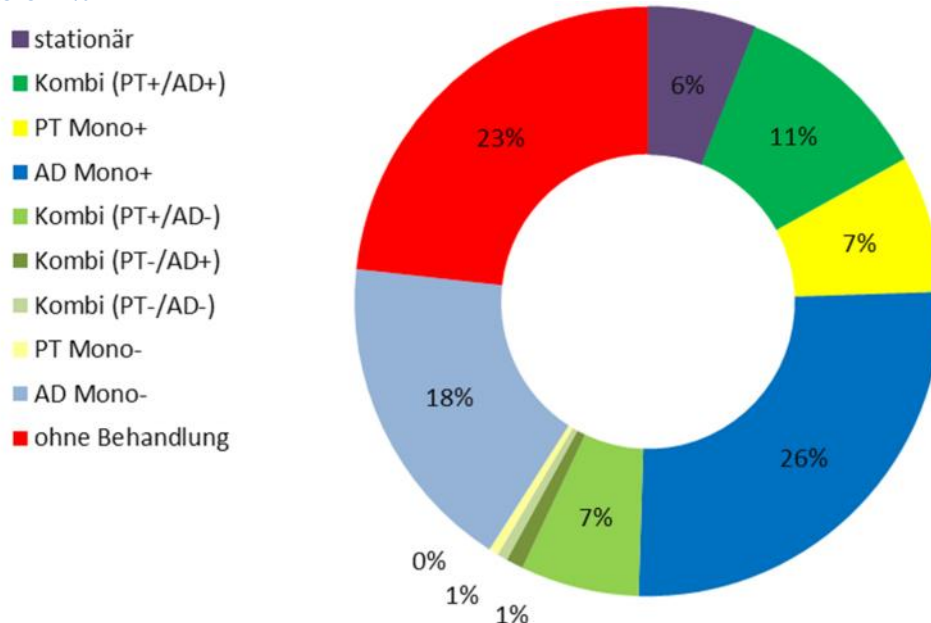
Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014).

In Abbildung 44 ist dargestellt, welchen Anteil welche Behandlungsform einnimmt. Dabei wurden die beiden Hauptbehandlungsverfahren, Antidepressiva-Therapie und Psychotherapie, differenziert nach der Dosierung (ausreichend oder nicht ausreichend) gemäß Tabelle 5 (Seite 36) betrachtet. Weiterhin wurde die Kombinationsbehandlung beider Verfahren getrennt von der Monotherapie einer jeden Behandlung dargestellt. Im Fokus der Fragestellung steht der Anteil der Versicherten mit behandlungsbedürftiger Depressionsdiagnose, die keine oder keine ausreichend dosierte Behandlung erhalten haben.

Knapp ein Viertel der Patienten (23 %) mit den eingegrenzten Depressionsdiagnosen wurden gar nicht behandelt. Das bedeutet, dass fast 70.000 der ca. 300.000 Patienten mit der Diagnose einer behandlungsbedürftigen Depression weder eine Therapie mittels Antidepressiva noch eine Psychotherapie oder eine stationäre Behandlung erhalten bzw. in Anspruch genommen haben. **Weitere 27 %** wurden zwar mit einem der beiden Verfahren oder einer Kombination behandelt, allerdings **nicht mit der Dauer bzw. Dosierung, wie sie hier als leitliniengerecht definiert wurde.** Leitlinienorientiert behandelt wurden die Patienten mit einer ausreichend langen Antidepressiva-Therapie (26 %), einer ausreichend langen Psychotherapie (7 %), der Kombination beider Verfahren (11 %) oder einer stationären Behandlung (6 %). **Demzufolge erhielt die Hälfte aller Patienten eine als adäquat definierte Behandlung.**

Abbildung 44: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei mittelgradiger und schwerer Depression und Dysthymie, 2011

Anteile in %



stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

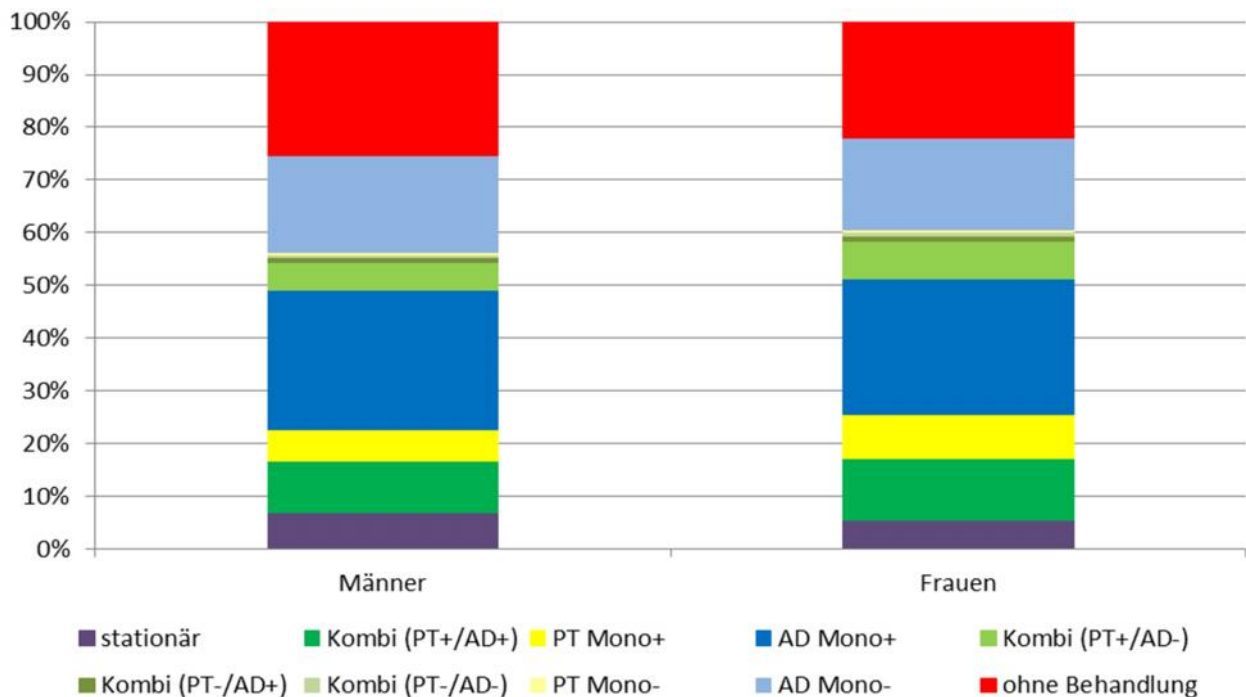
In den Abbildungen 45 und 46 ist die Verteilung der Behandlungsformen differenziert für Männer und Frauen sowie nach Altersstufen dargestellt.

Es lassen sich **nur geringe Unterschiede in der Verteilung der Behandlungen zwischen Männern und Frauen** finden. Tendenziell zeigt sich, dass Männer etwas häufiger eine Antidepressiva-Verordnung aufweisen, während Frauen etwas häufiger psychotherapeutisch behandelt werden oder eine Kombinationstherapie erhalten. Dahingegen ist der Anteil der nicht Behandelten bei Männern etwas höher als bei Frauen.

Im **Altersverlauf lässt sich eine deutliche Verschiebung der Behandlungen** beobachten. Während der Anteil der psychotherapeutisch und kombiniert Behandelten im Alter zwischen ca. 25 und 35 Jahren am höchsten ist und danach stetig sinkt (von ca. 25 % bis < 5 %), nimmt der Anteil der Antidepressiva-Verordnungen mit dem Alter kontinuierlich zu (von ca. 25 % bis knapp 70 %). Auch der Anteil der Versicherten, die nicht behandelt werden, nimmt mit dem Alter tendenziell zu (von ca. 20 % bis 30 %).

Abbildung 45: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei mittelgradiger und schwerer Depression und Dysthymie nach Geschlecht, 2011

Anteile in %

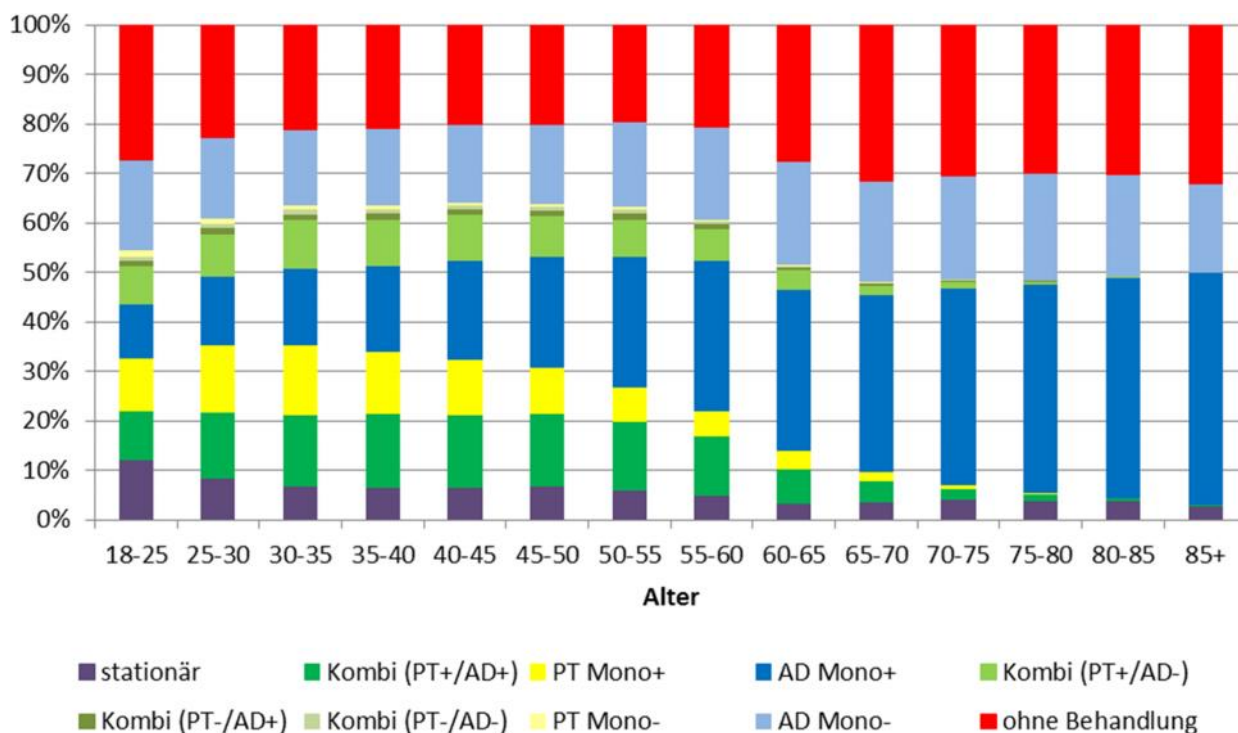


stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 46: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei mittelgradiger und schwerer Depression und Dysthymie nach Altersstufen, 2011

Anteile in %



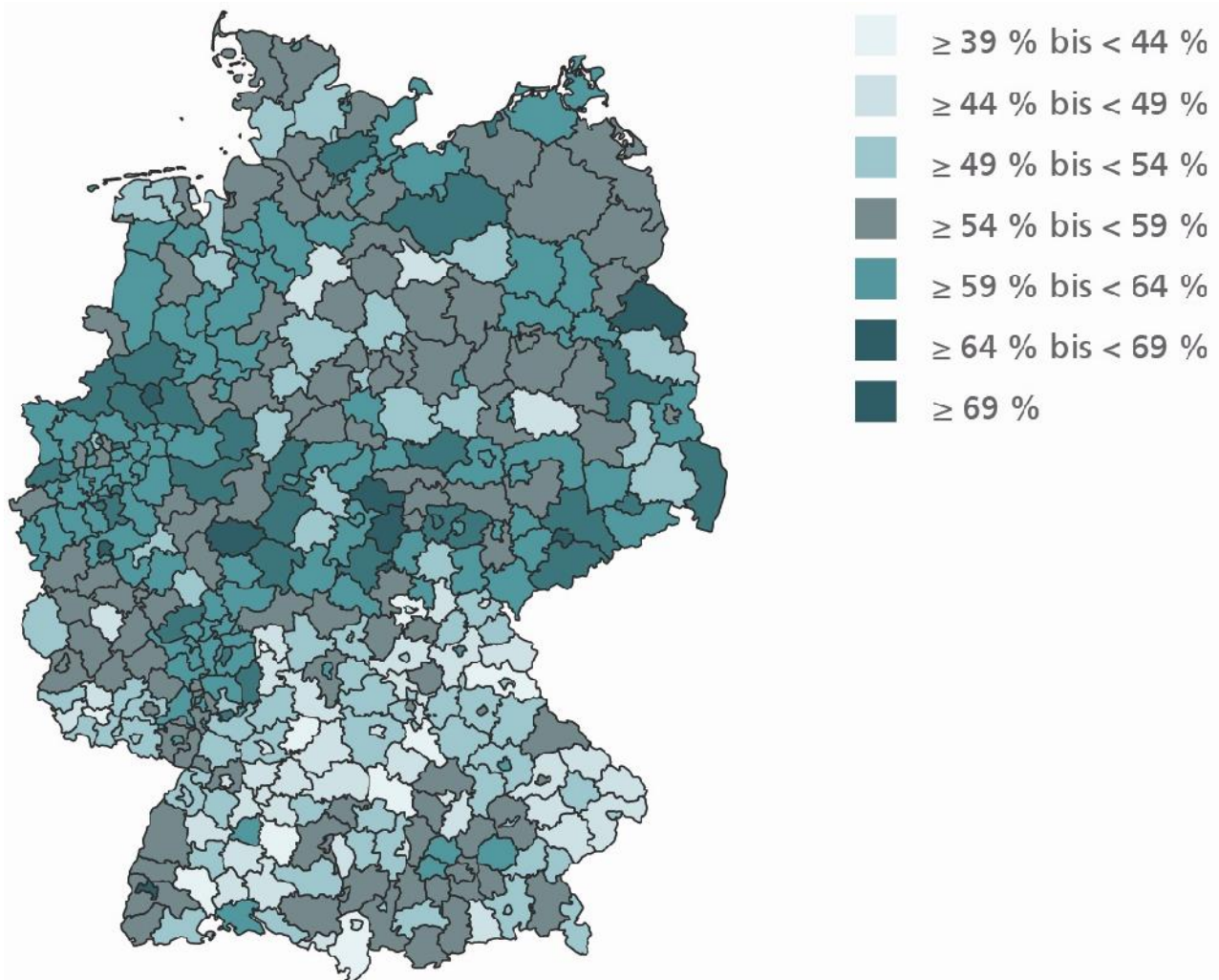
stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Die regionale Verteilung der ausreichend behandelten Versicherten ist in den Abbildungen 47 und 48 dargestellt. Als ausreichend wurde eine der folgenden Behandlungen festgelegt: stationäre Behandlung, ausschließliche Antidepressiva-Therapie mit entsprechender Minstdosis, ausschließliche Psychotherapie mit entsprechender Minstdauer oder die Kombinationsbehandlung beider Verfahren (mit jeweils entsprechender Minstdosis bzw. -dauer).

Abbildung 47: Regionale Verteilung des Anteils der leitlinienorientiert behandelten mittelgradigen und schweren Depression und Dysthymie, 2011

Angegeben ist die Rate der ausreichend behandelten Versicherten mit mittelgradiger und schwerer Depression und Dysthymie im Verhältnis zu allen Versicherten mit den eingegrenzten Depressionsdiagnosen in 2011. Rate in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 35: Regionale Verteilung der leitlinienorientiert behandelten mittelgradigen und schweren Depression und Dysthymie, 2011

Angegeben ist die Rate der ausreichend behandelten Versicherten mit mittelgradiger und schwerer Depression und Dysthymie im Verhältnis zu allen Versicherten mit den eingegrenzten Depressionsdiagnosen in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Rate in %	39,0	72,6	33,6	52,5	61,0	8,5	56,6

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 36: Kreise mit den niedrigsten und höchsten Raten leitlinienorientiert behandelter Depressionsfälle, 2011

Angegeben ist die Rate der ausreichend behandelten Versicherten mit mittelgradiger und schwerer Depression und Dys-thymie im Verhältnis zu allen Versicherten mit den eingegrenzten Depressionsdiagnosen in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

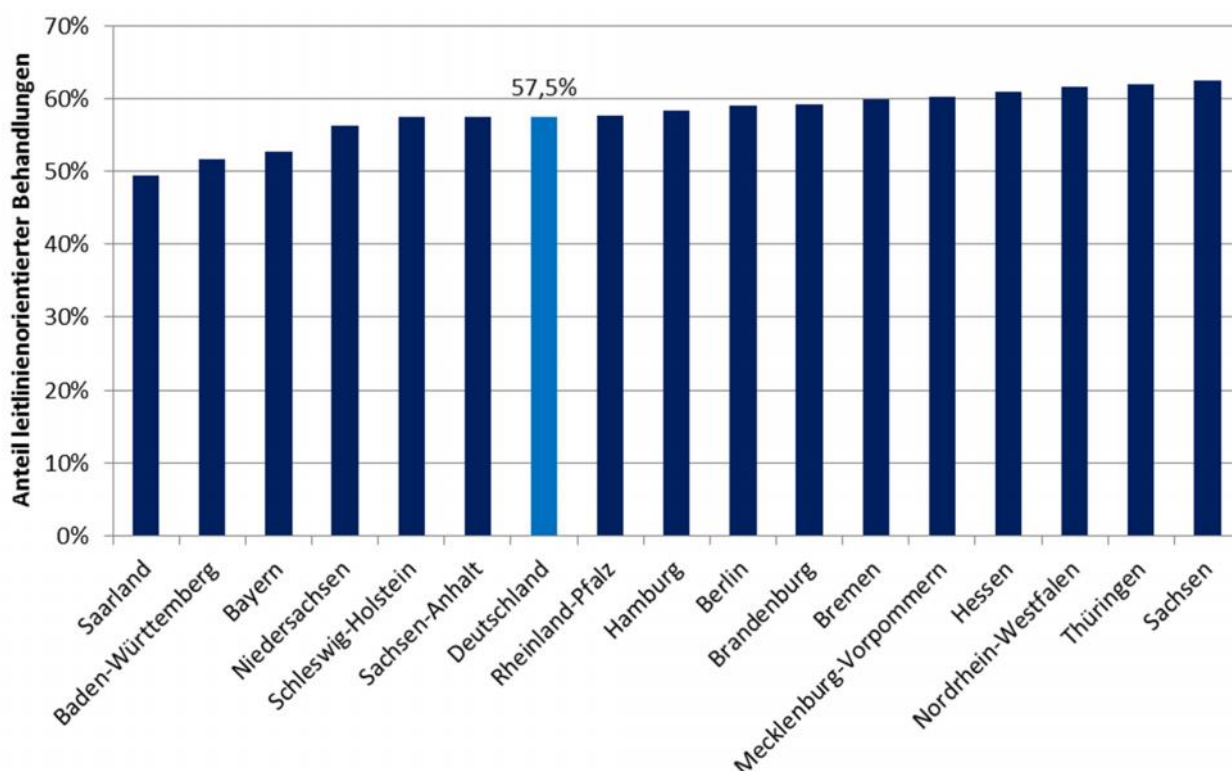
	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Rate in %
Min	Baden-Württemberg	8415	Reutlingen, Landkreis	39,0
	Bayern	9661	Aschaffenburg, Stadt	39,2
	Bayern	9576	Roth, Landkreis	42,2
Max	Sachsen	14511	Chemnitz, Stadt	72,6
	Thüringen	16064	Unstrut-Hainich-Kreis	71,2
	Nordrhein-Westfalen	5515	Münster, kreisfreie Stadt	70,8

*KGS = Kreisgemeindeschlüssel

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 48: Anteil leitlinienorientiert behandelter mittelgradiger, schwerer und dysthymer Depressionsfälle nach Bundesland, 2011

Angegeben ist die Rate der ausreichend behandelten Versicherten mit mittelgradiger und schwerer Depression und Dys-thymie im Verhältnis zu allen Versicherten mit den eingegrenzten Depressionsdiagnosen in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortbundesland der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Der niedrigste Anteil leitlinienorientiert behandelter Depressionen der eingegrenzten Diagnosegruppen ist mit unter 50 % im Saarland zu finden, gefolgt von Baden-Württemberg und Bayern. Die höchsten Behandlungsraten sind in Sachsen, Thüringen und Nordrhein-Westfalen zu verzeichnen.

Die Kreise mit den höchsten und niedrigsten Behandlungsraten liegen auch in den entsprechenden Bundesländern. Insgesamt variiert der Anteil leitlinienorientierter Behandlungen zwischen 39 % und 72 %, die Hälfte aller Kreise liegen zwischen 53 % und 61 %.

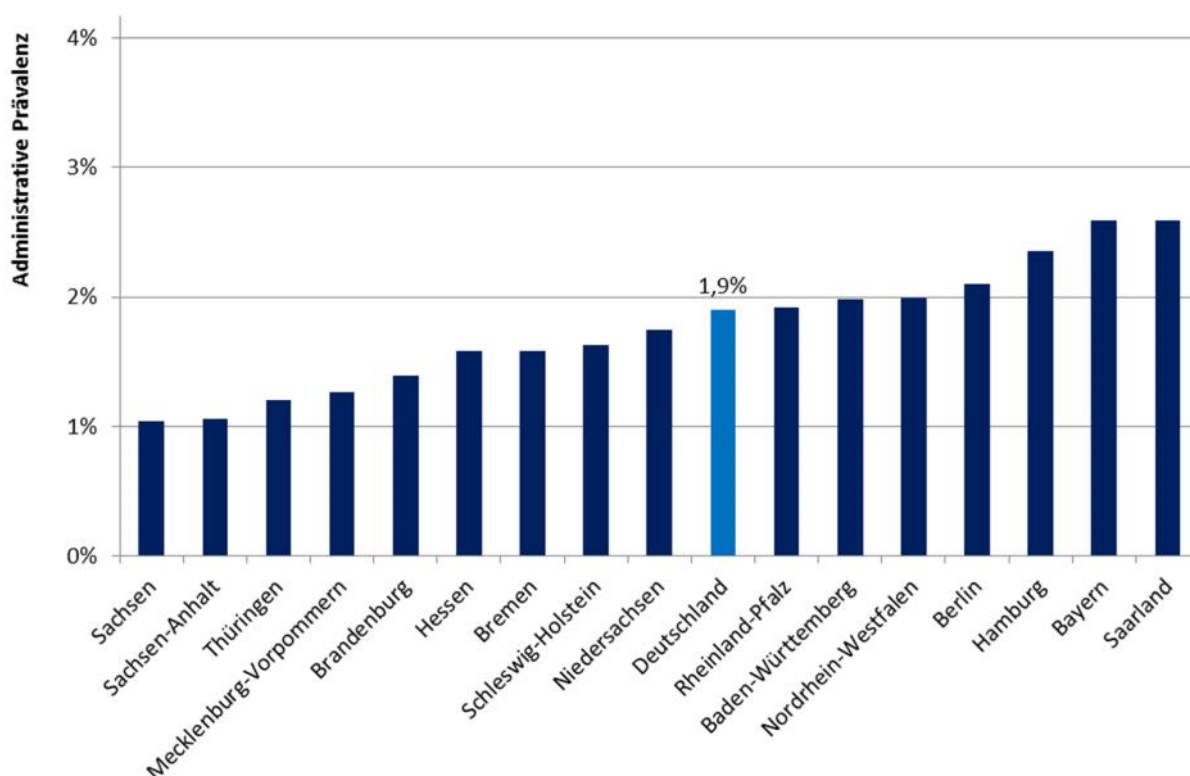
Der Anteil der leitlinienorientiert behandelten mittelgradigen und schweren Depression und Dysthymie steht in einem schwach negativen Zusammenhang mit der regionalen Hausarzt-Dichte ($r = -.26$; $R^2 = .07$) und in einem schwach positiven Zusammenhang mit der regionalen Psychotherapeuten-Dichte ($r = .26$; $R^2 = .07$) sowie mit der Dichte der psych. Fachärzte ($r = .13$; $R^2 = .02$). Dagegen wurde kein bedeutender Zusammenhang mit der regionalen Dichte der psych. Krankenhausbetten gefunden ($r < .10$; $R^2 < .01$).

5.2.5 Leitlinienorientierte Versorgung bei schwerer Depression

Zur Untersuchung des Anteils der leitlinienorientiert behandelten schweren Depressionsfälle wird vorab die administrative Prävalenz der schweren Depressionsdiagnosen auf Ebene der Bundesländer dargestellt (siehe Abbildung 49).

Abbildung 49: Administrative Prävalenz der schweren Depressionsfälle nach Bundesland, 2011

Regionaler Bezug: Wohnortbundesland der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Ähnlich wie bei der Gesamtprävalenz sind auch hier höhere administrative Prävalenzen schwerer Depressionsdiagnosen in den südlichen und westlichen Bundesländern und in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin zu verzeichnen. Die niedrigsten Prävalenzraten sind in den östlichen Bundesländern vorzufinden.

Tabelle 37: Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen

Frage	Diagnose	Empfehlungen aus Leitlinie	Indikator für Leitlinienabweichung	Hinweis auf
2d	Schwere Depression	Kombinationsbehandlung aus Antidepressivum und Psychotherapie	Keine ausreichende Behandlung oder Mono-therapie (Psychotherapie oder Antidepressivum)	Unterversorgung

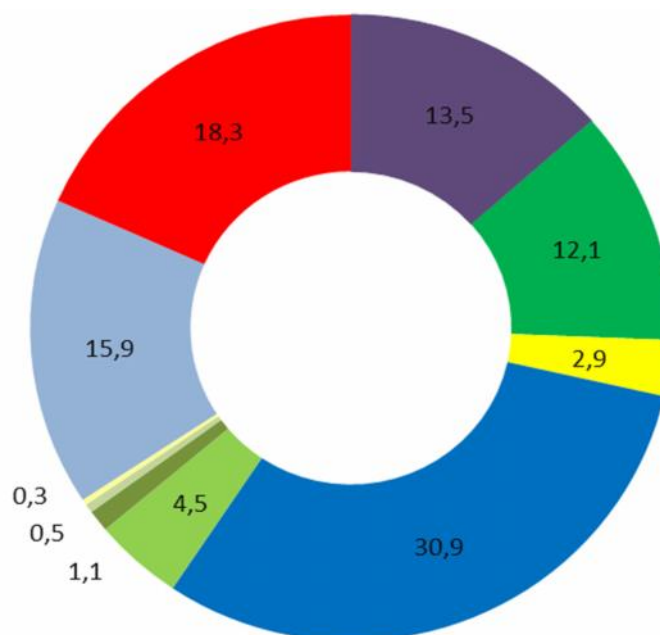
Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Entsprechend dem Vorgehen in Fragestellung 2c wurde in Fragestellung 2d noch einmal getrennt die besonders stark betroffene Teilgruppe der als schwer depressiv diagnostizierten Versicherten hinsichtlich der erhaltenen Behandlungen untersucht (siehe Abbildung 50).

Abbildung 50: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei schwerer Depression, 2011

Anteile in %

- stationär
- Kombi (PT+/AD+)
- PT Mono+
- AD Mono+
- Kombi (PT+/AD-)
- Kombi (PT-/AD+)
- Kombi (PT-/AD-)
- PT Mono-
- AD Mono-
- ohne Behandlung



stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

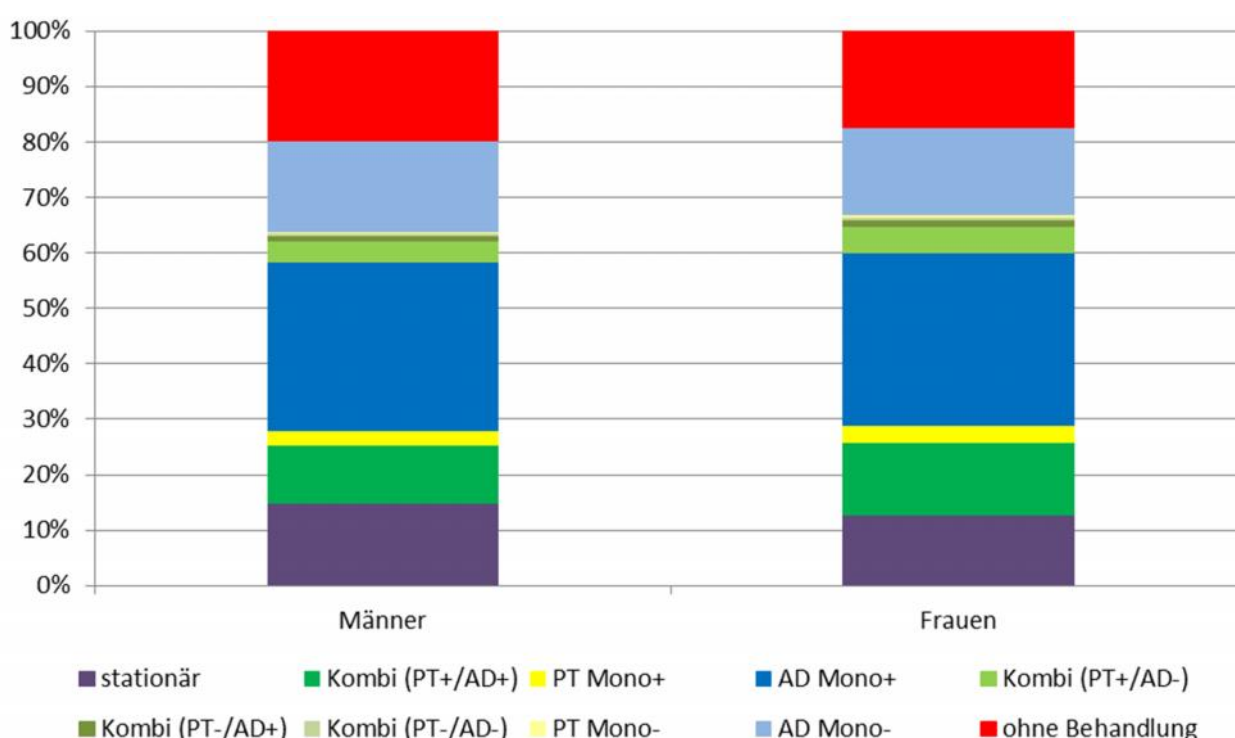
Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Von den Versicherten mit einer schweren Depressionsdiagnose erhielt im untersuchten Beobachtungszeitraum nur **ein Viertel (25,6 %)** eine nach der Leitlinie **als angemessen empfohlene Behandlung**. Davon erhielten 12,1 % der als schwer depressiv Diagnostizierten eine Kombinationsbehandlung aus ausreichend langer Antidepressiva- und ausreichend langer Psychotherapie. Die verbleibenden 13,5 % wurden stationär behandelt und in den vorliegenden Analysen ebenfalls als angemessen definiert. Die meisten der schweren Depressionsfälle wurden jedoch ausschließlich mit Antidepressiva behandelt (30,9 % in ausreichender Dosis und 15,9 % in nicht ausreichender Dosis). Die dritte große Gruppe bildet die Versicherten mit schwerer Depressionsdiagnose ab, die im gesamten Beobachtungszeitraum von drei Jahren **keine der analysierten Behandlungsformen erhalten haben (18,3 %)**.

In den Abbildungen 51 und 52 sind die Behandlungsarten getrennt nach Geschlecht und Altersgruppen dargestellt. **Frauen werden anteilig tendenziell etwas häufiger ausreichend kombiniert behandelt, Männer etwas häufiger stationär.** Der Anteil nicht Behandelte fällt bei den Frauen etwas geringer aus als bei Männern. Deutlicher sind jedoch die Unterschiede im Altersverlauf: Während die ausschließliche Antidepressiva-Behandlung mit steigendem Alter im Verhältnis zu den anderen Behandlungskategorien stetig zunimmt, ist eine Abnahme vor allem bei der ausreichend langen Kombinationsbehandlung und der stationären Behandlung zu verzeichnen. Dementsprechend werden Jüngere als schwer diagnostizierte Versicherte häufiger entsprechend der Leitlinie behandelt als Ältere (Alterspanne 18 bis 50 Jahre ca. 40 % bis 50 % angemessen Behandelte; Altersspanne 60 bis 85: ca. 15 % bis <10 %).

Abbildung 51: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei schwerer Depression nach Geschlecht, 2011

Anteile in %

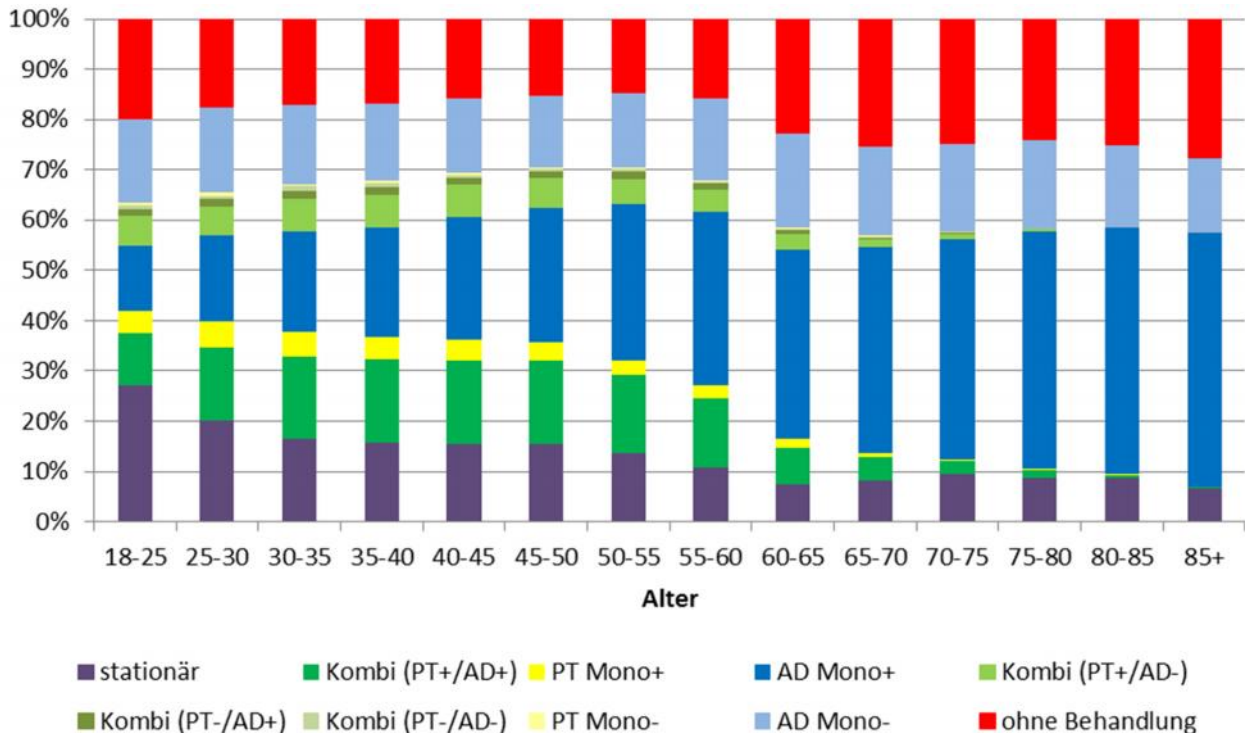


stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 52: Verteilung der Behandlungsarten (2010-2012) bei schwerer Depression nach Altersstufen, 2011

Anteile in %



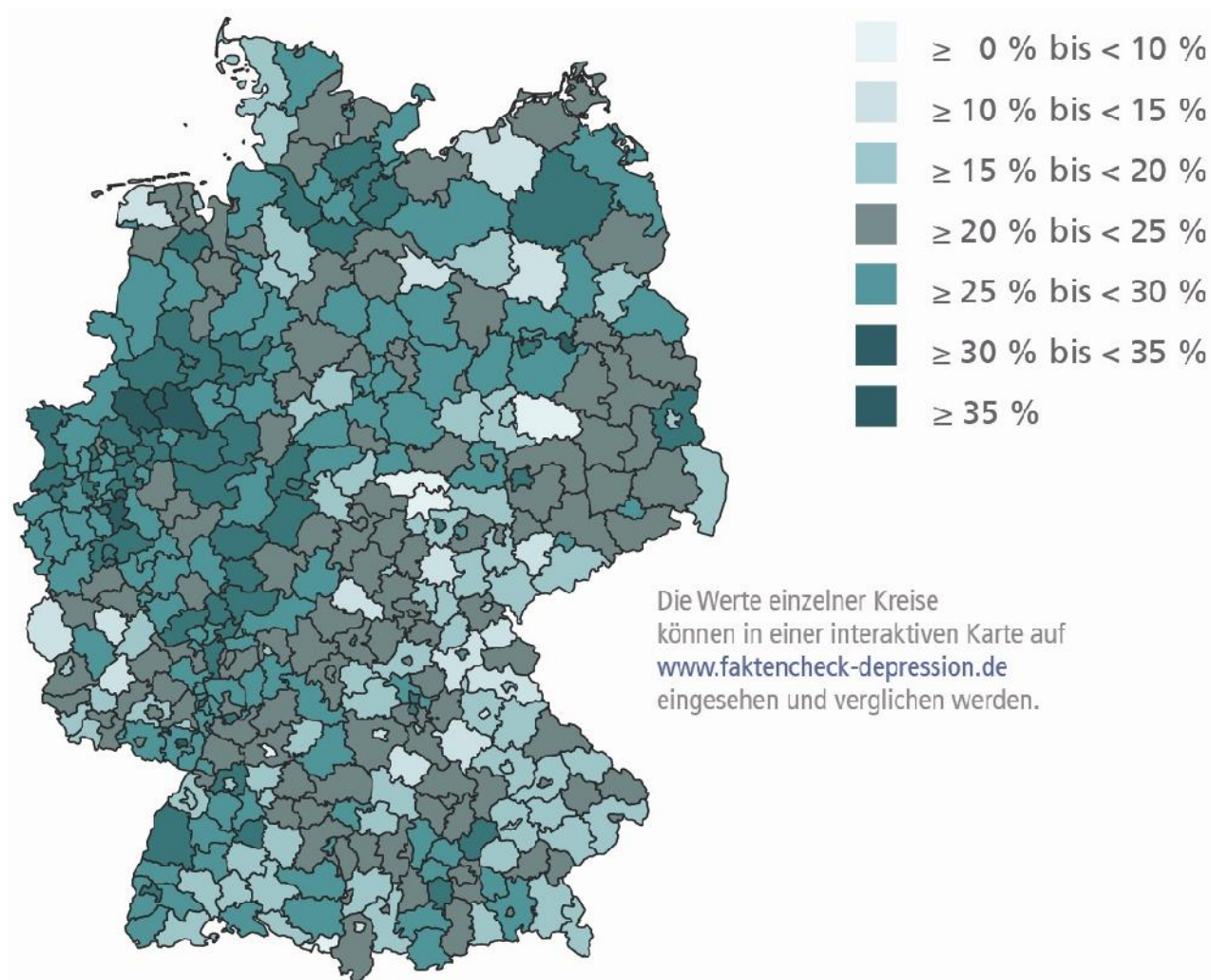
stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Die regionale Verteilung der leitlinienorientiert behandelten schweren Depressionsfälle sind in den Abbildungen 53 und 54 dargestellt.

Abbildung 53: Regionale Verteilung des Anteils der leitlinienorientiert behandelten schweren Depressionen, 2011

Angegeben ist die Rate der leitlinienorientiert behandelten Versicherten mit der Diagnose einer schweren Depression im Verhältnis zu allen Versicherten mit schwerer Depressionsdiagnose in 2011. Rate in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 38: Regionale Verteilung der leitlinienorientiert behandelten schweren Depressionen, 2011

Angegeben ist die Rate der leitlinienorientiert behandelten Versicherten mit der Diagnose einer schweren Depression im Verhältnis zu allen Versicherten mit schwerer Depressionsdiagnose in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Rate in %	0,0	39,8	39,8	20,2	28,2	7,9	24,2

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 39: Kreise mit den niedrigsten und höchsten Raten leitlinienorientiert behandelter schwerer Depressionen, 2011

Angegeben ist die Rate der leitlinienorientiert behandelten Versicherten mit der Diagnose einer schweren Depression im Verhältnis zu allen Versicherten mit schwerer Depressionsdiagnose in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

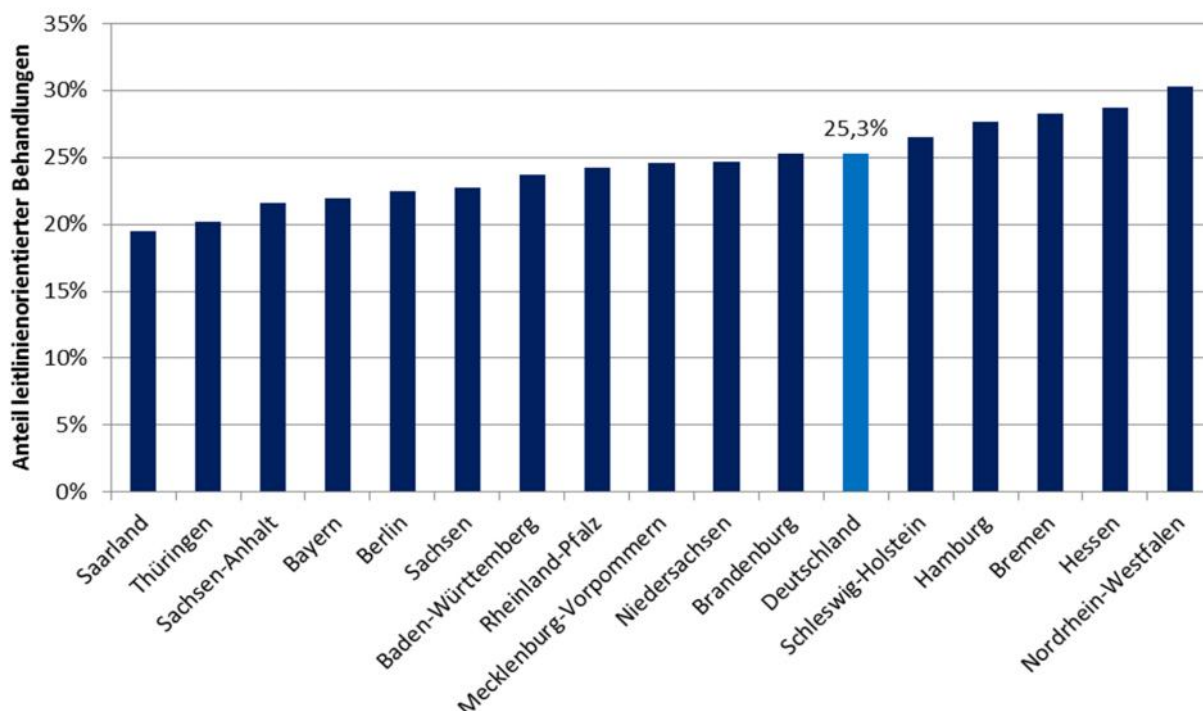
	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Rate in %
Min	Thüringen	16065	Kyffhäuserkreis	0,0
	Thüringen	16068	Sömmerda, Kreis	0,0
	Sachsen-Anhalt	15091	Wittenberg, Landkreis	5,0
Max	Nordrhein-Westfalen	5515	Münster, kreisfreie Stadt	39,8
	Rheinland-Pfalz	7313	Landau in der Pfalz, kreisfreie Stadt	39,4
	Nordrhein-Westfalen	5378	Rheinisch-Bergischer Kreis	36,7

*KGS = Kreisgemeindeschlüssel

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 54: Anteil leitlinienorientiert behandelter schwerer Depressionsfälle nach Bundesland, 2011

Angegeben ist die Rate der ausreichend behandelten Versicherten mit der Diagnose einer schweren Depression im Verhältnis zu allen Versicherten mit schwerer Depressionsdiagnose in 2011. Regionaler Bezug: Wohnortbundesland der Versicherten



Quelle: BKK Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tendenziell weisen die Kreise im Norden, Nordwesten und Nordosten Deutschlands höhere Anteile angemessen behandelter schwerer Depressionsfälle auf als der Osten und der Süden. Die Kreise mit den niedrigsten Behandlungsraten liegen in Thüringen und Sachsen-Anhalt, während die höchsten Behandlungsraten in Kreisen in Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz zu finden sind. Hier ist eine deutliche Variation zwischen 0 und knapp 40 % ausreichend behandelter Depressionsfälle zu sehen, wobei die Hälfte der Kreise zwischen 20 % und 28 % variiert. Auf der

Ebene der Bundesländer zeigt sich ein ähnliches Muster, im Süden und Osten Deutschlands fallen die Behandlungsquoten geringer aus (Saarland, Thüringen, Sachsen-Anhalt und Bayern) als im Nord- und Mitteldeutschland (Nordrhein-Westfalen, Hessen, Bremen und Hamburg).

Die Untersuchung der Zusammenhänge der Rate der angemessen behandelten schweren Depressionsfälle mit den Strukturmerkmalen ergab einen schwach negativen Zusammenhang mit der regionalen Hausarzt-Dichte ($r = -.18$; $R^2 = .03$), einen schwach positiven Zusammenhang mit der Dichte der psych. Fachärzte ($r = .23$; $R^2 = .06$) sowie einen mittleren positiven Zusammenhang mit der Psychotherapeuten-Dichte ($r = .34$; $R^2 = .12$). Kein bedeutender Zusammenhang wurde hingegen zwischen der Rate der angemessen behandelten schweren Depressionsfälle und der regionalen Dichte der psych. Krankenhausbetten gefunden ($r < .10$; $R^2 < .01$).

5.2.6 Leitlinienorientierte Behandlung bei chronifizierter Depression

Die in Abschnitt 5.1.8 (siehe Seite 56) definierten chronischen Depressionsfälle wurden hinsichtlich der erhaltenen Behandlung und der Angemessenheit der Behandlung im Sinne der Leitlinie untersucht (siehe Tabelle 40). In Abbildung 55 ist die Verteilung der Behandlungen bei diagnostizierten chronischen Depressionsfällen dargestellt, in den Abbildungen 56 und 57 getrennt nach Geschlecht bzw. Alter.

Tabelle 40: Leitlinienorientierte Behandlung bei depressiven Erkrankungen

Frage	Diagnose	Empfehlungen aus Leitlinie	Indikator für Leitlinienabweichung	Hinweis auf
2e	Chronifizierte Depression	Kombinationsbehandlung aus Antidepressivum und Psychotherapie	Keine ausreichende Behandlung oder Mono-therapie (Psychotherapie oder Antidepressivum)	Unterversorgung

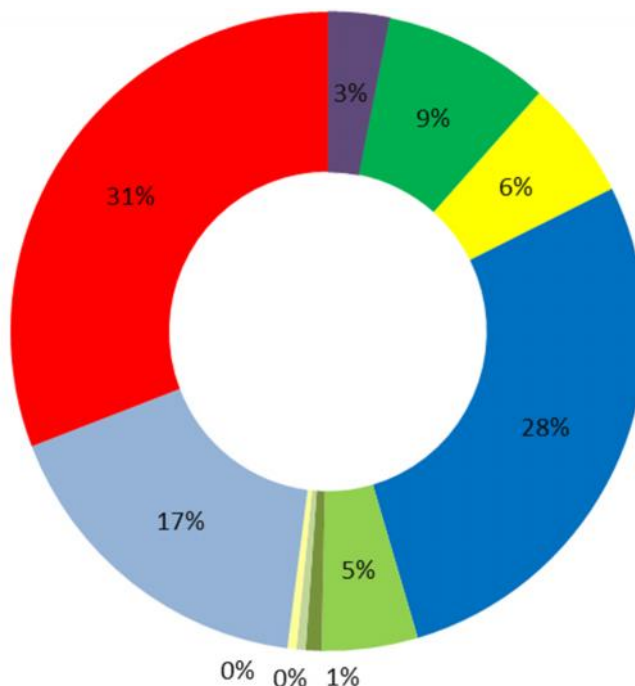
Quelle: Eigene Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Von allen Versicherten mit einer Depressionsdiagnose im Jahr 2011, die einen **chronischen Verlauf** über die Jahre 2008 bis 2012 (Depressionsdiagnose in mindestens sechs von acht aufeinanderfolgenden Quartalen und/oder Dysthymie-Diagnose) aufwiesen, wurden im Beobachtungszeitraum von 2010 bis 2012 nur **12 % entsprechend der Leitlinie behandelt**: Hiervon wurden **9 % der Versicherten mittels Kombinationsbehandlung** aus Antidepressiva- und Psychotherapie und **3 % stationär** behandelt. Dagegen erhielten fast ein **Drittel der Versicherten (31 %) keine der untersuchten Behandlungen**. Den größten Anteil der Behandlungen nimmt die ausschließliche pharmakologische Behandlung ein (28 % mit entsprechender Mindestdosis, weitere 17 % ohne entsprechende Mindestdosis). Insgesamt 6 % der als chronisch diagnostizierten Versicherten erhielten im Beobachtungszeitraum ausschließlich eine ausreichend lange psychotherapeutische Behandlung.

Abbildung 55: Verteilung der Behandlungsarten (2008-2012) bei diagnostizierten chronischen Depressionsfällen, 2011

Anteile in %

- stationär
- Kombi (PT+/AD+)
- PT Mono+
- AD Mono+
- Kombi (PT+/AD-)
- Kombi (PT-/AD+)
- Kombi (PT-/AD-)
- PT Mono-
- AD Mono-
- ohne Behandlung



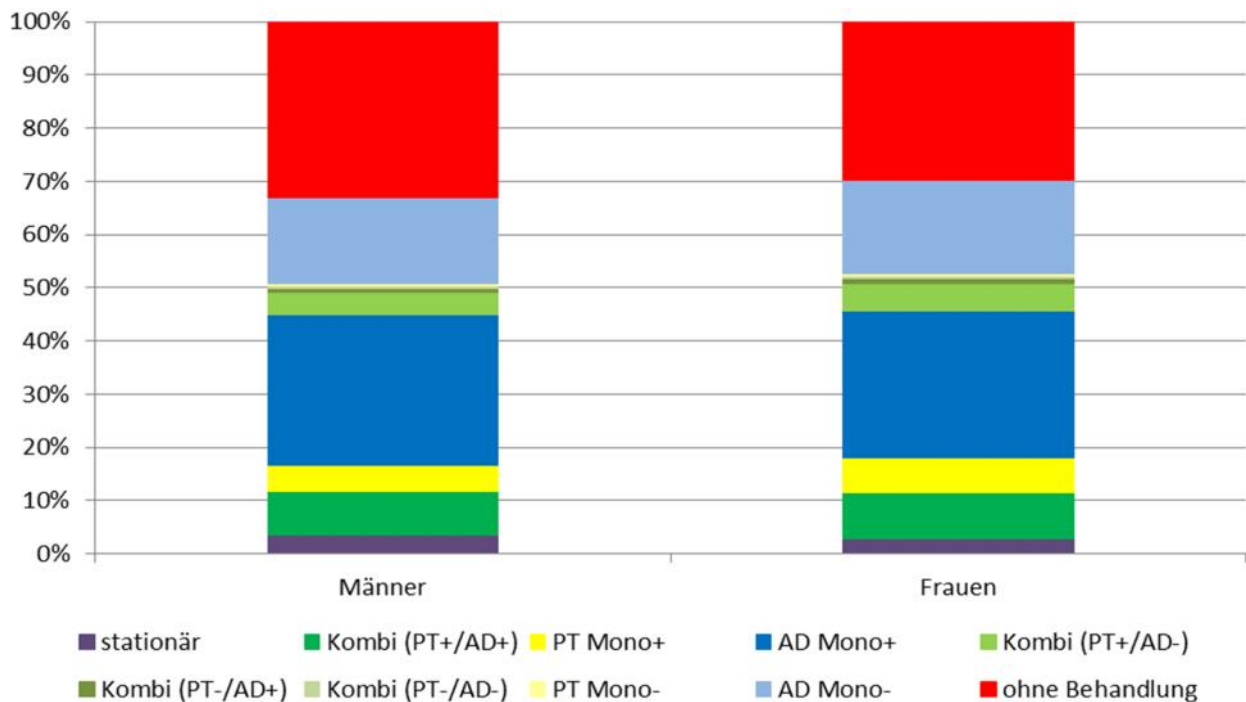
stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung zeigen sich nur geringe Unterschiede in den Behandlungsanteilen. Im Altersverlauf ist ein ähnliches Muster wie bei den schweren Depressionsdiagnosen zu erkennen: Im jungen Erwachsenenalter (18 bis 35 Jahre) ist der Anteil der angemessen Behandelten mit ca. 20 % noch am höchsten und sinkt mit zunehmendem Alter stetig. Ab dem 65. Lebensjahr erhalten nur noch 60 % überhaupt eine der untersuchten Behandlungen, wovon sich fast alle auf die ausschließliche Antidepressiva-Behandlung beschränken (siehe Abbildung 57).

Abbildung 56: Verteilung der Behandlungsarten (2008-2012) bei diagnostizierten chronischen Depressionsfällen nach Geschlecht, 2011

Anteile in %

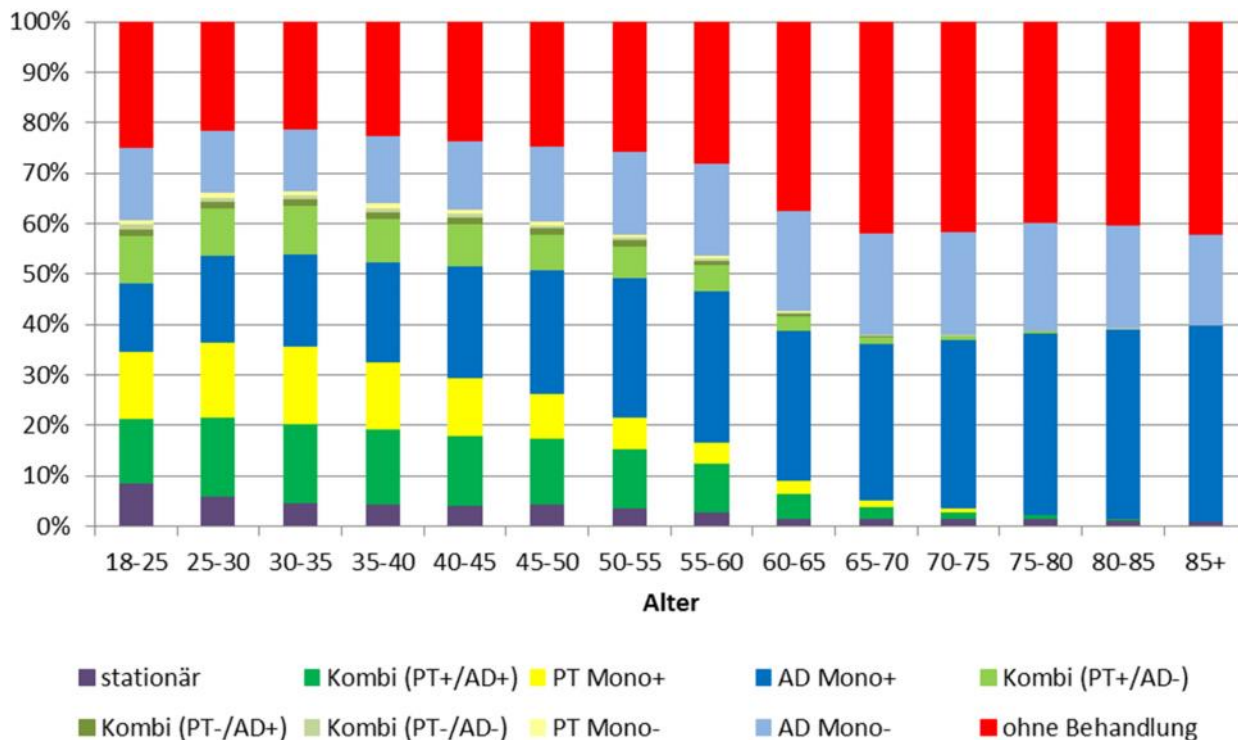


stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 57: Verteilung der Behandlungsarten (2008-2012) bei diagnostizierten chronischen Depressionsfällen nach Altersstufen, 2011

Anteile in %



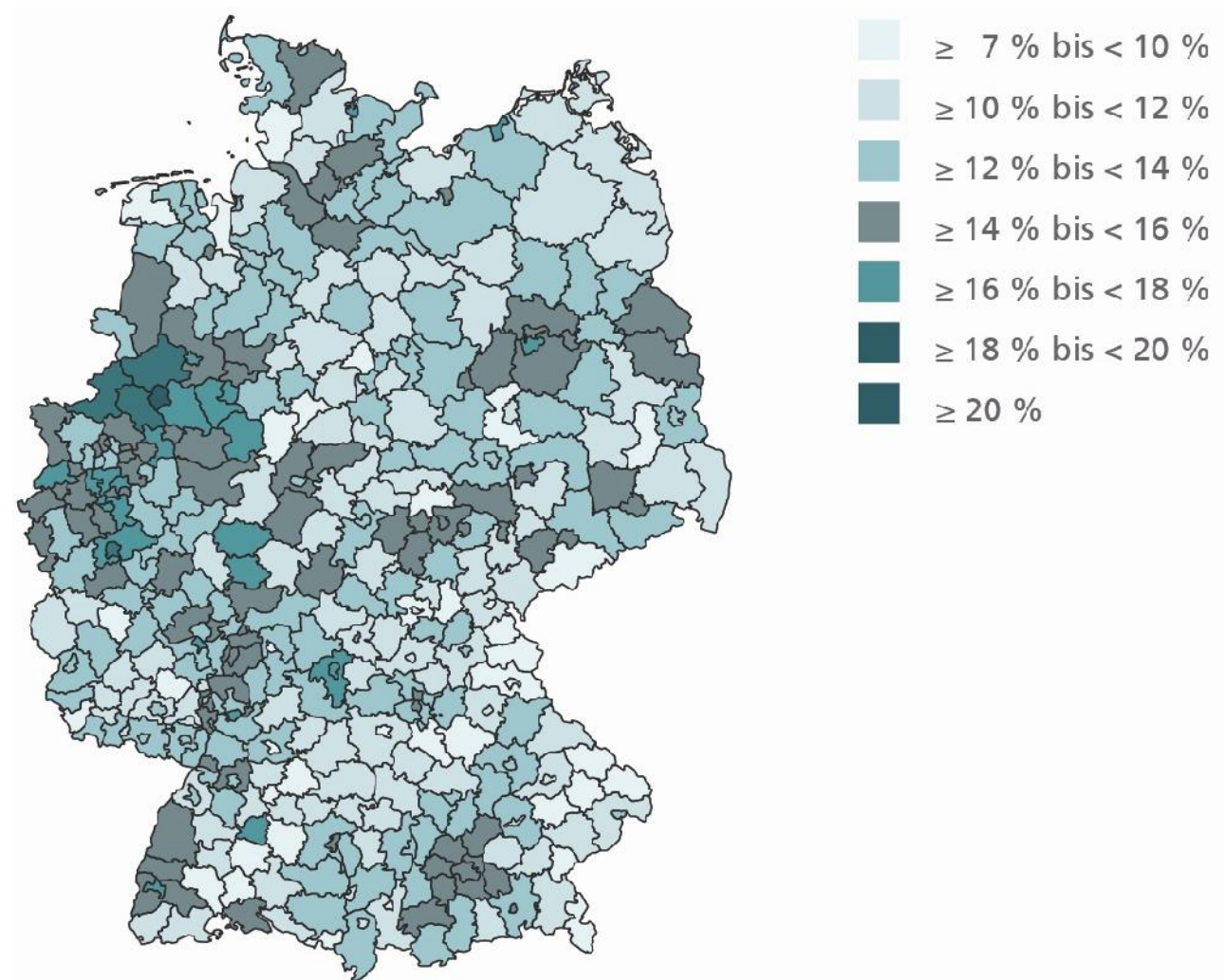
stationär = stationäre psychiatrische oder psychosomatische Behandlung; PT Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; PT Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Psychotherapie, d. h. nur in einem Quartal abgerechnet; AD Mono+ = ausschließlich und ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; AD Mono- = ausschließlich nicht ausreichend lange Antidepressiva-Therapie, d. h. weniger als 273 DDD; Kombi = Kombinationsbehandlung aus Antidepressiva- und Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Die regionale Verteilung der Rate leitlinienorientiert behandelter chronischer Depressionsfälle ist in den Abbildungen 58 und 59 dargestellt.

Abbildung 58: Regionale Verteilung der leitlinienorientiert behandelten chronischen Depressionsfälle, 2011

Angegeben ist die Rate der leitlinienorientiert behandelten Versicherten mit der Diagnose einer chronischen Depression im Verhältnis zu allen Versicherten mit chronischer Depressionsdiagnose. Rate in %; Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten



Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 41: Regionale Verteilung der leitlinienorientiert behandelten chronischen Depressionsfälle, 2011

Angegeben ist die Rate der leitlinienorientiert behandelten Versicherten mit der Diagnose einer chronischen Depression im Verhältnis zu allen Versicherten mit chronischer Depressionsdiagnose (2008-2012). Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Minimum	Maximum	Range	1. Quartil	3. Quartil	3.-1. Quartil	Median
Rate in %	7,3	23,7	16,5	11,4	14,2	2,8	12,8

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Tabelle 42: Kreise mit den niedrigsten und höchsten Raten leitlinienorientiert behandelter chronischer Depressionsfälle, 2011

Angegeben ist die Rate der leitlinienorientiert behandelten Versicherten mit der Diagnose einer chronischen Depression im Verhältnis zu allen Versicherten mit chronischer Depressionsdiagnose (2008-2012). Regionaler Bezug: Wohnortkreis der Versicherten

	Bundesland	KGS*	Kreis-Bezeichnung	Rate in %
Min	Bayern	9473	Coburg, Landkreis	7,3
	Bayern	9279	Dingolfing-Landau, Landkreis	7,3
	Bayern	9374	Neustadt an der Waldnaab, Landkreis	7,4
Max	Nordrhein-Westfalen	5515	Münster, kreisfreie Stadt	23,7
	Nordrhein-Westfalen	5314	Bonn, kreisfreie Stadt	18,6
	Nordrhein-Westfalen	5566	Steinfurt, Kreis	18,5

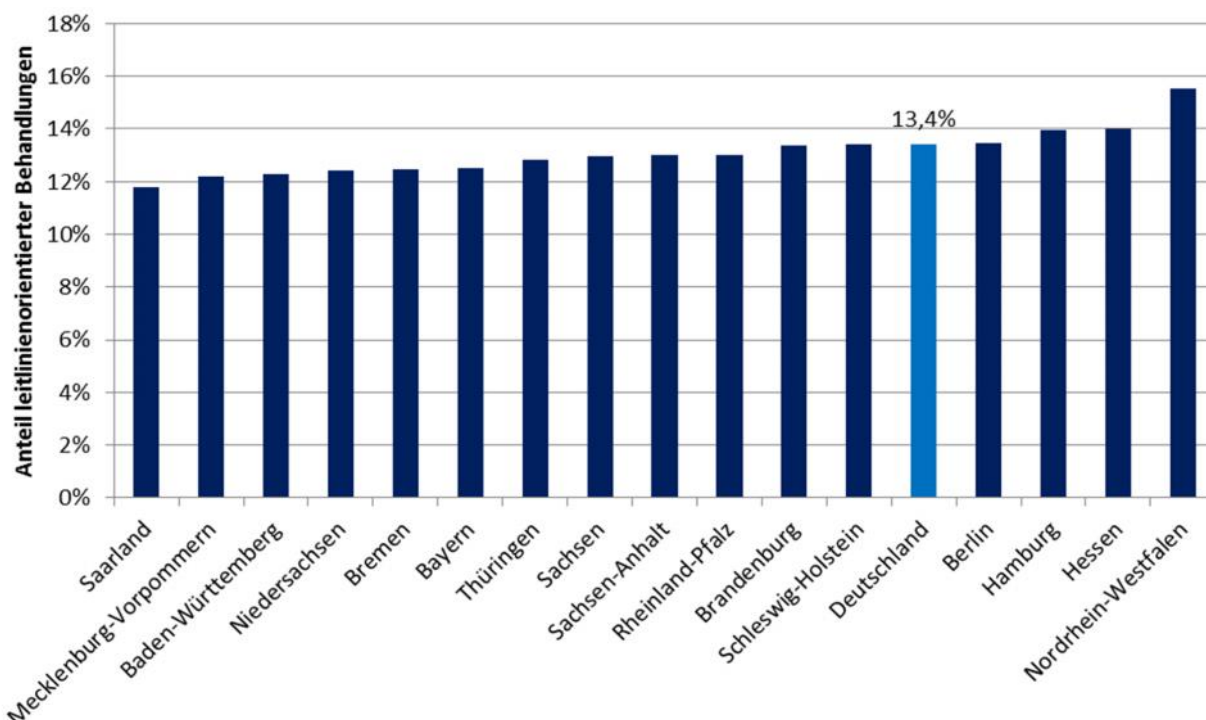
*KGS = Kreismunicipalgesellschaft

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Insgesamt ist die Variation der leitlinienorientiert behandelten chronischen Depressionsfälle zwischen den Kreisen eher gering. Die Kreise mit den höchsten angemessenen Behandlungsraten liegen in Nordrhein-Westfalen. Insgesamt fällt auf, dass die Behandlungsraten in den Städten tendenziell höher ausfallen als in ländlichen Regionen.

Abbildung 59: Anteil leitlinienorientiert behandelter chronisch verlaufender Depressionsfälle nach Bundesland, 2011

Angegeben ist die Rate der leitlinienorientiert behandelten Versicherten mit der Diagnose einer chronischen Depression im Verhältnis zu allen Versicherten mit chronischer Depressionsdiagnose (2008-2012). Regionaler Bezug: Wohnort-bundesland der Versicherten

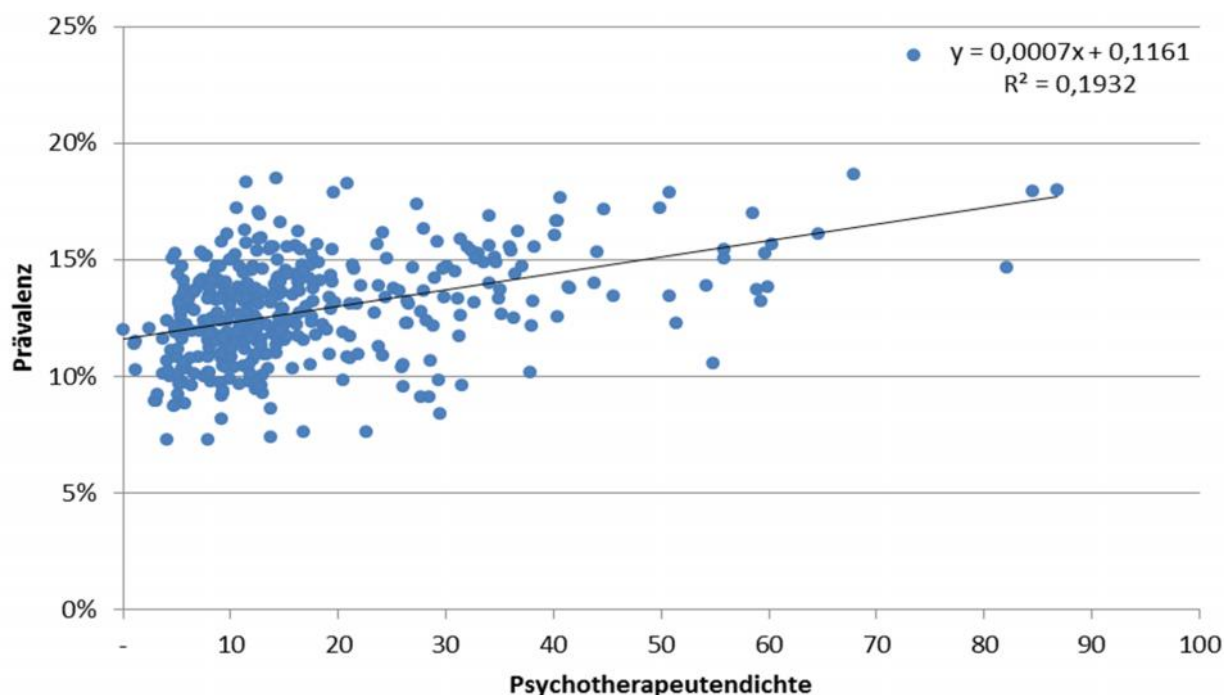


Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Die Rate leitlinienorientiert behandelter chronischer Depressionsfälle hängt schwach negativ mit der regionalen Hausarzt-Dichte ($r = -.22$; $R^2 = .05$) und positiv mit der regionalen psych. Facharzt-Dichte ($r = .30$; $R^2 = .09$) und Psychotherapeuten-Dichte ($r = .44$; $R^2 = .19$; siehe Abbildung 60) zusammen.

Es wurde kein bedeutender Zusammenhang zwischen der Rate leitlinienorientiert behandelter chronifizierter Depressionsfälle und der psych. Krankenhausbettendichte gefunden ($r < .10$; $R^2 < .01$).

Abbildung 60: Zusammenhang zwischen der Rate leitlinienorientiert behandelter chronischer Depressionsfälle und der Psychotherapeuten-Dichte, 2011



Quelle: KBV [85]; BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

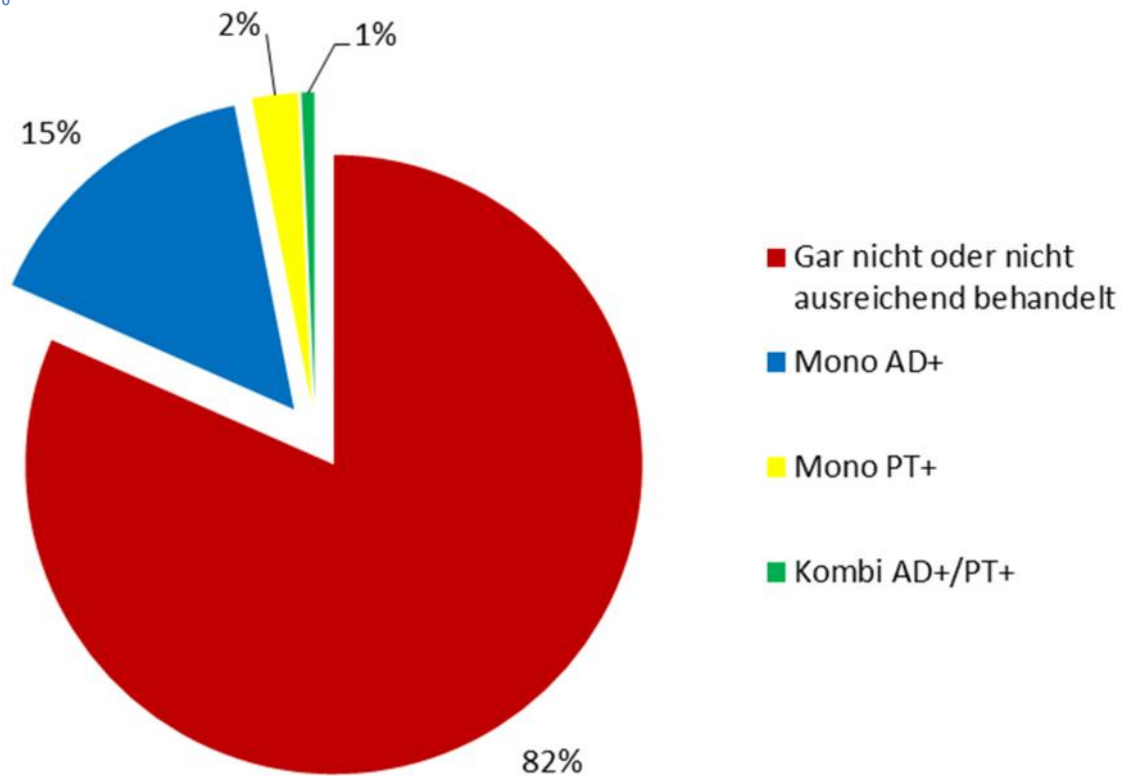
5.2.7 Versorgung nicht spezifiziert diagnostizierter Depressionsfälle

Insgesamt 6,8 % aller untersuchten Versicherten wiesen im Jahr 2011 ausschließlich eine oder mehrere nicht spezifizierte Depressionsdiagnosen auf (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9); dies entspricht mehr als 50 % aller im Jahr 2011 gestellten Depressionsdiagnosen. Aufgrund dieses hohen Anteils wurden die Behandlungen dieser Depressionsfälle genauer untersucht. Der **größte Anteil der Depressionsfälle mit einer nicht spezifizierten Depressionsdiagnose wird nicht oder nicht ausreichend lange behandelt**¹⁴. Der Anteil nicht oder nicht ausreichend lange behandelter Depressionsfälle macht bei den Depressionsfällen ohne psychische Komorbidität 82 % (siehe Abbildung 61) aus. Bei den Depressionsfällen mit mindestens einer weiteren psychischen Diagnose sind dies 68 % (siehe Abbildung 62). Den zweitgrößten Anteil nehmen die ausschließlich pharmakologischen Behandlungen ein (15 % bzw. 21 %), gefolgt von der ausschließlich psychotherapeutischen Behandlung (2 % bzw. 8 %). Den kleinsten Anteil nehmen die Kombinationsbehandlungen aus pharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlung ein (1 % bzw. 3 %).

¹⁴ Eine ausreichend lange Behandlung ist hier nach den Kriterien, die für die spezifizierten Depressionsdiagnosen festgelegt wurden, definiert (vgl. Tabelle 5, Seite 36). Da es für die Behandlung der nicht spezifizierten Depressionsfälle keine spezifischen Behandlungsempfehlungen gibt, stellt diese Operationalisierung nur eine Annäherung dar und dient der konsistenten Begriffsverwendung im vorliegenden Faktencheck.

Abbildung 61: Behandlung nicht spezifizierter Depressionsfälle ohne psychische Komorbidität, 2011

Anteile in %

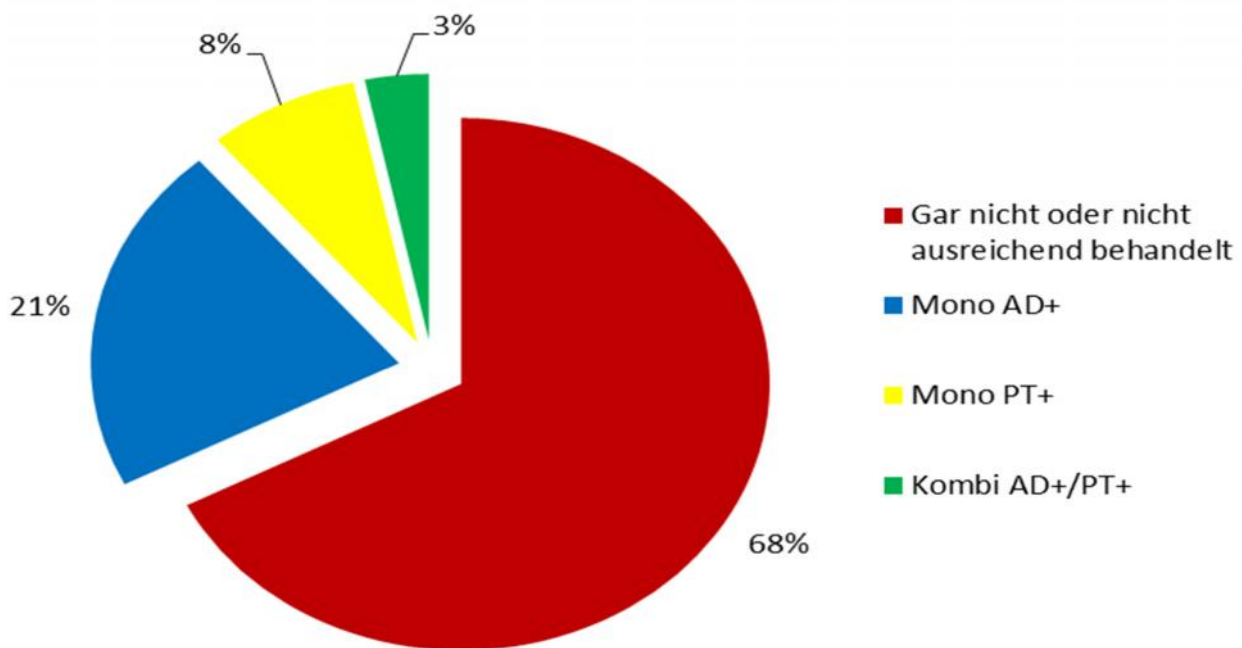


Mono AD+ = ausschließlich und ausreichend Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; Mono PT+ = ausschließlich und ausreichend Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; Kombi AD+/PT+ = Kombinationsbehandlung aus ausreichend Antidepressiva- und ausreichend Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Abbildung 62: Behandlung nicht spezifizierter Depressionsfälle mit psychischer Komorbidität, 2011

Anteile in %



Mono AD+ = ausschließlich und ausreichend Antidepressiva-Therapie, d. h. mindestens 273 DDD entsprechend einer Behandlung von mindestens 9 Monaten; Mono PT+ = ausschließlich und ausreichend Psychotherapie, d. h. in mindestens 2 Quartalen abgerechnet; Kombi AD+/PT+ = Kombinationsbehandlung aus ausreichend Antidepressiva- und ausreichend Psychotherapie

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

6 Zusammenfassung der Ergebnisse und Interpretation

6.1 Häufigkeit und regionale Variation diagnostizierter Depressionen

In der ersten Fragestellung des vorliegenden Faktenchecks wurde die **regionale Variation der Depressionsdiagnosen** differenziert für die verschiedenen **Subgruppen depressiver Erkrankungen und Komorbiditäten** sowie deren **Zusammenhang mit der regionalen Verteilung der ambulanten und stationären Versorgungsstrukturen** untersucht.

Vor der Diskussion der Ergebnisse der ersten Fragestellung werden die administrativen Prävalenzen aller und der spezifizierten Depressionsdiagnosen auf bundesweiter Ebene eingeordnet und hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsstruktur interpretiert (Abschnitt 6.1.1, Seite 103). Anschließend werden die Befunde zu regionalen Unterschieden der administrativen Prävalenzen der Depressionsdiagnosen, der chronisch verlaufenden Depressionsfälle und der Komorbiditäten zusammengefasst (Abschnitt 6.1.2; Seite 105) und mögliche Erklärungsansätze für die Variation diskutiert (Abschnitt 6.1.3, Seite 109).

6.1.1 Wie häufig werden welche Depressionsdiagnosen vergeben?

Gesamtprävalenz

In der untersuchten Stichprobe von rund 6 Millionen BKK- und IKK-Versicherten im Erwachsenenalter (11 % aller GKV-Versicherten [83]) wurde bei ca. 775.000 Personen eine Depressionsdiagnose im Jahr 2011 vergeben. Dies entspricht einer **administrativen 1-Jahres-Prävalenz von 13,4 %**, was bedeutet, dass jeder **7. bis 8. Versicherte** mindestens in einem Quartal des Jahres 2011 eine Depressionsdiagnose aufwies. Frauen haben dabei **doppelt so häufig** eine Depressionsdiagnose wie Männer erhalten (**17,8 % vs. 8,8 %**). Auch zeigt sich ein deutlicher Anstieg der Depressionsdiagnosen mit zunehmendem Alter, wobei für Frauen wie für Männer ein erstes Maximum der Diagnosehäufigkeit im Alter von 55 bis 60 Jahren zu verzeichnen ist. Ein zweiter Alterspeak und zugleich die höchsten administrativen Prävalenzraten insgesamt sind **im Alter von 80 Jahren** und älter zu verzeichnen.

Zur Validierung der Prävalenzschätzung wurden die Daten der vorliegenden Stichprobe an der Struktur der Gesamtpopulation aller GKV-Versicherten aus dem Jahr 2011 [87] standardisiert und so mit dieser vergleichbar gemacht. Die ermittelten administrativen Depressionsprävalenzen der vorliegenden Stichprobe und die aller GKV-Versicherten aus dem Jahr 2011 unterschieden sich nur sehr geringfügig, was darauf hinweist, dass die vorliegende Stichprobe **als vergleichbar mit der Population aller gesetzlich Krankenversicherten** betrachtet werden kann. Die administrative Gesamtprävalenz geht einher mit den Ergebnissen anderer Routinedatenanalysen, in denen ähnliche Prävalenzen gefunden wurden [15, 25]. Die in administrativen Daten gefundenen Prävalenzen liegen dabei grundsätzlich über denen, die aus epidemiologischen Bevölkerungsstichproben bekannt sind [14, 15, 27]. Mögliche Ursachen für diese Differenz liegen vor allem im unterschiedlichen methodischen Vorgehen der Datengewinnung und -qualität (beispielsweise die Befragung der Allgemeinbevölkerung mittels standardisierter klinischer Interviews vs. Abrechnungsdaten einer Inanspruchnahmepopulation des Versorgungssystems, vgl. Abschnitt 2.1.2, Seite 16).

In **GKV-Routinedaten** sind grundsätzlich **höhere Prävalenzen** als in der **Allgemeinbevölkerung zu erwarten**, da vornehmlich Personen mit relevanten Beschwerden bzw. einer Erkrankung Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen (Inanspruchnahmepopulation als Referenzgruppe), während die Grundgesamtheit der Bevölkerung als Referenzgruppe (Kranke bzw. Nutzer des Versorgungssystems und Gesunde) größer ist und folglich mit geringeren Prävalenzen einhergeht (Anteil Kranke/Anteil Referenzgruppe). Es bleibt jedoch zu diskutieren, ob der Unterschied in der Höhe allein durch die Unterschiede in den unterschiedlichen Referenzpopulationen zu erklären ist.

Durch die differenzierte Analyse der administrativen Depressionsdiagnosen nach Schweregrad und Spezifität konnte gezeigt werden, dass die **Hälfte aller Depressionsdiagnosen nicht spezifiziert** waren (unspezifische ICD-10-Codes F32.8, F32.9, F33.8, F33.9). Diese Rate entspricht bisherigen Befunden aus administrativen Daten [25]. Bei den spezifischen Depressionsdiagnosen kommen **am häufigsten mittelgradige (21 %) und schwere (15 %) Depressionsdiagnosen** vor, leichte Depressionsdiagnosen und Dysthymie sind mit jeweils **7 %** vertreten. Die Verteilung der Schweregrade entspricht in etwa auch der Verteilung aus aktuellen Survey-Daten [14], was auf eine zuverlässige Schätzung der Relation der spezifizierten Depressionsprävalenzen hindeutet.

Nicht spezifizierte Depressionsdiagnosen

Ähnlich wie in bisherigen Untersuchungen von Routinedaten fällt der gefundene **enorm hohe Anteil an nicht spezifizierten Diagnosen** auf. Diese Diagnosekategorien sollen nur dann vergeben werden, wenn die Symptomatik in keine der übergeordneten Kategorien passt oder eine nähere Spezifizierung der Diagnose nicht möglich ist (vgl. 2.1, Seite 14). Die hohe Prävalenz ist klinisch und epidemiologisch nicht zu erwarten und deutet folglich auf Qualitätsmängel oder spezifische Vorgehensweisen in der Kodierpraxis hin. Aus den vorliegenden Daten kann nicht abgeleitet werden, ob es sich hierbei um falsch kodierte spezifische Depressionsdiagnosen (Fehldiagnostik) oder um eine Überdiagnostik von Syndromen handelt, die nicht die Kriterien einer spezifischen Depression erfüllen. Betrachtet man allerdings ausschließlich die spezifischen Depressionsdiagnosen in den administrativen Daten, so liegt die Prävalenz bei ca. 6 % bis 7 %. Da die bevölkerungsrepräsentative Prävalenz bei 8 % liegt und hier ausschließlich spezifisch diagnostiziert wird, liegen die im vorliegenden Faktencheck gefundenen administrativen Prävalenzen der spezifizierten Depressionsdiagnosen deutlich unter der zu erwartenden Häufigkeit (da in einer Inanspruchnahmepopulation eine höhere Prävalenz als in einer Bevölkerungsstichprobe zu erwarten ist). Das Ergebnis lässt sich folglich als Hinweis auf eine deutliche Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz interpretieren.

Eine weitere Einschränkung der Routinedaten ist die Möglichkeit, dass Diagnosen über einen längeren Zeitraum beibehalten bzw. fortgeschrieben werden, ohne die Ausprägung der Symptomatik erneut zu prüfen. Ein solches Kodierverhalten kann zusätzlich die relativ höheren administrativen Prävalenzen erklären.

Unabhängig von den Gründen für die ungenaue Kodierung der Depressionsdiagnosen zeigen die Daten einen hohen Optimierungsbedarf in der Versorgung an. Für die Hälfte der hier untersuchten Stichprobe von rund 6 Millionen Versicherten im Erwachsenenalter können weder Aussagen über den tatsächlichen Schweregrad der Erkrankung und damit verbundene Einschränkungen für die Betroffenen noch über die Angemessenheit oder Notwendigkeit einer bzw. welcher Behandlung getroffen werden.

Geschlecht

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung bestätigen die Ergebnisse bisherige nationale und internationale Befunde. **Frauen sind ungefähr doppelt so häufig von depressiven Erkrankungen betroffen wie Männer** [7, 12, 27, 89, 90]. Als Ursachen für die Geschlechtsunterschiede werden vor allem der unterschiedliche Umgang mit den Symptomen der Depression (Frauen äußern ihre Symptome eher), unterschiedliche Stereotypen, die bei den Betroffenen selbst, aber auch bei den Behandlern bestehen (bei Frauen werden z. B. körperliche Beschwerden eher auf psychische Ursachen zurückgeführt), und letztlich auch mögliche Geschlechtsspezifika der Messinstrumente (bei der Annahme, dass depressive Symptome geschlechtsspezifisch unterschiedlich auftreten können) diskutiert. Diese Ursachen könnten somit die tatsächliche Prävalenz verzerren und werden im Rahmen der sog. Artefakttheorie diskutiert [89]. Weiterhin werden aber auch sozioökonomische Faktoren in Betracht gezogen, die den Geschlechtsunterschied der Depressionsprävalenzen möglicherweise beeinflussen [12, 89]. Frauen leisten häufiger unbezahlte Arbeit durch Haushalts- und Erziehungsarbeit und erleben zudem häufiger Brüche in der Erwerbsbiographie und eine geringere Anerkennung ihrer Arbeit hinsichtlich Haushalts- und Erziehungsaufgaben im Vergleich zur Erwerbsarbeit und müssen bei einem beruflichen Wiedereinstieg meist mit einem geringeren Einkommen rechnen. Des Weiteren werden biologische Ursachen wie hormonelle Unterschiede und Persönlichkeitsfaktoren sowie die Interaktion der verschiedenen Faktoren diskutiert [7].

Alter

Die Ergebnisse zum Altersverlauf der Prävalenz aller Depressionsdiagnosen überraschen auf den ersten Blick, da empirische Studien eher darauf hindeuten, dass Depression bei älteren Menschen seltener auftreten als im jüngeren und mittleren Erwachsenenalter [12, 27]. Betrachtet man allerdings den Altersverlauf der Subgruppe der spezifizierten Depressionsdiagnosen, wird deutlich, dass die **hohen Prävalenzen im höheren Alter** wahrscheinlich vor allem auf **nicht spezifizierte Depressionsdiagnosen** zurückzuführen sind. Die Alterskurve der ausschließlich spezifizierten Depressionsdiagnosen steigt nach dem Peak zwischen 55 und 60 Jahren nicht mehr an. Dieser Befund stimmt mit den Ergebnissen der Berliner Altersstudie [91] überein, in der die Rate der nicht spezifizierten Depressionsdiagnosen bei Personen im Alter von 70 bis 100 Jahren bei durchschnittlich 27 % lag (Frauen: 30 %; Männer: 19 %), während die mittlere Rate einer akuten oder teilremittierten Depressionsdiagnose in dieser Altersgruppe bei nur 5,3 % lag. Eine Untersuchung der GKV-Routinedaten aus dem Jahr 2007 [25], in der allerdings nicht nach spezifizierten und nicht spezifizierten Diagnosen differenziert wurde, ergab ein ähnliches Muster im Altersverlauf mit einem zweiten Peak im hohen Alter. Denkbar wäre, dass die altersgemäß nachlassende Vitalität, wenn sie beim Arzt als Klage vorgetragen wird, durch eine Depressionsdiagnose abgebildet wird. Auch könnten altersbedingte kognitive Einschränkungen hier eine Rolle spielen (z. B. schwierige Differentialdiagnose zu Gedächtniseinschränkungen und beginnenden demenziellen Syndromen).

6.1.2 Regionale Variation der Depressionsdiagnosen

Fragestellung 1: Welche regionale Variation besteht bei diagnostizierten depressiven Erkrankungen und hängt diese Variation mit den vorhandenen regionalen Versorgungsstrukturen zusammen?

Untersucht wurde die regionale Variation **(1a) aller Depressionsdiagnosen, (1b) der spezifizierten Depressionsdiagnosen, (1c) der spezifizierten Depressionsdiagnosen mit einer komorbiden Angsterkrankung und (1d) mit einer komorbiden somatoformen Störung sowie (1e) aller Depressionsdiagnosen, die retrospektiv einen chronifizierten Verlauf aufweisen.**

Die regionalen Analysen auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zeigten sowohl für **alle Depressionsdiagnosen** als auch für die ausschließliche Betrachtung der spezifizierten Diagnosen **markante regionale Variationen**: In dem Kreis mit der **niedrigsten Rate hatten 7 % der Versicherten** eine Depressionsdiagnose (spezifiziert oder nicht spezifiziert), der Kreis mit der **höchsten Rate lag bei 21 %**. Insbesondere in süddeutschen Kreisen (Bayern und Baden-Württemberg) und Großstädten (z. B. Berlin, Hamburg, München) werden Depressionsdiagnosen häufiger vergeben, während im Osten Deutschlands die niedrigsten administrativen Prävalenzen bestehen. Ein ähnliches Muster zeigt sich auch, wenn man ausschließlich die **spezifizierten Depressionsdiagnosen** betrachtet. Da diese im Durchschnitt nur die Hälfte aller Depressionsdiagnosen ausmachen, variieren die administrativen Prävalenzen hier zwischen **3 % und 15 %**, in der Hälfte aller Kreise zwischen 5 % und 8 %. Auch hier sind die höchsten administrativen Prävalenzen in Kreisen in Bayern und Baden-Württemberg und die niedrigsten in Thüringen und Sachsen-Anhalt zu finden.

Auch die Untersuchung der administrativen Prävalenzen auf der Ebene der Bundesländer bestätigen die Ergebnisse. Die niedrigsten administrativen Prävalenzen sind in den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zu finden (alle ≤ 11 %). Die meisten Depressionsdiagnosen wurden mit 15,8 % in Bayern vergeben, gefolgt von Berlin, Baden-Württemberg und Hamburg. Ein vergleichbares Muster ist für die regionale Verteilung der spezifizierten Depressionsdiagnosen vorzufinden.

Die Ergebnisse der Analyse aller Depressionsdiagnosen stimmen hinsichtlich der regionalen Variation weitgehend mit der Verteilung überein, die für das Jahr 2007 vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) ermittelt wurde [25]: Die administrativen Prävalenzen variierten hier zwischen **5 % und 18 %**, auch hier zeigt sich eine Verdichtung im Süden Deutschlands und in den Großstädten. Die relativ hohe Übereinstimmung der vorliegenden Ergebnisse mit GKV-Daten weist zum einen auf die **hohe Vergleichbarkeit der hier untersuchten Stichprobe für die GKV-Versicherten** hin. Zum anderen deuten die Ergebnisse auch auf die **zeitliche Stabilität der regionalen Unterschiede** von 2007 [25] und den vorliegenden Analysen aus dem Jahr 2011 hin. Im vorliegenden Faktencheck konnte erstmals für Deutschland gezeigt werden, dass eine relevante regionale Variation auch bei ausschließlicher Betrachtung der spezifizierten Depressionsdiagnosen besteht. Mögliche Ursachen und Erklärungsansätze für die regional variierenden Depressionsprävalenzen werden in Abschnitt 6.1.3 (Seite 109) diskutiert.

Beim Vergleich der Analyseergebnisse des vorliegenden Faktenchecks mit den Ergebnissen des ZI [25] fällt jedoch auf, dass die **absolute Höhe der administrativen Gesamtprävalenz** sowie der administrativen Prävalenzen in den Kreisen in den vorliegenden Daten **tendenziell noch höher liegen** (7 % bis 21 %) als in den Analysen des ZI (5 % bis 18 %). Die Unterschiede in der absoluten Höhe der Prävalenzen lassen sich durch die jeweilige methodische Vorgehensweise erklären: Zum einen wurden die Analysen des ZI ausschließlich auf der Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten durchgeführt [25]. Im vorliegenden Faktencheck wurden zur Prävalenzschätzung zusätzlich alle zuzulasten der GKV abgerechneten Diagnosen aus der stationären und teilstationären Versorgung sowie aus Institutsambulanzen und medizinischen Versorgungszentren mit aufgenommen. Demzufolge wird das Versorgungsgeschehen mit den vorliegenden Ergebnissen

umfassender und vollständiger dargestellt. Zum anderen lagen die Versichertendaten im vorliegenden Faktencheck in pseudonymisierter Form vor, sodass die Doppelzählung eines Versicherten innerhalb des Beobachtungsjahres ausgeschlossen werden konnte. Wenn die Doppelung (z. B. bei einem Wechsel der Krankenkasse) nicht ausgeschlossen werden kann, kann das zu einer Verzerrung der administrativen Prävalenzen führen. Zusätzlich muss beim Vergleich der Analysen des ZI [25] und des vorliegenden Faktenchecks berücksichtigt werden, dass sich die Kreisordnung zwischen den Jahren 2007 und 2011 (413 vs. 402 Kreise und kreisfreie Städte) geändert hat und demzufolge der direkte Vergleich einzelner Kreise nicht möglich ist. Nicht auszuschließen ist auch ein weiterer Grund für die aktuell höheren administrativen Prävalenzen: In den letzten Jahren kann es aufgrund von verbesserter Aufklärung über psychische Erkrankungen zu einer höheren Akzeptanz in der Gesellschaft und einer verbesserten Diagnostik gekommen sein, weshalb die administrativen Prävalenzen im Zeitverlauf tendenziell angestiegen sein können. Einen ähnlichen Trend des Anstiegs der administrativen Prävalenzen von Depressionsdiagnosen konnte das IGES in GKV-Daten aus den Jahren 2008 bis 2010 finden [15]. Gegen einen Anstieg der tatsächlichen Prävalenz sprechen allerdings aktuelle Ergebnisse aus der DEGS [13], in der keine bedeutenden Veränderungen der Depressionsprävalenzen zum BGS98 [64] gefunden wurden. Es ist anzunehmen, dass ein möglicher **Anstieg der administrativen Prävalenzen** eher mit einem **veränderten Umgang mit der Erkrankung in der Versorgung** zusammenhängt als mit einer Zunahme depressiver Erkrankungen.

Der Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit denen des ZI [25] erbrachte trotz Unterschieden in der absoluten Höhe ein **vergleichbares Muster der regionalen Verteilung** der administrativen Prävalenzen sowie einen **vergleichbaren Range** (14 % vs. 13 %), in dem sich die administrativen Prävalenzraten der Kreise bewegen. Dies deutet stark auf die **Repräsentativität der vorliegenden Daten** (für die Population der GKV-Versicherten) und auf die **zeitliche Stabilität der regionalen Unterschiede** hin. Auf Ebene der Bundesländer besteht eine vergleichbare regionale Variation der Depressionsdiagnosen [15, 77]: Ähnlich wie im vorliegenden Faktencheck liegen die höchsten administrativen Prävalenzen aller Depressionsdiagnosen in den Großstädten Berlin und Hamburg sowie in Bayern, Hessen und dem Saarland, die niedrigsten in Thüringen, Sachsen-Anhalt und Sachsen. Dieses **Ost-West-Gefälle** zeigt sich auch in epidemiologischen Daten [76]. Mögliche Ursachen und Erklärungsansätze für die regionalen Unterschiede werden im Abschnitt 6.1.3 (Seite 109) diskutiert.

Chronifizierung

Depressive Erkrankungen gehen mit einem **hohen Chronifizierungsrisiko** einher (siehe Abschnitt 2.1.1; Seite 14). Aus internationalen bevölkerungsrepräsentativen Studien liegen Hinweise vor, dass etwa 20 bis 30 % der Menschen mit einer Depression einen chronischen Verlauf entwickeln: In der *Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*, einer niederländischen prospektiven bevölkerungsrepräsentativen Studie, betrug der Anteil persistierender Depressionen nach zwei Jahren 20 % [92]. In einer großen kanadischen Studie wurde das Vorhandensein einer chronischen Depression retrospektiv erfragt und eine Lebenszeitprävalenz von 2,6 % gefunden, was einem Anteil von 26,8 % der Gruppe mit depressiven Erkrankungen entsprach [93]. Eine aktuelle Studie aus einer Bevölkerungsbefragung in Australien erbrachte einen Anteil von 29,4 % chronischer Depressionen bei allen Befragten (inklusive Dysthymie und Double Depression), bei denen im Laufe ihres Lebens eine Depression aufgetreten ist [94]. Die Lebenszeitprävalenz betrug 4,6 %. Eine US-amerikanische Studie ermittelte eine Prävalenzrate chronisch depressiv Erkrankter von 3,4 % [95].

Um zu untersuchen, wie hoch der Anteil chronifizierter Depressionsfälle ist, wie diese behandelt werden und ob sich diesbezüglich regionale Unterschiede finden, wurden die Depressions-diagnosen im vorliegenden Faktencheck über den Verlauf von fünf Jahren (2008 bis 2012) analysiert. Von allen Versicherten mit einer Depressionsdiagnose im Jahr 2011 wiesen **65 % retrospektiv einen chronischen Verlauf** auf. Das bedeutet, dass knapp **zwei Drittel der Versicherten** entweder die Depressionsdiagnose in mindestens sechs von acht der zurückliegenden Quartale und/oder die Diagnose einer Dysthymie hatten.

Wie lässt sich der bedeutend höhere Anteil chronischer Depressionen in den vorliegenden Daten im Vergleich zu den Ergebnissen aus epidemiologischen Studien erklären? Ein wesentlicher Unterschied zu den internationalen Studien liegt in der Datenart und -qualität: Hier wurde erstmals versucht, chronische Depressionserkrankungen anhand von administrativen Daten abzubilden. Diese Daten hängen aber stark von der Kodierpraxis und der Kodierqualität der Depressions-diagnosen ab: Wird die depressive Symptomatik nach der erstmaligen Diagnose nicht in regelmäßigen Abständen fachgerecht überprüft (Monitoring), sondern u. U. einfach weiterhin dokumentiert, kann der chronische Verlauf auch lediglich durch das Fortschreiben der Diagnose entstehen, insbesondere wenn sie als Dauerdiagnose nicht mehr aus der Dokumentation entfernt wird. Sie wäre dann ein Artefakt. Mehr als ein Viertel der chronischen Verläufe (ca. 116.000 Versicherte) erfüllen das a priori definierte Chronifizierungskriterium der sechs von acht aufeinanderfolgenden Quartale ausschließlich über nicht spezifizierte Diagnosen. Der hohe Anteil der „chronifizierten“ nicht spezifizierten Depressionsfälle liefert einen Hinweis auf sehr wahrscheinliche Schwächen in der Kodierpraxis. Auch können bestimmte Anreizsysteme eine gewisse Kodierpraxis beeinflussen, wenn z. B. wie im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) die Diagnostik bestimmter (chronischer) Erkrankungen besser vergütet wird, es sich also „lohnt“, die Diagnose über die Zeit fortzuschreiben.

Eine andere Erklärung liegt in der hier gewählten Operationalisierung des Zeitkriteriums. Die Depressionsdiagnose musste nur in sechs von acht aufeinanderfolgenden Quartalen dokumentiert sein, um auch diejenigen Fälle einzuschließen, die über den Zeitraum von mindestens zwei Jahren chronifiziert sind, aber nicht in jedem Quartal einen Behandler aufgesucht haben. Dies geht allerdings mit der Unschärfe einher, auch Fälle einzuschließen, die das 2-Jahres-Kriterium für chronische Depressionen möglicherweise nicht vollständig erfüllen. Dies kann folglich zu einer möglichen Überschätzung des Anteils chronischer Depressionsfälle führen. Es scheint jedoch eher unwahrscheinlich, dass dieses methodische Vorgehen die große Differenz von 30 bis 40 % zwischen den administrativen Daten und den epidemiologischen Ergebnissen erklärt. Letztlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass die tatsächliche Prävalenz chronischer Depressionen in den epidemiologischen Untersuchungen zum Teil auch unterschätzt wird, wenn z. B. die Messung der Chronizität üblicherweise über eine retrospektive Befragung erfolgt, bei der Erinnerungslücken bei den Probanden dann eine Einschränkung der Erfassung chronischer Episoden mit sich bringen.

Regional variiert der Anteil an chronisch verlaufenden Depressionsfällen zwischen **56 % und 71 %** auf Kreisebene, wobei die Hälfte der Kreise zwischen 61 % und 64 % liegt. Dabei ist aus den vorliegenden Analysen nicht zu unterscheiden, zu welchen Anteilen die Unterschiede auf eine tatsächliche Variation der chronischen Depression zurückzuführen sind und zu welchem Anteil dies ein Abbild der Kodierpraxis ist. Insgesamt deuten die eher geringen regionalen Unterschiede und damit durchgängig hohen Anteile der als chronisch dokumentierten Depressionsdiagnosen aber auf einen hohen Handlungsbedarf hinsichtlich der Verbesserung der Versorgung und der Kodierqualität in der ärztlichen und psychotherapeutischen Praxis hin: Die Verbesserung der

Versorgungsqualität ist hinsichtlich der hohen Chronifizierungsraten besonders bedeutsam, da bei einer frühzeitigen und adäquaten Versorgung Chronifizierung verhindert werden kann.

Psychische Komorbidität

Depressionen gehen häufig mit anderen psychischen Erkrankungen einher. Von der untersuchten Stichprobe wiesen **70 % eine psychische Komorbidität** auf, d. h. mindestens eine weitere psychische Diagnose. Die drei häufigsten Diagnosegruppen sind **somatoforme Störungen**, die **Belastungs- und Anpassungsstörungen** sowie die **Angststörungen**. Da die Diagnose einer Anpassungsstörung nach den Vorgaben der ICD-10 nicht zeitgleich mit der einer depressiven Erkrankung vorliegen und diagnostiziert werden kann (es ist sogar ein Ausschlusskriterium!), ist der hohe Anteil zunächst als Kodierfehler und Regelverletzung des ICD-10 zu bewerten. Hier wird erneut die Unsicherheit bei der Diagnostik von psychischen Erkrankungen und ihrer Abgrenzung gegeneinander in der Versorgungsrealität deutlich. Der hohe **Anteil an komorbiden Anpassungsstörungen** bei spezifizierten Depressionsdiagnosen ist ein **weiterer Hinweis auf spezifische Qualitätsmängel in der Kodierpraxis**. Einschränkend muss jedoch berücksichtigt werden, dass die Komorbidität über den Zeitraum des gesamten Jahres 2011 erfasst wurde und keine Differenzierung in der Reihenfolge des Auftretens erfolgte. Versicherte, bei denen z. B. erst eine Anpassungsstörung und später (im gleichen Jahr) eine Depressionsdiagnose gestellt wurde, könnten dementsprechend auch adäquat diagnostiziert und dokumentiert sein. Zudem wurde die Diagnose „gezählt“, wenn sie einmal im Beobachtungsjahr dokumentiert wurde. Somit wurden auch Verdachtsdiagnosen, die im späteren Verlauf möglicherweise korrigiert wurden, in der Gruppe der komorbiden Erkrankungen subsumiert. Aufgrund dieser Einschränkungen und der schwierigen Abgrenzbarkeit der Anpassungsstörungen wurden folglich nur die somatoformen Störungen und die Angststörungen differenzierter analysiert.

Insgesamt **31 % aller Versicherten** mit spezifizierter Depressionsdiagnose im Jahr 2011 wiesen zusätzlich die **Diagnose einer somatoformen Störung** und ein **Viertel der Versicherten** eine **Angstdiagnose** auf. Regional variierten beide Komorbiditäten zwischen 21 % und 46 % bzw. 16 % und 32 %. Im Vergleich zur alleinigen Betrachtung der Depressionsdiagnosen fällt hier ein entgegengesetztes regionales Muster auf: Die höchsten Anteile der Versicherten mit einer komorbiden Erkrankung liegen im Osten Deutschlands, während insbesondere bei den komorbiden Angsterkrankungen der Süden und Südwesten die geringsten Anteile aufweist. Die hohen Anteile der dokumentierten psychischen Komorbidität bei spezifizierten Depressionsdiagnosen in den Regionen, wo eher niedrige administrative Prävalenzen der Depressionsdiagnosen bestehen, können auf eine besondere Diagnosepraxis hindeuten: In Regionen, in denen insgesamt weniger Depressionsdiagnosen dokumentiert werden, werden tendenziell nur die schwereren Fälle diagnostiziert, die dann auch eher eine psychische Komorbidität aufweisen. Dies würde zum einen bedeuten, dass in den ostdeutschen Bundesländern möglicherweise nur die „Spitze des Eisbergs“ der tatsächlich depressiven Patienten diagnostiziert wird, zum anderen aber entsprechend auch die psychische Komorbiditätsrate eher überschätzt wird. Potenzielle Ursachen der möglicherweise regional unterschiedlichen Kodierpraxis werden im folgenden Abschnitt gemeinsam mit den Erklärungsansätzen für die regionale Variation der untersuchten Diagnosehäufigkeiten differenziert diskutiert.

6.1.3 Wie lassen sich die regionalen Unterschiede der Depressionsdiagnosen erklären?

Zu den bis heute einflussreichsten wissenschaftlichen Arbeiten über regionale Variationen in der Gesundheitsversorgung gehören die von John E. Wennberg und Kollegen kontinuierlich durchgeführten regionalen Analysen zur Verteilung von medizinischen Ressourcen und deren Nutzung im Rahmen des US-amerikanischen Dartmouth Atlas of Health Care (www.dartmouthatlas.org) [96-

100]. Dabei unterscheiden die Autoren zwischen gerechtfertigter und ungerechtfertigter regionaler Variation in der medizinischen Versorgung [97, 100]. Gerechtfertigt ist die Variation, wenn sie den regionalen Bedarf widerspiegelt. Das bedeutet, dass Unterschiede in der Versorgung dann gerechtfertigt sind, wenn (a) eine Erkrankung in einer Region häufiger auftritt als in einer anderen und somit **die tatsächliche Prävalenz der Erkrankung regional variiert**, wenn (b) die **Evidenz zur Behandlungseffektivität unklar** ist und somit keine Aussage über die Angemessenheit der Versorgung gemacht werden kann, und/oder wenn (c) im Falle mehrerer Behandlungsoptionen die **Patientenpräferenzen regional variieren**. Andere Unterschiede in der Versorgung werden als ungerechtfertigt definiert und gehen potenziell mit einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung einher. Zur Untersuchung der Ursachen von Versorgungsdefiziten lassen sich Versorgungsleistungen in drei Kategorien unterteilen: in die sog. „**effektive**“ **Versorgung**, bei der eine eindeutige Evidenz für eine Behandlung besteht, die alle Betroffenen erhalten sollten; in die sog. „**anbietersensitive**“ **Versorgung**, die den Einfluss der Leistungserbringer widerspiegelt, beispielsweise wenn die Indikationsstellung an die jeweils vorhandenen Kapazitäten anpasst wird; und in die sog. „**präferenzsensitive**“ **Versorgung**, bei der Evidenz für mehrere Behandlungsoptionen besteht und die Versorgung davon abhängt, wie die Betroffenen die Risiken und Vorteile der unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten für sich bewerten [97].

Die regionalen Unterschiede in der Häufigkeit diagnostizierter depressiver Erkrankungen und der komorbiden Störungen können demnach ein Abbild der tatsächlichen bestehenden Prävalenzunterschiede sein und somit eine gerechtfertigte Variation darstellen [97, 100, 101]. Tatsächliche regionale Prävalenzunterschiede können zum einen dann auftreten, wenn sich die soziodemographische Bevölkerungsstruktur regional insbesondere auch in den Merkmalen unterscheidet, die **Risikofaktoren depressiver Erkrankungen** darstellen (siehe Abschnitt 2.2, Seite 19). Einige der empirisch belegten Risikofaktoren (z. B. Alter und Geschlecht) konnten in den vorliegenden Analysen bei der Standardisierung der regionalen Vergleiche berücksichtigt werden. Zu anderen Merkmalen wie z. B. dem sozioökonomischen Status oder der Partnerschaftssituation der untersuchten Versicherten lagen jedoch keine Daten vor. Die Untersuchung von Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung und deren potenzieller Einfluss auf die Prävalenz lagen nicht im Fokus des vorliegenden Faktenchecks und konnte anhand des vorhandenen Datenmaterials nicht überprüft werden. Dementsprechend können für die Ursachen der regionalen Variation Hypothesen formuliert werden. Die **sozioökonomischen Bedingungen** in Deutschland würden vermuten lassen, dass in den wirtschaftlich bessergestellten Bundesländern wie Bayern, Baden-Württemberg und Hessen sowie in den Stadtstaaten ökonomische Schutzfaktoren stärker wirksam sind (höheres Bruttoinlandsprodukt, bessere Einkommensstruktur, zum Teil geringere Arbeitslosenquote [102]) und demzufolge Depressionen seltener auftreten. Überraschenderweise zeigt sich jedoch, dass gerade in diesen Bundesländern deutlich höhere administrative Prävalenzen depressiver Erkrankungen bestehen als in den ökonomisch-strukturell schwächeren ostdeutschen Bundesländern. Dies verdeutlicht, dass allein die unterschiedliche Verteilung der Risikofaktoren (wie der sozioökonomische Status) keine ausreichende Erklärung für die regionalen Prävalenzunterschiede liefern kann. Weitere Faktoren, die sowohl aufseiten der Betroffenen als auch auf der Ebene der Behandler und der Versorgungsstrukturen zu suchen sind, sollten ebenfalls als Erklärungsansätze in Betracht gezogen werden.

Aufseiten der Betroffenen kann die **Einstellung zu psychischen Erkrankungen** einen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten des Versorgungssystems und damit auf die administrativen Prävalenzraten depressiver Erkrankungen haben: Menschen mit Depressionen haben häufig Schamgefühle und Stigmatisierungsängste, was die Inanspruchnahme einer adäquaten Behandlung hemmt [103]. Geringe gesellschaftliche Akzeptanz und Stigmatisierung können demnach dazu beitragen, dass Menschen mit depressiven Beschwerden Ärzte nicht wegen der depressiven

Symptome aufsuchen bzw. diese nicht benennen [104]. Die kulturell-gesellschaftlichen Unterschiede im Umgang mit der Erkrankung Depression können sich schließlich auf regionaler Ebene widerspiegeln und zu einer Diskrepanz zwischen dem wahren Anteil der Betroffenen und dem der diagnostizierten depressiven Erkrankungen führen.

Ein weiterer Erklärungsansatz für die regionalen Unterschiede der diagnostizierten depressiven Erkrankungen liegt in **regional variierenden Versorgungsstrukturen**. Um die Zusammenhänge der regionalen administrativen Prävalenzen mit den Versorgungsstrukturen zu untersuchen, wurden die regionalen im Jahr 2011 bestehenden Versorgungsstrukturen analysiert: Die Versorgungsstrukturen unterscheiden sich zum Teil stark zwischen den Kreisen, was auch auf Bundeslandebene sichtbar ist. So variiert die **Hausarzt-Dichte** beispielsweise zwischen **62 und 151 pro 100.000 Einwohner**. Eine hohe Hausarzt-Dichte besteht im Süden (Bayern, Baden Württemberg und Saarland) und im Norden Deutschlands (Schleswig-Holstein und Mecklenburg-Vorpommern). Hinsichtlich der regionalen Verteilung der psychiatrischen und psychosomatischen Fachärzte und Psychologischen Psychotherapeuten ist eine Verdichtung in den Großstädten und den mittelgroßen Städten zu verzeichnen; weniger Fachärzte und Psychotherapeuten sind in den ländlichen Regionen niedergelassen. Betrachtet man allein die Psychologischen Psychotherapeuten auf Bundeslandebene, fällt die Dichte in den Großstädten Berlin, Hamburg und Bremen (40 bis 50 Psychologische Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner) ebenso wie in den Bundesländern Hessen, Bayern und Baden-Württemberg deutlich höher aus als in den ostdeutschen Bundesländern, die wesentlich schlechter psychotherapeutisch versorgt sind (9 bis 16 Psychologische Psychotherapeuten pro 100.000 Einwohner) [105]. Die stationäre Bettendichte variiert regional sehr stark (zwischen 0 und über 1.000 Betten pro 100.000 Einwohner). Sie ist auf Kreisebene jedoch nur schwer interpretierbar, weil die Kreisverwaltungsgrenzen nicht unbedingt dem Einzugsgebiet des Krankenhauses entsprechen.

Um der Frage des **Zusammenhangs der regionalen Versorgungsstrukturen mit der Häufigkeit der Depressionsdiagnosen** (bzw. der Rate leitlinienorientiert behandelter Depressionsfälle) zu beantworten, wurden die Maße jeweils miteinander korreliert. In Tabelle 43 sind alle untersuchten Zusammenhänge zwischen Diagnosehäufigkeiten und der regionalen Dichte der Versorgungsstrukturen zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 43: Zusammenhang zwischen der regionalen Versorgungsdichte und der Diagnosehäufigkeit, 2011

Regionale Diagnosehäufigkeit	Regionale Versorgungsdichte der			
	Hausärzte	Psych. FA	PP	Psych. Betten
...aller Depressionsdiagnosen	++	+	+	Ø
...spezifizierter Depressionsdiagnosen	++	+	+	Ø
...spezifizierter Depressionsdiagnosen mit komorbider somatoformer Störung	Ø	Ø	Ø	Ø
...spezifizierter Depressionsdiagnosen mit komorbider Angststörung	-	Ø	+	Ø

Psych. FA = Psychiatrische/Psychosomatische Fachärzte, PP = Psychologische Psychotherapeuten, Psych. Betten = Psychiatrische/psychosomatische Krankenhausbetten (ohne Rehabilitation); + = schwacher positiver Zusammenhang; ++ = mittlerer positiver Zusammenhang; Ø = kein bedeutender Zusammenhang; - = schwacher negativer Zusammenhang

Quelle: BKK-Routinedaten, DESTATIS [86]; KBV [85]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Es fällt auf, dass die Häufigkeit der Depressionsdiagnosen sowohl mit der regionalen Hausarzt-Dichte als auch mit der Dichte der psychiatrischen und psychosomatischen Fachärzte und der Psychotherapeuten-Dichte positiv zusammenhängt.

Werden in einer Region mit einer höheren Versorgungsdichte mehr depressive Erkrankungen diagnostiziert, kann dies bedeuten, dass die Diagnostik hier valider erfolgt und die tatsächliche Prävalenz in dieser Region besser abgebildet wird. Eine andere Erklärung wäre eine Überdiagnostizierung in den Regionen mit hoher Versorgungsdichte: Demnach würde das Versorgungsangebot die „Diagnosestellung“ induzieren. Eine dritte Erklärung wäre, dass die Versorgungsdichte eine Folge der hohen Prävalenzen ist, dass also die Versorgung am jeweiligen Bedarf ausgerichtet ist. Bei letzterem Erklärungsansatz würde man davon ausgehen, dass die tatsächliche Prävalenz in den Routinedaten abgebildet wird. Regionale Prävalenzunterschiede können andererseits aber auch durch eine bessere Versorgungssituation, im Sinne einer verbesserten Prävention und frühzeitigen Behandlungseinleitung, in Regionen mit geringeren Prävalenzen zustande kommen. Aus den Ergebnissen des vorliegenden Faktenchecks kann abgeleitet werden, dass die **höhere Dichte an hausärztlicher und für psychische Erkrankungen spezialisierter Versorgung** mit einem **höheren Anteil an Depressionsdiagnosen** einhergeht. Der stärkste Zusammenhang von Depressionsdiagnosen und Versorgungsstrukturen ist für die Hausarzt-Dichte zu finden. Die unterschiedlich ausgeprägten Versorgungsstrukturen erklären allerdings jeweils nur einen kleinen Teil der Unterschiede in den regional unterschiedlichen administrativen Prävalenzen.

Auf der Ebene der Versorgung ist dementsprechend allein die Angebotsstruktur nicht ausreichend als Erklärungsmodell für regionale Variationen. Entscheidend ist neben der Dichte auch die **Qualität der Versorgung**. Diese kann zum Beispiel bezüglich der **Sensitivität im Hinblick auf Erkennung und Diagnostik** depressiver Syndrome und Erkrankungen durch die Behandler und aufgrund der **Kodierqualität** variieren. Ist der behandelnde Arzt nicht ausreichend im Erkennen und Diagnostizieren einer Depression geschult, kann dies zu einer Unterschätzung der tatsächlichen Prävalenz führen [27]. Studien zeigen, dass psychische Störungen im primärärztlichen Bereich häufig nicht zeitnah oder nicht ausreichend spezifisch diagnostiziert werden: Nur etwa die Hälfte der depressiv erkrankten Patienten, die den primärärztlichen Bereich aufsuchen, werden als solche identifiziert und korrekt diagnostiziert [106, 107]. Dies könnte zum einen durch eine

eingeschränkte Diagnosesensitivität bedingt sein. Zum anderen ist auch denkbar, dass Hausärzte die Diagnosestellung an die regional vorhandenen Behandlungskapazitäten anpassen. Dieses Vorgehen würde einer „**anbietersensitiven**“ **Versorgung** entsprechen, die den Einfluss der Leistungserbringer auf die Prävalenzschätzung widerspiegelt, beispielsweise indem die Indikationsstellung an die jeweils vorhandenen Kapazitäten und Strukturen angepasst wird.

Neue **Versorgungsmodelle**, die u. a. die Erkennungsraten der Depressionen verbessern sollen, werden bislang nur in bestimmten Regionen bzw. Bundesländern und von einzelnen Krankenkassen gefördert und können demnach ebenfalls regionale Unterschiede der diagnostizierten depressiven Erkrankungen erklären. Ein Modell stellt die **Hausarztzentrierte Versorgung (HzV)** dar, die seit 2008 in Baden-Württemberg und von einigen Krankenkassen (primär AOK-Gruppe) auch in Bayern umgesetzt wird. Kernkomponente der Hausarztzentrierten Versorgung ist dabei die Stärkung der Rolle des Hausarztes bei der Koordination der Behandlungspfade insbesondere chronisch kranker Patienten. Dadurch soll eine verbesserte Steuerung und Vernetzung zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren und schließlich eine kosteneffektivere Versorgung erzielt werden [108]. Für die Hausärzte geht die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung mit regelmäßigen Qualitätszirkeln und Fortbildungen (u. a. zur Umsetzung von Behandlungsleitlinien) sowie einem veränderten und generell besseren Vergütungssystem einher [109]. Diese regionalen Versorgungsmodelle können und sollen die Diagnostik und Behandlung verbessern und können somit im Zusammenhang mit den im Faktencheck gefundenen regionalen Unterschieden stehen. Auffällig ist, dass die administrativen Prävalenzen der Depressionsdiagnosen, abgesehen von den Stadtstaaten Berlin und Hamburg, in **Bayern mit 15,8 %** und in **Baden-Württemberg mit 14,7 %** am höchsten liegen. Dahingegen liegen die administrativen Prävalenzen in allen Bundesländern **im Osten Deutschlands** (Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern) mit **9,5 % bis 11 %** um rund **ein Drittel niedriger**. Dies legt die Vermutung nahe, dass die HzV in Baden-Württemberg und Bayern mit einem veränderten Diagnostikverhalten (vgl. auch Abschnitt 6.2; Seite 114) einhergeht und möglicherweise so zur regionalen Variation beiträgt. Allerdings kann aus den administrativen Daten nicht geschlossen werden, ob die Versorgungsmodelle zu einer verbesserten Diagnostik und somit einer höheren Erkennungsrate der tatsächlichen Prävalenzen beitragen (zumal die HzV ein primär von der AOK initiiertes und finanziertes Modell darstellt), oder ob diese Versorgungsmodelle, insbesondere wenn sie mit Anreizsystemen oder veränderten Abrechnungsmodellen verbunden sind, auch zu einer Über- oder Fehldiagnostik führen. Vergleicht man die administrativen regionalen Prävalenzen mit der aktuellen epidemiologischen Gesamtprävalenz [13], so könnte man vermuten, dass im Süden Deutschlands tendenziell überdiagnostiziert und im Osten Deutschlands tendenziell unterdiagnostiziert wird. Da allerdings grundsätzlich von einer höheren Prävalenz in administrativen Daten auszugehen ist, weisen die Ergebnisse eher darauf hin, dass depressive Erkrankungen in Deutschland insgesamt eher unterdiagnostiziert werden und dies im Osten des Landes stärker ausgeprägt ist als im Süden. Diese Vergleiche müssen allerdings vorsichtig interpretiert werden, da die Datengewinnung und -qualität der beiden Untersuchungstypen grundlegende Unterschiede aufweist (vgl. 2.1.3, Seite 18) und abweichende Prävalenzraten vor allem auch methodisch erklärt werden können (Inanspruchnahme- vs. Allgemeinbevölkerungsstichproben).

Berücksichtigt werden müssen auch die potenziellen Auswirkungen der veränderten Zuweisungsstrukturen durch den im Jahr 2009 eingeführten **Morbiditätsorientierten Risikostruktur-ausgleich**. Hiermit wird die jährliche Zuweisung aus dem Gesundheitsfond durch die Morbiditätslast der Versicherten einer Krankenkasse direkt beeinflusst. Kritiker des Morbi-RSA bemängeln, dass

dieses Modell falsche Anreize für eine verstärkte Diagnostik der 80 im Morbi-RSA gelisteten Erkrankungen setzt oder zur vermehrten Verschreibung von Arzneimitteln, die für den Morbi-RSA berücksichtigt werden, führen könnte [110, 111]. Für die depressiven Erkrankungen lassen sich deutliche Unterschiede in der Mittelzuweisung insbesondere hinsichtlich der Spezifizierung der Depressionsdiagnose verzeichnen. Dies könnte zu einer vermehrten Dokumentation insbesondere spezifizierter Depressionsdiagnosen im Sinne einer Überdiagnostik führen und tendenziell steigende administrative Depressionsprävalenzen erklären helfen. Inwiefern dieses Phänomen regional variierende Depressionsdiagnosen mit bedingt, ist anhand der vorliegenden Ergebnisse nicht zu bestimmen, zumal es schwer begründbar ist, warum dieses Anreizsystem nur in bestimmten Regionen oder Bundesländern wirksam sein soll. Die Diskussion um die Einbeziehung und die Konsequenzen von Regionalfaktoren im Risikostrukturausgleich (z. B. regional gesteuerte Vergütungssysteme nach regional variierenden Kosten der medizinischen Versorgung) verdeutlicht umso mehr die gesundheitspolitische Relevanz kleinräumiger Analysen der Versorgungssituation [112, 113].

6.2 Wie leitlinienorientiert erfolgt die Versorgung von Menschen mit Depression?

In der zweiten Fragestellung wurde untersucht, wie leitlinienorientiert die Behandlung der diagnostizierten Depressionsfälle in Deutschland erfolgt. Hierfür wurden unterschiedliche Subgruppen der depressiven Erkrankungen hinsichtlich des Anteils der leitlinienorientierten Behandlungen untersucht.

Fragestellung 2: Wie hoch ist der Anteil der Patienten, die leitlinienorientiert behandelt werden? Bestehen regionale Unterschiede in der leitlinienorientierten Behandlung?

6.2.1 Einschränkung der Operationalisierung der Leitlinienempfehlungen

Grundsätzlich kann die hier vorgenommene Operationalisierung einer leitlinienorientierten Behandlung zunächst als eine Annäherung an die Erfassung leitliniengerechter Versorgung betrachtet werden, die mit einigen methodischen Einschränkungen einhergeht. Eine sog. effektive Versorgung besteht dann, wenn bei eindeutiger Evidenz für eine Behandlung möglichst viele Betroffene diese Behandlung auch erhalten. Für die mittelgradige Depression ist die Wirksamkeitsevidenz für zwei unterschiedliche Behandlungen, der pharmakologischen und der psychotherapeutischen, gleichwertig. Hier wird deutlich, dass weitere individuelle Faktoren wie beispielsweise die patientenseitige Behandlungspräferenz, die Verträglichkeit von Medikamenten, Wechselwirkungen mit anderen Behandlungen, positive oder negative Vorerfahrungen mit einer Behandlung etc. einen weiteren Einfluss auf die Behandlungswahl haben können. Auch bei eindeutiger Evidenz für eine Behandlung, wie etwa die Kombinationsbehandlung von Antidepressiva- und Psychotherapie bei schweren Depressionen, kann die genaue Abwägung der individuellen Parameter (z. B. Unverträglichkeiten) zu einer Entscheidung führen, die nicht der Empfehlung folgt, aber dennoch eine angemessene Behandlung darstellt. Die **gemeinsame Entscheidungsfindung** zwischen Arzt bzw. Psychotherapeut und Patient unter Berücksichtigung dieser Faktoren ist ein wesentlicher Bestandteil der Versorgungsleitlinie Depression [7]. In diesem Sinne kann es also im individuellen Fall eine Abweichung von der Leitlinie geben, die durchaus „leitliniengerecht“ ist. Diese individuellen Gründe für oder gegen eine Behandlung werden in den administrativen Daten der Krankenkassen nicht erfasst, sodass keine Aussagen zum Einfluss dieser Merkmale in der klinischen Praxis getroffen werden können. Allerdings lässt sich die Höhe der Variation bestimmter

Behandlungen sicher nicht ausschließlich auf differierende Präferenzen der Patienten zurück-führen. Ziel einer rationalen Versorgung depressiver Erkrankungen sollte es sein, ungerechtfertigte regionale Unterschiede in den Behandlungsraten zu reduzieren und gleichzeitig eine angemessene Variation (unter Berücksichtigung der Patientenpräferenz) aufrechtzuerhalten [97]. Die Förderung einer partizipativen Entscheidungsfindung zwischen Patient und Behandler soll also dazu beitragen, die Patientenorientierung zu stärken und regionale Variationen in der Versorgung zu verringern.

6.2.2 Stationäre Behandlung leichter und mittelgradiger Depressionen

Für die Gruppe der als leicht und mittelgradig depressiv diagnostizierten Versicherten konnte kein Hinweis auf eine Überversorgung durch stationäre Behandlungen gefunden werden. **Weniger als 1 % der Versicherten mit leichter oder mittelgradiger Depressionsdiagnose** ohne psychische Komorbidität wurden im Jahr 2011 **stationär behandelt**. Einschränkend muss hier beachtet werden, dass die Stichprobe zur Untersuchung der Überversorgung sehr selektiv ist, da jegliche psychische Komorbidität ausgeschlossen wurde. Dieses Kriterium führte zu einer starken Verkleinerung der Stichprobe, sodass die Aussage zur angemessenen Versorgung (im Sinne einer ausschließlich ambulanten Versorgung) nur für die Population der ausschließlich leichten und mittelgradigen Depressionen getroffen werden kann.

6.2.3 Antidepressiva-Verordnung bei leichten Depressionen

Im vorliegenden Faktencheck konnte die Hypothese einer Überversorgung mit Antidepressiva bei leichten Depressionen nicht bestätigt werden. Allerdings wurden hier ebenfalls nur die Patienten mit leichter Depressionsdiagnose untersucht, die keine psychische Komorbidität aufweisen, um nicht fälschlicherweise eine indizierte Antidepressiva-Behandlung bei anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Alkoholabhängigkeit, Angsterkrankungen) als Fehlbehandlung zu bewerten. Von knapp 21.000 Versicherten, die untersucht wurden, erhielten nur 11 % eine Antidepressiva-Verordnung. Dabei wurde die Antidepressiva-Verordnung nach der Leitlinie mit einer Mindestdosis von neun Monaten (= 273 definierte Tagesdosen) festgelegt. Aufgrund der relativ geringen Zahl und unter Einbezug der Unschärfen kann aus diesen Ergebnissen nicht von einer Überversorgung der als leicht diagnostizierten Depressionen ausgegangen werden. In einer Untersuchung der Barmer GEK-Routinedaten wurden ca. 45 % der Versicherten mit einer leichten depressiven Störung (F32.0 oder F33.0) mittels Antidepressiva behandelt [15]. Im Unterschied zu den vorliegenden Ergebnissen wurden weitere psychische Indikationen allerdings nicht ausgeschlossen. Eine weitere Erklärung für die Differenz von fast 35 % ist darin zu sehen, dass in den vorliegenden Analysen ein zusätzliches Dosiskriterium angewendet wurde: Während in den Analysen der Barmer GEK-Daten alle Antidepressiva-Verordnungen einbezogen wurden, unabhängig von der Dauer der Verordnung, wurden im vorliegenden Faktencheck nur die Verordnungen mit einer ausreichend langen Dauer bzw. Dosierung eingeschlossen.

6.2.4 Behandlung mittelgradiger, schwerer und chronifizierter Depressionen

Patienten mit mittelgradigen, schweren und chronifizierten Depressionen soll laut der Leitlinie eine spezifische Behandlung angeboten werden. Dabei besteht für die mittelgradige Depression die Wahl zwischen einer pharmakologischen Therapie mit Antidepressiva und einer psychotherapeutischen Behandlung, während bei schweren und chronifizierten Erkrankungsverläufen eine Kombinationsbehandlung beider Verfahren empfohlen wird [7]. Zum einen wurde untersucht, wie hoch der Anteil der Versicherten ist, die behandlungsbedürftig sind, aber keine oder keine ausreichende Behandlung erhalten haben. Zusätzlich wurde die besonders stark betroffene Teilgruppe der als schwer und als chronisch depressiv diagnostizierten Versicherten gesondert hinsichtlich einer leitlinienorientierten Behandlung untersucht.

In Tabelle 44 sind die drei Subgruppen und die jeweiligen Anteile der Behandlungsarten noch einmal zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 44: Verteilung der leitlinienorientierten Behandlungsarten (in %) bei den untersuchten Subgruppen der Depressionsdiagnosen, 2011

Die dunkle Markierung hebt die Anteile der nicht leitlinienorientierten Behandlungen bei mittelgradigen, schweren und dysthymen Depressionsdiagnosen hervor, die helle Markierung die Anteile leitlinienorientiert behandelte schwerer und chronischer Depressionsfälle. Anteile in %

Behandlungsart	Subgruppen der Depressionsdiagnosen		
	Mittelgradig, schwer & dysthym	Schwer	Chronisch
Stationäre Behandlung	6	14	3
Kombinationsbehandlung (ausreichend lange)	11	12	9
Ausschließlich Psychotherapie (ausreichend lange)	7	3	6
Ausschließlich Antidepressiva (ausreichend lange)	26	31	28
Ausschließlich Antidepressiva (nicht ausreichend lange)	18	16	17
Psychotherapie / Kombination (nicht ausreichend lange)	9	6	6
Keine Behandlung	23	18	31

Quelle: BKK-Routinedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Es zeigt sich deutlich, dass für alle Gruppen jeweils nur ein **sehr geringer Anteil der Versicherten mit Depressionsdiagnose leitlinienorientiert behandelt** wird. Die **Hälfte aller behandlungsrelevanten Depressionsfälle** erhält **keine oder keine ausreichend lange Behandlung**. Dabei ist der Anteil von 23 % der Versicherten mit behandlungsrelevanter Depressionsdiagnose, die gar keine der untersuchten Behandlungen erhalten, relevant. Auch bei den besonders einschränkenden schweren und chronischen Depressionsfällen ließ sich lediglich ein Anteil von 12 % bzw. 9 % einer leitlinienorientierten Kombinationsbehandlung erkennen. Weitere 14 % bzw. 3 % wurden stationär behandelt und wurden aufgrund der Behandlungsintensität stationärer Behandlungen ebenfalls als leitlinienorientiert eingeordnet. Gerade bei den schweren Störungsbildern sind die Anteile der Versicherten, die **keine Behandlung** erhalten haben, mit **18 % bei schweren** und **31 % bei chronischen** Depressionsfällen alarmierend hoch.

Diese Befunde gehen einher mit den wenigen bisher vorliegenden Ergebnissen zur leitlinienorientierten Behandlung aus Routinedaten: In der Untersuchung der GKV-Routinedaten des IGES wiesen nur zwei Drittel der Versicherten mit einer schweren Depressionsdiagnose eine Antidepressiva-Verordnung auf [15]. Dabei wurden allerdings weder die ausreichende Dosierung noch weitere Behandlungsarten untersucht. In einer Analyse der Daten der KV Bayern zeigte die Bundespsychotherapeutenkammer, dass fast ein Drittel aller als depressiv diagnostizierten Patienten gar nicht behandelt wurden [62]. Gleichzeitig erhielten weniger als 5 % der Versicherten mit einer schweren Depressionsdiagnose eine leitlinienorientierte Kombinationsbehandlung. Die gefundenen Behandlungsquoten liegen noch niedriger als in den Ergebnissen des vorliegenden Faktenchecks. Dies kann ebenfalls durch die im Bericht definierte Dosis einer leitlinienorientierten Behandlung erklärt werden. In den vorliegenden Ergebnissen sind sowohl die Versicherten dargestellt, die gar keine Behandlung erhielten, als auch diejenigen, die eine nicht ausreichend lange Behandlung aufwiesen.

Die Ursachen für die hohen Anteile nicht oder nicht ausreichend lange Behandelte sind vielfältig: Zum einen stützen sich die Analysen zur Behandlung und Leitlinienorientierung auf die administrativen Diagnosekategorien. Die in Abschnitt 6.1.3 diskutierten potenziellen Kodierschwächen können somit die Validität der Ergebnisse zur Behandlungsqualität auch hier substantiell einschränken. Des Weiteren kann die **Behandlungsqualität stark von den verfügbaren Versorgungsstrukturen abhängen**. Ist beispielsweise eine Psychotherapie in Kombination mit der pharmakologischen Behandlung indiziert, gleichzeitig jedoch kein Psychotherapeut in der Region ausreichend zeitnah verfügbar, kann die in der Leitlinie empfohlene Behandlung nicht umgesetzt werden. Die Problematik der regional variierenden psychotherapeutischen Angebotsstruktur wird auch durch die hohen Wartezeiten von durchschnittlich 17 Wochen in diesem Versorgungssektor deutlich [68].

Ein weiteres Merkmal, das jedoch nicht in Routinedaten erfasst wird, ist die **patientenseitige Präferenz** bei der Behandlungswahl. Zur Behandlung depressiver Erkrankungen stehen mehrere Behandlungsoptionen zur Verfügung. Insbesondere bei der großen Gruppe der mittelgradigen Depressionen besteht nach den Therapieempfehlungen aus nationalen und internationalen Leitlinien die Möglichkeit, entweder eine pharmakologische oder eine psychotherapeutische Behandlung einzuleiten. **Eine präferenzsensitive Versorgung geht folglich mit einer gerechtfertigten potenziellen Variation einher**, bei der der individuelle Bedarf des Betroffenen einbezogen wird.

Einschränkend muss angemerkt werden, dass eine stationäre Behandlung hier grundsätzlich als leitlinienorientiert und somit angemessen eingeordnet wurde, weil es sich hierbei um die intensivste Behandlungsform handelt. Unter klinischen Gesichtspunkten ist unstrittig, dass die weitere ambulante Behandlung nach einem Krankenhausaufenthalt maßgeblich für den längerfristigen Behandlungserfolg ist.

Eine weitere Herausforderung stellt die Definition der Mindestdosis bzw. -dauer der Behandlung dar, um sie als angemessen zu bezeichnen. Im vorliegenden Faktencheck wurde erstmals versucht, die Minstdauer bzw. -dosis der Behandlung in ihrer Angemessenheit zu operationalisieren. Im Hinblick auf die Psychotherapie musste diese in mindestens zwei Quartalen abgerechnet sein, um als „ausreichend lang“ bzw. „mit entsprechender Minstdauer“ eingeordnet zu werden. Allerdings dauert eine Kurzzeittherapie mit 25 Behandlungsstunden in der Versorgung meist länger als zwei Quartale, da die tatsächliche Behandlungsfrequenz in der Versorgung bei rund einer Sitzung in 14 Tagen liegt. Somit muss hier eher von einer potenziellen Überschätzung des Anteils der angemessenen langen psychotherapeutischen Behandlung ausgegangen werden. Für die Antidepressiva-Verordnung wurde das Kriterium einer Behandlung von mindestens neun Monaten (273 definierten Tagesdosen) operationalisiert. Hier stellt sich insbesondere die Problematik des Cut-Offs dar, da Versicherte mit 272 und 274 definierten Tagesdosen hier unterschiedlich eingeordnet werden.

6.2.5 Regionale Unterschiede in der leitlinienorientierten Behandlung und Zusammenhang mit den Versorgungsstrukturen

Insbesondere in der Gruppe aller behandlungsrelevanten Depressionsdiagnosen fällt auf, dass **im Süden Deutschlands** (Bayern, Baden-Württemberg) die Raten leitlinienorientierter Behandlungen **tendenziell niedriger** sind als im Rest von Deutschland. Auch in der Untersuchung des IGES zeigten sich große Unterschiede in den Verschreibungsraten von Antidepressiva [15]: Diese variierten regional von unter 30 % (Bayern, Hamburg und Bremen) bis über 55 % (Thüringen) für leichte Depressionen. Auch für die schweren Depressionen unterscheiden sich die Verschreibungsraten regional (>70 % in Westfalen-Lippe, Brandenburg und Thüringen; ca. 60 % in Bremen) [15]. Wie ist es zu verstehen, dass zum einen der Anteil der angemessen behandelten Patienten regional

variiert und zum anderen tendenziell gegenläufig zur regionalen Verteilung der Depressionsprävalenz ist? In den Bundesländern, in denen sich relativ hohe administrative Prävalenzen finden (Bayern, Baden-Württemberg), sind die Anteile an leitlinienorientiert behandelten Versicherten am niedrigsten. Zieht man die diskutierten Erklärungsansätze für regionale Unterschiede in der Diagnosepraxis in Betracht, könnte vermutet werden, dass in den Regionen mit erhöhter administrativer Prävalenz weitere Faktoren außer der tatsächlichen Erkrankungsrate dazu beitragen, dass Depressionen diagnostiziert werden. Gibt es beispielsweise regionale Anreizsysteme, könnte es sein, dass nicht behandlungsbedürftige Depressionsfälle dennoch als solche diagnostiziert werden, dann aber (angemessen) unbehandelt bleiben.

Grundsätzlich muss bei den Ergebnissen zur regionalen Variation der Anteile leitlinienorientiert behandelter Depressionsdiagnosen berücksichtigt werden, dass diese nur einen Trend darstellen. Insbesondere auf der Ebene der Bundesländer sind die Konfidenzintervalle der Raten zum Teil überlappend. Das bedeutet, dass der Vertrauensbereich um einen Wert (z. B. Behandlungsrate) in einem Bundesland nicht eindeutig unterschiedlich von dem Wert eines anderen Bundeslandes ist. Die Analysen liefern Hinweise für die regionale Verteilung der administrativen Diagnosen und abgerechneten Leistungen, sie sollten aber mit entsprechender Vorsicht interpretiert werden.

Wenn der Anteil der leitlinienorientierten Behandlungen regional variiert, kann dies mit den in der Region vorhandenen Versorgungsstrukturen zusammenhängen. Unter der Annahme, dass spezialisierte Professionen, wie etwa Psychiater oder Psychotherapeuten, die Depression besser erkennen und fachspezifischer behandeln, ist ein höherer Anteil leitlinienorientiert behandelter Depressionsfälle mit einer höheren Dichte an spezialisierten Ärzten und/oder Psychologen zu erwarten. Dieser Zusammenhang könnte aber auch durch ein „anbietersensitives“ Verhalten von Hausärzten bedingt sein (siehe auch Abschnitt 6.1.3; Seite 109). Wenn Hausärzte vermehrt dann die Depression diagnostizieren, wenn sie den Patienten auch weitervermitteln können, bildet sich dies auch in einem stärkeren Zusammenhang von Diagnosen und fachspezifischen Versorgungsstrukturen ab. Fehlende oder unzureichende regional vorhandene Behandlungskapazitäten können also auch dazu führen, dass depressive Erkrankungen in diesen Regionen seltener diagnostiziert bzw. kodiert werden.

Die Zusammenhänge zwischen den Behandlungsraten der verschiedenen Subgruppen von Depressionsdiagnosen und der regionalen Dichte der Versorgungsstrukturen sind in Tabelle 45 zusammengefasst.

Tabelle 45: Zusammenhang zwischen der regionalen Versorgungsdichte und der Behandlungsrate, 2011

Regionale Behandlungsrate	Regionale Versorgungsdichte durch			
	Haus- ärzte	Psych. FA	PP	Psych. Betten
Ausreichend lange Antidepressiva-Behandlung (alle DD)	Ø	-	-	Ø
Ausreichend lange psychotherapeutische Behandlung (alle DD)	Ø	+++	+++	Ø
Stationäre Behandlung (alle DD)	-	Ø	Ø	Ø
Leitlinienorientierte Behandlung mittelgradiger und schwerer Depressionen und Dysthymien	-	+	+	Ø
Leitlinienorientierte Behandlung schwerer Depressionen	-	+	++	Ø
Leitlinienorientierte Behandlung chronischer Depressionen	-	++	++	Ø

DD = Depressionsdiagnosen, Psych. FA = Psychiatrische/Psychosomatische Fachärzte, PP = Psychologische Psychotherapeuten, Psych. Betten = Psychiatrische/psychosomatische Krankenhausbetten (ohne Rehabilitation); + = schwacher positiver Zusammenhang; ++ = mittlerer positiver Zusammenhang; +++ = starker positiver Zusammenhang; Ø = kein bedeutender Zusammenhang; - = schwacher negativer Zusammenhang

Quelle: BKK-Routinedaten, DESTATIS [86]; KBV [85]; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014).

Die Rate ausreichend langer Antidepressiva-Verordnungen hängt negativ mit der regionalen Dichte der fachspezifischen Ärzte und Psychotherapeuten zusammen. Das bedeutet, dass in den Kreisen, in denen ein hoher Anteil von ausreichend langer Antidepressiva-Verordnung zu finden ist, weniger Fachärzte und Psychotherapeuten niedergelassen sind. In den Kreisen mit verhältnismäßig wenigen psychiatrischen/psychosomatischen Fachärzten und Psychotherapeuten werden häufiger Antidepressiva in ausreichender Dosierung verschrieben. Das ist nicht überraschend und spricht für eine „**anbietersensitive**“ **Versorgung**. Dort, wo weniger auf psychische Erkrankungen spezialisierte Fachärzte und Psychotherapeuten niedergelassen sind, werden häufiger Antidepressiva in ausreichender Dosierung verschrieben: Die Behandlungsoptionen werden auf machbare Strategien fokussiert.

Ein zweiter prägnanter Befund ist der positive Zusammenhang zwischen der regionalen Dichte der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung und der ausreichend langen psychotherapeutischen Behandlung sowie der leitlinienorientierten Behandlung bei schweren und chronischen Depressionsfällen. **Eine höhere Dichte fachspezifischer Versorgung geht mit einem höheren Anteil leitlinienorientiert behandelter Depressionsfälle einher.** Es wird deutlich, dass die Umsetzung einer leitlinienorientierten Behandlung schwer und chronisch verlaufender Depressionen unter anderem von der Verfügbarkeit der entsprechenden Strukturen abhängt und diese noch nicht in allen Regionen Deutschlands ausreichend vorhanden sind.

Unabhängig von den Ursachen der geringen Anteile und der regionalen Variation der leitlinienorientierten Behandlungen von diagnostizierten Depressionsfällen decken die Ergebnisse ebenso wie die Ergebnisse der regional stark variierenden administrativen Depressionsprävalenzen einen **hohen Handlungsbedarf** auf: Die **Qualität der Diagnosestellung und -kodierung**, insbesondere bei der Stellung von spezifizierten Depressionsdiagnosen, sollte dringend verbessert werden. Eine

Qualitätsverbesserung der Diagnostik, insbesondere hinsichtlich der Erstellung von spezifischen Depressionsdiagnosen, ist eine Voraussetzung für die Empfehlung und Einleitung einer adäquaten Behandlung.

Auch muss kritisch gefragt werden, in welchem Ausmaß die **Empfehlungen der nationalen Leitlinien zur Depressionsdiagnose und -behandlung** in der klinischen Praxis überhaupt **wahrgenommen** werden und ihre **Umsetzung gezielt verfolgt** wird. Ebenfalls sollte geprüft werden, an welchen Kriterien sich Vertragsärzte bei der Diagnosestellung und der Umsetzung der leitlinienorientierten Empfehlungen orientieren und welche potenziellen Hürden sich bei der Anwendung der Leitlinie darstellen. Hierzu eignen sich insbesondere qualitative Studien.

Weitere Untersuchungen sind notwendig, um valide Gründe für die **geringe Übereinstimmung zwischen den Leitlinienempfehlungen und den Abrechnungsdaten** zu bestimmen. Im vorliegenden Faktencheck konnte diese prägnante Diskrepanz erstmalig gezeigt werden. Die Zusammenhänge mit den regional vorhandenen Versorgungsstrukturen liefern erste Hinweise auf potenzielle Ursachen dieser Versorgungsdefizite. Die möglichen Zusammenhänge mit anderen Parametern, sowohl auf individueller Patientenebene (z. B. Patientenpräferenz), auf Behandlerebene (z. B. Gründe für Kodier-, Verschreibungs- und Abrechnungspraxis) als auch auf Systemebene (z. B. Integrierte Versorgungsmodelle) sollten in Zukunft weiter untersucht werden.

Darüber hinaus sollte die Versorgungsqualität letztlich auch im Hinblick auf die **Wirksamkeit der eingesetzten Behandlungsmaßnahmen** untersucht werden. Indikatoren für das Behandlungsergebnis sind allerdings nur sehr begrenzt aus Routinedaten abzuleiten. Das Behandlungsergebnis könnte beispielsweise über **Arbeitsunfähigkeitszeiten** oder **stationäre Wieder-aufnahmen** operationalisiert werden. Dies ginge jedoch mit erheblichen methodischen Einschränkungen einher, da beide Merkmale zugleich Ergebnis- und Inanspruchnahme-Parameter darstellen. Ist ein Patient mit einer mittelgradigen oder schweren Depression lange krankgeschrieben, kann dies einerseits ein Indikator für die Erkrankungsschwere und eine sinnvolle Maßnahme zur Behandlung der Erkrankung sein. Gleichzeitig gilt die Arbeitsunfähigkeit insbesondere auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive als Outcome-Maß von eingeleiteten Behandlungsmaßnahmen. Demnach wäre die Krankschreibung bei diesem Patienten zugleich ein Hinweis auf ein möglicherweise ungünstiges Behandlungsergebnis.

Kausale Zusammenhänge zwischen Diagnose, Behandlung und Behandlungsergebnis können aus administrativen Daten nicht bestätigt werden. Schließlich können belastbare Aussagen zur Effektivität und Kosteneffektivität einer optimierten Versorgung nur durch die Hinzunahme klinischer Ergebnisparameter auf der Basis randomisiert-kontrollierter Studiendesigns getroffen werden.

7 Verbesserungsansätze und Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen des Faktenchecks Depression und der wissenschaftlichen Literatur lassen sich relevante und notwendige Verbesserungsansätze für die Versorgung von Patienten mit depressiven Erkrankungen ableiten, die auf den verschiedenen Ebenen des Versorgungsgeschehens ansetzen. In den folgenden Abschnitten werden Verbesserungsansätze und zielgruppenorientierte Empfehlungen formuliert, die sich an die Betroffenen, die Behandler, an Forschungsinstitutionen und Förderer sowie an die Entscheidungsträger im Versorgungssystem wenden.

7.1 Betroffene und Angehörige

Psychische Erkrankungen sind immer noch stigmatisiert in der Gesellschaft [104, 114, 115]. Die Scham, über psychische Probleme zu sprechen und diese als Erkrankung anzuerkennen, stellt auch heute noch eine relevante Barriere auf dem Weg in eine adäquate Versorgung dar. Patienten mit depressiven Erkrankungen berichten, dass sie ihre Beschwerden zu Beginn des Auftretens häufig nicht ernst genommen haben, sich für diese geschämt oder sie heruntergespielt haben [116]. Dieser Umgang mit psychischen Beschwerden verhindert häufig auch das Ansprechen der Symptome bei den professionellen Behandlern, was die Diagnostik depressiver Erkrankungen erschweren kann. Selbst bei erfolgter Diagnosestellung kann die Stigmatisierung der Erkrankung noch zur Bagatellisierung durch die Betroffenen führen, was ebenfalls eine späte Behandlungseinleitung zur Folge haben kann [104, 116]. Eine **verstärkte Aufklärung und Entstigmatisierung** psychischer Erkrankungen kann hier positiv wirken [117, 118]. Betroffene ebenso wie Angehörige müssen ausreichend darüber informiert werden, welche Symptome zu einer depressiven Erkrankung gehören, welche evidenzbasierten Behandlungsmöglichkeiten und Heilungschancen es gibt und welche Behandler und Versorgungsstrukturen zur Verfügung stehen. Eine verbesserte Information und Aufklärung über depressive Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten kann eine **Stärkung der Patientenbeteiligung** bei der Entscheidung über eine individuell angemessene und leitlinienorientierte evidenzbasierte Behandlung fördern [119, 120]. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung trägt zu höherem Wissen und realistischeren Erwartungen über den Erkrankungsverlauf und zu höherer Patientenzufriedenheit bei. Bei der **Partizipativen Entscheidungsfindung** wird ein gleichberechtigtes Zusammenarbeiten von Behandler und Patient angestrebt, bei der der Patient als gleichberechtigter Partner zwischen Behandlungsalternativen abwägt und in den Entscheidungsprozess aktiv mit eingebunden wird. Für den Entscheidungsprozess können **Entscheidungshilfen** (sog. *Decision Aids*) genutzt werden, in denen die Behandlungsoptionen mit den jeweiligen Vor- und Nachteilen bzw. Nebenwirkungen zusammengefasst sind. Die Entscheidungshilfen für die Depressionsbehandlung liegen mittlerweile in mehreren Sprachen vor und sind über verschiedene Internetseiten erhältlich (www.depression-leitlinien.de, www.psychenet.de, www.patient-als-partner.de) [121-123]. Zusammenfassend können eine verbesserte Aufklärung, spezifische Patienteninformationen und Entscheidungshilfen Patienten und potenziell Betroffene darin unterstützen, eine depressive Erkrankung zu erkennen, darüber zu sprechen, den Weg in eine für sie adäquate Versorgung zu finden und schließlich gemeinsam über eine angemessene Behandlung zu entscheiden [117, 118].

7.2 Behandler

Der vorliegende Faktencheck konnte markante Qualitätsmängel in der aktuellen Praxis der Diagnosekodierung zeigen, die sich vor allem im hohen Anteil nicht spezifizierter Depressionsdiagnosen manifestieren. Einen weiteren Hinweis auf potenzielle Kodiermängel stellt der unerwartet hohe Anteil an chronisch verlaufenden Depressionsdiagnosen dar. Die Vermutung liegt nahe, dass zumindest ein Teil der Diagnosen im Zeitverlauf nicht ausreichend überprüft wird, sondern schlicht fortgeschrieben wird. Daher besteht ein hoher Handlungsbedarf in der **Qualitäts-verbesserung der Diagnosestellung und -kodierung**, insbesondere bei der Erstellung von spezifizierten Depressionsdiagnosen, die notwendig sind, um die Patienten evidenzbasierten Behandlungsmaßnahmen zuführen zu können. Die Tatsache, dass auch die nicht spezifizierten Diagnosen im mehreren Quartalen hintereinander gestellt werden, verdeutlicht das Defizit, sowohl im Sinne einer möglichen Überdiagnostik als auch einer zu unspezifischen Diagnostik.

Aber auch hinsichtlich der Behandlung zeigt sich, dass ein großer Anteil der Versicherten keine leitlinienorientierte Behandlung erhält. Bislang lagen keine Erkenntnisse darüber vor, in welchem Ausmaß die Nationale Versorgungsleitlinie Depression Anwendung findet. Die Ergebnisse des Faktenchecks liefern relevante Ergebnisse, die auch hier auf einen hohen Handlungs- und Verbesserungsbedarf hindeuten. Es muss dringend geklärt werden, welche Barrieren bei der Implementierung der Leitlinie bestehen, um zum **Abbau der Hürden bei der Leitlinienimplementierung beitragen** zu können. Die **Weiterqualifizierung der Behandler** und die **Verbesserung der Grundausbildung der angehenden Ärzte** können dabei geeignete Maßnahmen zum Abbau dieser Qualitätsmängel in Diagnose und Behandlung darstellen. So kann beispielsweise die Weiterqualifizierung von Hausärzten durch (interdisziplinäre) Qualitätszirkel und durch spezifische Fortbildungsangebote sowie eine Anregung einer stärkeren Netzworkebildung zwischen primären und sekundären Behandlern Qualitätsverbesserungen initiieren [121, 124-127].

7.3 Forschungsinstitutionen und Förderer

Die vorliegenden Analysen zeigen relevante Qualitätsprobleme in der Versorgung depressiv erkrankter Patienten auf. Gleichzeitig wird auch deutlich, dass die Versorgungsrealität und vor allem die Ursachen für die vorliegenden Defizite nur begrenzt anhand von Routinedaten der Krankenkassen untersucht werden können. Eine **verstärkte Förderung der Versorgungsforschung** und die **Weiterentwicklung innovativer Methoden zur Analyse des Versorgungsgeschehens** sollen dazu beitragen, die Komplexität der Versorgung und der Defizite wie Über-, Unter- und Fehlversorgung besser zu verstehen und Implikationen zur Optimierung ableiten zu können.

Die Untersuchung von Routinedaten stellt einen wichtigen Ansatzpunkt dar, um kleinräumige regionale Unterschiede aufzuzeigen, geht jedoch mit einigen methodischen Herausforderungen einher [81]: **Zur Untersuchung regionaler Unterschiede sollten nach Möglichkeit verschiedene Perspektiven berücksichtigt werden.** Dies ist bei einigen Merkmalen, wie der Spezifizierung der Erkrankung oder der Verteilung der Risikofaktoren, mit administrativen Daten besser umsetzbar als beispielsweise die Erfassung der patientenseitigen Krankheitseinstellung oder der Behandlungspräferenz. Allerdings bestehen auch hier Herausforderungen: Zur Prävalenzschätzung wäre, zusätzlich zur Erfassung der administrativen Diagnosen, die Validierung dieser Daten, z. B. mittels standardisierter diagnostischer Interviews, sinnvoll, was für kleinräumige Analysen aus ökonomischen und pragmatischen Gründen aber nicht einfach umsetzbar ist. Im Rahmen von Versorgungsstudien wäre dies aber sicher ein sinnvoller Ansatz, die Validität exemplarisch zu prüfen.

Sozioökonomische Merkmale sollten idealerweise auf individueller Ebene in die Analysen einbezogen werden. Da in den administrativen Daten meist nur wenige Merkmale auf individueller Ebene vorliegen (z. B. Alter, Geschlecht, Morbidität), können weitere Merkmale lediglich in aggregierter Form als ökologische Schätzer berücksichtigt werden (z. B. zu Familienstand, zu Partnerschaft und sozioökonomischem Status).

Zur Entscheidung über die zu untersuchende regionale Analyseeinheit wird aus pragmatischen Gründen meist auf eine politisch-administrative Einteilung zurückgegriffen (Kreismunicipalitätschlüssel, Bundesland), da in den Daten der GKVn häufig nur diese regionale Zuordnung enthalten ist. Eine Einteilung nach dem **Einzugsgebiet medizinischer Versorgungssektoren unter Berücksichtigung des Spezialisierungsgrads der betrachteten Versorgungsebene** (z. B. primärärztliche und fachärztliche Versorgung) würde die Versorgungsrealität in ihrer Komplexität noch besser abbilden. Bei der Untersuchung der Ursachen regionaler Variationen müssen die an der Versorgung beteiligten Akteure sowohl mit Blick auf die Dichte der Versorgungsstrukturen als auch auf die Versorgungsqualität einbezogen werden, um mögliche Zusammenhänge zwischen Versorgungsstrukturen und der Diagnostik, Verordnung und Inanspruchnahme von Behandlungen aufzudecken. Letztlich sollte auch die Angemessenheit der Behandlung erfasst werden, um Aussagen zur Versorgungsqualität treffen zu können. Diese Untersuchungen des Versorgungsgeschehens sollten mit unterschiedlichen Methoden erfolgen, d. h. mit qualitativ-explorativen Methoden, mit quantitativen Primärdatenerhebungen und mit der Analyse von Sekundärdaten (= Routinedaten), um der Komplexität des Gegenstandes gerecht zu werden.

7.4 Fachverbände und politische Entscheidungsträger

Die Untersuchung regionaler Prävalenz- und Behandlungsunterschiede zielt auch darauf ab, Versorgungsstrukturen wie die **Behandler- und die Krankenhausdichte regional so zu planen** und zu steuern, dass die **medizinische Versorgung effektiv und bedarfsgerecht erfolgen kann**. Die Psychotherapeuten-Dichte beispielsweise unterliegt regionalen Schwankungen, die auf eine Bedarfsplanung, basierend auf dem Ist-Zustand der psychotherapeutischen Versorgung im Jahr 1999, zurückzuführen sind [105]. Eine vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelte und zum 1. Januar 2013 in Kraft getretene **Bedarfsplanungs-Reform** soll anhand von allgemeinen Verhältniszahlen, die nach Kriterien der räumlichen Ordnung im Planungsbereich sowie nach den vorhandenen Versorgungsstrukturen unter Hinzunahme eines Demografiefaktors (Anteil an Einwohnern mit einem Lebensalter über 65 Jahren) errechnet werden, eine gleichmäßige und bedarfsgerechtere

ambulante medizinische Versorgung ermöglichen. Dabei wird der Bedarf an verschiedenen Arztgruppen auf unterschiedlichen regionalen Ebenen ermittelt: Für die hausärztliche Versorgung wird der sog. Mittelbereich, der unterhalb der regionalen Kreisebene liegt, herangezogen, für die allgemeine fachärztliche Versorgung die regionale Kreisebene, für die spezialisierte fachärztliche Versorgung die Ebene der 96 Raumordnungsregionen und für gesonderte spezialisierte Versorgung die 17 KV-Bezirke [88]. Die Umsetzung und die Konsequenzen der Reform werden kontrovers diskutiert [128]. Belastbare Forschungsergebnisse zu regionalen Versorgungsunterschieden können dazu beitragen, die **Bedarfsplanung** so zu gestalten, dass **flächendeckende Versorgungsstrukturen** und eine **bedarfsgerechte Verteilung der Ressourcen** besser gewährleistet werden.

Die politischen Akteure und die Krankenkassen können aktiv mit der Förderung innovativer Projekte einen substanziellen Beitrag zur Entwicklung neuer Versorgungsformen leisten, der im neuen Koalitionsvertrag von 2013 durch den sog. Innovationsfond der Bundesregierung abgedeckt wird. Im

Rahmen eines jährlichen Ausschreibungsverfahrens in Regie des Gemeinsamen Bundesausschusses sollen hier kassenfinanzierte Projekte „zur Förderung innovativer Sektorenübergreifender Versorgungsformen“ und die begleitende Versorgungsforschung substanziell finanziert werden. Darüber hinaus wird in diesem Zusammenhang über die Auflage eines „Disease Management Programms Depression“ diskutiert.

Schließlich sollten die relevanten Fachverbände der Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten, die Kassenärztlichen Vereinigungen, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern etc. miteinander darauf einwirken, dass die bereits 2006 formulierten Maßnahmen zum nationalen Gesundheitsziel „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ [129] stärker in die Routine umgesetzt werden und auch einer möglichen Evaluation ihres Wirkgrades unterzogen werden. Hier besteht weiterhin Nachholbedarf.

8 Beispiele guter Praxis

Integrierte und gestufte Versorgungsmodelle – Internationale Evidenz und Entwicklungen in Deutschland

Um die Behandlung depressiv Erkrankter bedarfsgerecht zu organisieren, sind Versorgungsformen mit höherer Durchlässigkeit und integrierter Zusammenführung der Leistungen verschiedener Bereiche notwendig [127]. So werden in der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression unter anderem Empfehlungen zur abgestuften und vernetzten Versorgung zwischen haus-, fachärztlicher und psychotherapeutischer sowie ambulanter und stationärer Versorgung formuliert [7]. Modelle der Integrierten Versorgung (IV) stellen eine „sektorenübergreifende“ Versorgung unter Einbeziehung möglichst aller ambulanten und stationären Leistungserbringer, die zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, dar. Die beteiligten Leistungserbringer werden zu einem Netz zusammengeschlossen und schließen innerhalb des Netzes einen Vertrag mit einer Krankenkasse ab. Dieser IV-Vertrag stellt die Versorgung aller (freiwillig beigetretenen) Patienten dieser Krankenkasse hinsichtlich eines bestimmten Versorgungsspektrums in einer definierten Region sicher. Ziel der Integrierten Versorgung ist, die Qualität der Patientenversorgung zu verbessern und gleichzeitig die Gesundheitskosten zu senken.

Untersuchungen von Versorgungsmodellen, die die Vernetzung und Kommunikation der verschiedenen Behandlungssektoren stärken, weisen auf eine erhöhte Effektivität der Behandlung hin. In einer randomisiert-kontrollierten Studie, in der zur Behandlung depressiver Erkrankungen die Intensität der fachpsychiatrischen Arztkontakte, kombiniert mit Psychoedukationselementen, erhöht wurde, zeigte sich eine deutliche Verbesserung des kurz- und langfristigen Behandlungsergebnisses (Erhöhung der Medikamenten-Compliance und Reduktion der depressiven Symptomatik) im Vergleich zur Regelversorgung [130]. So zeigen auch zwei aktuelle Meta-Analysen aus dem angloamerikanischen Raum die Wirksamkeit koordinierter interdisziplinärer Versorgungsnetze (Collaborative Care) zur Behandlung von Depressionen auf verschiedenen Outcomes mit kleiner bis mittlerer Effektstärke [131, 132]. Thota et al. [131] analysieren in ihrer Arbeit die Ergebnisse von 32 randomisiert-kontrollierten Studien. Einen wichtigen Bestandteil der untersuchten Versorgungsmodelle stellt neben dem Einsatz von Case Managern die verstärkte Kommunikation und Vernetzung zwischen dem primär- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Bereich dar. Hierbei stehen die frühzeitige Erkennung depressiver Syndrome, die Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung sowie der fortlaufende Austausch zwischen Hausarzt, Facharzt, Psychotherapeut und Patient im Vordergrund. Insgesamt zeigen sich für die vernetzte Versorgung klinisch relevante Verbesserungen bezüglich der Depressionssymptomatik und in einer Reihe weiterer Outcomes, z. B. der gesundheitsbezogenen Lebensqualität [131]. Für die Reduktion der depressiven Symptomatik konnten mittlere Effektstärken nachgewiesen werden [132, 133]. Gensichen et al. [124] untersuchten in einer cluster-randomisierten Studie schließlich den Nutzen von Praxisassistenten in Hausarztpraxen, die ein telefonisches Case Management zur Erhebung der Depressionssymptomatik und Unterstützung bei der Pharmakotherapie von depressiv Erkrankten durchführten: Durch die Intervention konnte die depressive Symptomatik im Vergleich zur Kontrollgruppe gesenkt werden [124].

In verschiedenen gesundheitsökonomischen Studien aus der internationalen Literatur konnte zudem gezeigt werden, dass die Kosten für psychische Erkrankungen durch die Einführung optimierter (hausärztlicher) Versorgungsprogramme reduziert werden können bzw. sich bei deutlich verbesserter Versorgungsqualität nur geringfügig erhöhen. Während durch solche Programme in

der Regel die Kosten der krankheitsspezifischen ambulanten Versorgung erhöht werden, treten Einsparungen insbesondere bei der stationären Versorgung ein [3, 134]. Für Patienten mit Depression berichten Katon et al. [135], dass erhöhte Kosten nur im ersten Jahr nach Beginn der Versorgung im optimierten Versorgungsprogramm anfallen, während sich bereits im zweiten Jahr Kosteneinsparungen einstellen. Hinsichtlich indirekter Kosten (Produktivitätsausfälle) berichten Schoenbaum et al. [136] einen durchschnittlichen Rückgang der Arbeitsunfähigkeit um 18 bis 21 Tage pro Jahr. In einer Übersichtsarbeit zur Kosteneffektivität entsprechender Programme berichten van Steenberg-Weijnenburg et al. [137] günstige Kosten-Effektivitäts-Relationen von 21 bis 35 US-Dollar pro depressionsfreiem Tag bzw. 21.478 bis 49.500 US-Dollar pro qualitätsadjustiertem Lebensjahr.

Insgesamt zeigt die internationale und zum Teil auch nationale Evidenz, dass die Behandlung depressiver Patienten in innovativen Versorgungsnetzen auf mehreren Ebenen zu positiven Ergebnissen führt: So sind neben einem langfristig verbesserten Behandlungsergebnis auch aus gesundheitsökonomischer Perspektive günstige Effekte zu erwarten. Neue Versorgungsmodelle können sich langfristig allerdings nur dann durchsetzen, wenn sie einen Mehrwert im Vergleich zur Regelversorgung nachweisen können. Dieser Mehrwert kann und muss auf mehreren Ebenen gemessen werden, um den verschiedenen Perspektiven der Akteure und der Vielfalt der Outcomes der Versorgungsnetzevaluation gerecht zu werden [138].

Innovative Integrierte Versorgungsprojekte im Bereich psychischer Störungen bestimmten in den letzten Jahren auch die deutsche Versorgungslandschaft. Seit Einführung des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) am 1. Januar 2004 wurden ca. 60 Projekte zur Integrierten Versorgung realisiert. Eine Liste aller IV-Projekte ist unter www.integrierte-versorgung.psychenet.de und unter www.dgppn.de zu finden. Insgesamt liegen allerdings bislang viel zu wenige bis keine Studien vor, die eine Evaluation regionaler deutscher Versorgungsnetze vorgenommen haben [139, 140], sodass noch keine Aussagen zur Effektivität dieser Versorgungsmodelle getroffen werden können.

Hausarztzentrierte Versorgung und Facharztverträge

Zur Optimierung der Versorgung insbesondere chronisch kranker Menschen wurden in Deutschland in einigen Regionen Modelle der Hausarztzentrierten Versorgung und sog. Facharztverträge entwickelt und implementiert. Die Hausarztzentrierte Versorgung zielt auf die Stärkung der Rolle des Hausarztes bei der Koordination der Behandlungspfade insbesondere bei chronisch kranken Menschen ab (siehe 6.1.3, Seite 109). Dadurch soll eine verbesserte Steuerung und Vernetzung zwischen den verschiedenen Versorgungssektoren und schließlich eine kosteneffektivere Versorgung erzielt werden [108]. Für die Hausärzte geht die Teilnahme an der Hausarztzentrierten Versorgung mit regelmäßigen Qualitätszirkeln und Fortbildungen (u. a. zu Implementierungsstrategien von Behandlungsleitlinien) sowie einem veränderten und generell besseren Vergütungssystem einher [109]. Erste Evaluationen der HzV in Baden-Württemberg deuten darauf hin, dass mit der Implementierung dieses Modells Veränderungen in die erwünschte Richtung (z. B. Erhöhung der Kontakte bei Hausärzten, Verringerung der Kontakte bei Fachärzten und leitliniengerechtere pharmakotherapeutische Behandlung) einhergehen [109, 141, 142], wobei vorhandene methodische Einschränkungen bei der Evaluation solcher Modelle berücksichtigt werden müssen.

Ein speziell auf psychische Erkrankungen abgestimmtes Versorgungsnetz stellt die Einführung des Facharztvertrags nach § 73c SGB V zur besseren Versorgung in den Bereichen Psychiatrie, Neurologie und Psychotherapie der AOK Baden-Württemberg dar [143], das seit 2013 flächendeckend in Baden-Württemberg implementiert wird. Im Mittelpunkt des Versorgungsnetzes

steht eine von Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten gemeinsam koordinierte, leitlinien-gerechte Behandlung. Explizite Zielsetzungen des Versorgungsnetzes sind die Optimierung der Behandlung durch eine Verringerung der Symptombelastung, die Verbesserung der Lebensqualität und sozialen Funktionsfähigkeit der Patienten, die Reduktion der Anzahl stationärer Aufenthalte, Senkung der Arbeitsunfähigkeitszeiten und die Reduktion von Fehlbehandlungen durch den leitliniengerechten Einsatz von Psycho- und Pharmakotherapie. Diese qualitative und ökonomische Versorgungsoptimierung soll über die verstärkte Leitlinienorientierung und Schnittstellenoptimierung erreicht werden. Wesentliche Grundlage hierfür ist die verbesserte Kommunikation zwischen den Behandlern (Fachärzten, Hausärzten, Psychotherapeuten, Case Management), eine frühzeitigere Diagnostik und Einleitung einer adäquaten leitlinienorientierten Behandlung, die Verkürzung von Wartezeiten bei Fachärzten und Psychotherapeuten, ein erweitertes Spektrum an abrechenbaren Therapieverfahren (u. a. systemische Psychotherapie, Hypnotherapie, interpersonelle Psychotherapie) und die Reduktion von Fehlbehandlungen durch die leitliniengerechte Zuweisung zu einer Psycho- und/oder Pharmakotherapie [143]. Die Evaluation dieses innovativen Facharztvertrags steht bislang allerdings aus.

Psychenet – Hamburger Netz psychische Gesundheit: Gesundheitsnetz Depression

Eine innovatives und bislang in Deutschland einzigartiges Modell zur verbesserten Versorgung psychisch kranker Menschen stellt das Projekt „psychnet – Hamburger Netz psychische Gesundheit“ (www.psychnet.de) mit seinen insgesamt elf Teilprojekten dar [144]. Das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Projekt wird seit 2011 mit mehr als 80 beteiligten Partnern aus wissenschaftlichen Institutionen, Unternehmen, Leistungsträgern und politischen Entscheidungsträgern durchgeführt. Dabei werden die fünf Aktionsfelder (1) Aufklärung und Bildung, (2) Prävention, (3) Diagnostik, Indikationsstellung und Therapie, (4) Stärkung der Betroffenen und Angehörigen und (5) Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen fokussiert.

Im Teilprojekt „**Gesundheitsnetz Depression**“ sollen innerhalb eines BehandlerNetzwerks, bestehend aus Hausärzten, Psychiatern, Psychotherapeuten und stationären Einrichtungen, Patienten mit depressiven Erkrankungen **frühzeitig erkannt** und in eine **fachgerechte leitlinienorientierte Behandlung** weitergeleitet werden. Patienten mit leichter, mittelgradiger oder schwerer Depression werden durch eine optimierte Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung nach einem **gestuften Vorgehen (Stepped Care)** entsprechend den Leitlinienempfehlungen behandelt: Nach der Diagnosestellung wird der Patient entsprechend der Schwere der Erkrankung sowie den individuellen Ressourcen und Behandlungspräferenzen behandelt. Das bedeutet, dass die Behandlung nicht unbedingt auf der ersten Behandlungsstufe startet, wie in anderen Stepped-Care-Modellen, sondern der Patient wird der für ihn adäquaten Stufe zugeordnet und beginnt auf dieser Stufe die Behandlung. Innovative Behandlungselemente wie Bibliotherapie, e-Health und Psychotherapie via Telefon werden zusätzlich in diesem Modell im Hinblick auf Inanspruchnahme, Akzeptanz und Zufriedenheit untersucht. Der zuständige Behandler führt regelmäßige Monitoringtermine durch, um zeitnah zu erkennen, ob der Patient auf der entsprechenden Behandlungsstufe des Stepped-Care-Modells adäquat behandelt wird. Ist das nicht mehr der Fall, kann der Patient, je nach aktueller Erkrankungssituation und seinen Bedürfnissen entsprechend, nach den Vorgaben der nächsthöheren oder -niedrigeren Stufe behandelt werden. Dieses Vorgehen verbindet eine weitgehend auf den Patienten zugeschnittene „individuelle“ Medizin mit dem Vorgehen nach den evidenzbasierten Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression. Die gestufte Behandlung beinhaltet insgesamt sechs Behandlungsoptionen von unterschiedlicher Intensität. Die begleitende Evaluationsstudie überprüft, ob die Einführung des Modells im Sinne einer leitlinienorientierten integrierten Behandlung und unter Einbeziehung von niedrigschwelligen e-Health-

Elementen (z. B. computergestützten Therapieanteilen) die Behandlungswege optimiert und die Versorgung verbessert und effizienter gestaltet. Hierzu wird eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie als prospektive Mehrzeitpunktbefragung einer konsekutiven Stichprobe von depressiven Patienten aus den teilnehmenden vertragsärztlichen Praxen und weiteren klinischen Einrichtungen durchgeführt. Ergebnisse der Studie werden 2015 veröffentlicht [145].

9 Literatur

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R, et al. (2013) Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380:2197-2223.
2. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, et al. (2013) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380:2163-2196.
3. von Korff M, Katon W, Bush T, et al. (1998) Treatment costs, cost offset, and cost effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosom Med* 60:143-149.
4. World Health Organization (2001) The World health report 2001 Mental health: new understanding, new hope. In: World Health Organization, Geneva.
5. Luppá M, Heinrich S, Angermeyer MC, König HH, Riedel-Heller SG (2007) Cost-of-illness studies of depression. A systematic review. *J Affect Disord* 98:29-43.
6. Kessler RC, Birnbaum H, Bromet E, Hwang I, Sampson N, Shahly V (2010) Age differences in major depression: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Psychol Med* 40:225-237.
7. DGPPN, BÄK, KBV, et al. (2009) S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. DGPPN, ÄZQ, AWMF, 1. Auflage. Berlin, Düsseldorf.
8. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF (2006) Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry* 163:2141-2147.
9. Kessler RC, Berglund P, Demler O, et al. (2003) The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 289:3095-3105.
10. Richter D, Berger K, Reker T (2008) Are mental disorders on the increase? A systematic review. *Psychiatr Prax* 35:321-330.
11. Meertens V, Scheepers P, Tax B (2003) Depressive symptoms in the Netherlands 1975-1996: a theoretical framework and an empirical analysis of socio-demographic characteristics, gender differences and changes over time. *Sociol Health Illn* 25:208-231.
12. Busch MA, Maske UE, Ryl L, Schlack R, Hapke U (2013) Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 56:733-739.
13. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 85:77-87.
14. Wittchen H-U, Jacobi F (2012) DEGS-Symposium (14.06.2012): DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland?
http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile.
15. IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (2012) Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen – Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. In: IGES Institut GmbH, Berlin.
16. Goldney RD, Eckert KA, Hawthorne G, Taylor AW (2010) Changes in the prevalence of major depression in an Australian community sample between 1998 and 2008. *Aust N Z J Psychiatry* 44:901-910.
17. World Health Organization (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. WHO.
18. APA – American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition – DSM-5. American Psychiatric Association, Washington, DC.
19. Mikoteit T, Hatzinger M (2009) Chronische Depression. Klassifikation und Behandlungsstrategien. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie* 57:245-251.

20. Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ, et al. (2005) Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta Psychiatr Scand* 112:425-433.
21. McCullough JP, Jr., Klein DN, Borian FE, et al. (2003) Group Comparisons of DSM-IV Subtypes of Chronic Depression: Validity of the Distinctions, Part 2. *J Abnorm Psychol* 112:614-622.
22. DIMDI – Deutsches Institut für Medizinischen Dokumentation und Information (2013) ICD-10-GM – Version 2014 – Systematisches Verzeichnis. Deutsches Institut für Medizinischen Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG).
23. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (2005) Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) – Klinisch-diagnostische Leitlinien (5., durchges. u. erg. Aufl.). Verlag Hans Huber, Bern.
24. Kurth B-M (2009) Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: DEGS – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland. Robert Koch-Institut, Berlin.
25. Erhart M, von Stillfried D (2012) Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung.
26. Berger M, van Calker D, Brakemeier E-L, Schramm E (2012) Affektive Störungen. In: Berger M (Hrsg) *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. Elsevier GmbH, München.
27. Wittchen H-U, Jacobi F, Klose M, Ryl L (2010) Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
28. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, et al. (in press) 12-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*.
29. de Jong-Meyer R, Hautzinger M, Kühner C, Schramm E (2007) Evidenzbasierte Leitlinien zur Psychotherapie Affektiver Störungen. Hogrefe, Göttingen.
30. Jacobi F, Wittchen H-U, Hoeltig C, et al. (2004) Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 34:597-611.
31. Lampert T, Schneider S, Klose M (2005) Schichtspezifische Unterschiede im Vorkommen psychischer Störungen. *Forum Public Health* 13:7-8.
32. Gilman SE, Kawachi I, Fitzmaurice GM, Buka SL (2003) Socio-economic status, family disruption and residential stability in childhood: Relation to onset, recurrence and remission of major depression. *Psychol Med* 33:1341-1355.
33. Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, et al. (2003) The epidemiology of major depressive episodes: Results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 12:3-21.
34. Whooley MA, De Jonge P, Vittinghoff E, et al. (2008) Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 300:2379-2388.
35. Rotella F, Mannucci E (2013) Diabetes mellitus as a risk factor for depression. A meta-analysis of longitudinal studies. *Diabetes Res Clin Pract* 99:98-104.
36. van Dooren FEP, Nefs G, Schram MT, Verhey FRJ, Denollet J, Pouwer F (2013) Depression and Risk of Mortality in People with Diabetes Mellitus: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS ONE* 8.
37. Nicholson A, Kuper H, Hemingway H (2006) Depression as an aetiological and prognostic factor in coronary heart disease: a meta-analysis of 6362 events among 146 538 participants in 54 observational studies. *Eur Heart J* 27:2763-2774.
38. Härter M, Baumeister H, Bengel J (Hrsg) (2007) *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Mental disorders in patients with physical disorders*. Springer, Berlin.
39. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C (2004) Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis. *Psychosom Med* 66:802-813.

40. Baumeister H, Balke K, Härter M (2005) Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. *J Clin Epidemiol* 58:1090-1100.
41. Pieper L, Schulz H, Klotsche J, Eichler T, Wittchen H-U (2008) Depression als komorbide Störung in der primärärztlichen Versorgung. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 51:411-421.
42. Bertolote JM, Fleischmann A, de Leo D, Wasserman D (2003) Suicide and mental disorders: Do we know enough? *The British Journal of Psychiatry* 183:382-383.
43. Nock MK, Hwang I, Sampson N, et al. (2009) Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLoS Med* 6.
44. Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Cha CB, Kessler RC, Lee S (2008) Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 30:133-154.
45. Kocalevent RD, Hegerl U (2010) Depression und Suizidalität. *Public Health Forum* 18:13.e11-13.e13.
46. RKI – Robert Koch-Institut (2006) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin.
47. Statistisches Bundesamt (2013) Sterbefälle. In: www.gbe-bund.de (Stand: 20.11.2013).
48. Carta MG, Kovess V, Hardoy MC, et al. (2004) Psychosocial wellbeing and psychiatric care in the European Communities: analysis of macro indicators. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39:883-892.
49. Organisation for Economic Cooperation and Development (2013) Health at a Glance 2013: OECD Indicators. OECD Publishing http://dxdoiorg/101787/health_glance-2013-en.
50. Organisation for Economic Cooperation and Development (2012) Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing <http://dxdoiorg/101787/9789264183896-enOECD>.
51. Gusmao R, Quintao S, McDaid D, et al. (2013) Antidepressant Utilization and Suicide in Europe: An Ecological Multi-National Study. *PLoS ONE* 8.
52. Jacobi F, Klose F, Wittchen H-U (2004) Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz* 47:736-744.
53. Statistisches Bundesamt (2013) Krankheitskosten. In: www.gbe-bund.de (Stand: 20.11.2013).
54. Friemel S, Bernert S, Angermeyer MC, König HH (2005) Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland: Ergebnisse aus dem European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Projekt. *Psychiatr Prax* 32:113-121.
55. Salize HJ, Stamm K, Schubert M, et al. (2004) Behandlungskosten von Patienten mit Depressionsdiagnose in Haus- und Fachärztlicher Versorgung in Deutschland. *Psychiatr Prax* 31:147-156.
56. Stamm K, Reinhard I, Salize HJ (2010) Kosten und Kostenverläufe von Versicherten mit Depressionsdiagnose und ohne psychische Störung im Vergleich – eine Sekundäranalyse von Routinedaten einer Betriebskrankenkasse. *Neuropsychiatrie: Klinik, Diagnostik, Therapie und Rehabilitation: Organ der Gesellschaft Österreichischer Nervenärzte und Psychiater* 24:99-107.
57. Stamm K, Salize HJ, Härter M, et al. (2007) Ressourcenverbrauch stationärer Episoden bei depressiven Störungen. Eine Analyse aus Sicht der Krankenkassen. *Nervenarzt* 78:665-671.
58. Kleine-Budde K, Müller R, Kawohl W, Bramesfeld A, Moock J, Rössler W (2013) The cost of depression – A cost analysis from a large database. *J Affect Disord* 147:137-143.
59. Statistisches Bundesamt (2013) Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre. In: www.gbe-bund.de (Stand: 20.11.2013).
60. Statistisches Bundesamt (2013) Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung. In: www.gbe-bund.de (Stand: 20.11.2013).
61. PatientenLeitlinie zur Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Version 1 (2011) In, <http://www.versorgungsleitlinien.de/patienten/pdf/nvl-depression-patienten.pdf>.
62. Bundespsychotherapeutenkammer (2010) Depression – Leitlinie für eine bessere Versorgung. In: *BPtK Spezial*. BPtK, Berlin.

63. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U (2008) Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Heft 41: Psychotherapeutische Versorgung. Robert Koch-Institut, Berlin.
64. Wittchen H-U, Jacobi F (2001) Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 44:993-1000.
65. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B (2004) The treatment gap in mental health care. Bull World Health Organ 82:858-866.
66. Härter M, Baumeister H, Reuter K, Wunsch A, Bengel J (2002) Epidemiologie komorbider psychischer Störungen bei Rehabilitanden mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen. Die Rehabilitation 41:367-374.
67. Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen H-U (2002) Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. Nervenarzt 73:651-658.
68. Bundespsychotherapeutenkammer (2011) BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK.
69. Hudson CG (2009) Validation of a model for estimating state and local prevalence of serious mental illness. Int J Method Psych 18:251-264
70. Hudson CG, Soskolne V (2012) Disparities in the geography of serious mental illness in Israel. Health Place 18:898-910.
71. Strine TW, Dhingra SS, Kroenke K, et al. (2009) Metropolitan and micropolitan statistical area estimates of depression and anxiety using the Patient Health Questionnaire-8 in the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. Int J Public Health 54:117-124.
72. Moriarty DG, Zack MM, Holt JB, Chapman DP, Safran MA (2009) Geographic patterns of frequent mental distress. U.S. Adults, 1993-2001 and 2003-2006. Am J Prev Med 36:497-505.
73. Polednak AP (2012) US regional differences in death rates from depression. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 47:1977-1983.
74. Diaz-Granados N, Georgiades K, Boyle MH (2010) Regional and individual influences on use of mental health services in Canada. Can J Psychiatry 55:9-20.
75. Watts BV, Shiner B, Klauss G, Weeks WB (2011) Supplier-induced demand for psychiatric admissions in Northern New England. BMC Psychiatry 11:146.
76. Jacobi F, Hoyer J, Wittchen H-U (2004) Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitssurveys. Z Klin Psychol Psychother 33:251-260.
77. Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW (2010) Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis of health insurance data. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 45:329-335.
78. Repschläger U (2011) Die Verteilung von Morbidität in Deutschland. Ein Morbiditätsatlas zum Vergleich von Regionen auf Basis der 80 Krankheiten des Risikostrukturausgleichs. In: Repschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg) BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2011. S 170-193.
79. Nolting H-D, Zich K, Deckenbach B, et al. (2011) Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung. https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/daten_projektseite/Dokumente/Faktencheck_Gesundheit_Regionale_Variationen.pdf. (Stand: 19.02.2014).
80. Gemeinsamer Bundesausschuss (2011) Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression. In: Abschlussbericht AG Versorgungsorientierung.
81. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Stellenwert regionaler Variationen in der Prävalenz und Behandlung depressiver Erkrankungen und Implikationen für die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 57:224-233.
82. Cohen J (1988) Statistical power analysis for the behavioral sciences. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.
83. Bundesministerium für Gesundheit (2012) Gesetzliche Krankenversicherung: Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand – Jahresdurchschnitt 2011. In:

- http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Mitglieder_Versicherte/KM1_Jahresdurchschnitt_2011.pdf (20.11.2013).
84. Fay RE, Herriot RA (1979) Estimates of Income for Small Places: An Application of James-Stein Procedures to Census Data. *Journal of the American Statistical Association* 74:269-277.
 85. KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2011) Bundesarztregister der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.
 86. DESTATIS – Statistisches Bundesamt (2011) Krankenhausverzeichnis für Deutschland <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuserverzeichnis.html> (Stand: 31.12.2011).
 87. Bundesversicherungsamt (2013) Anlage 3 Berechnungsergebnisse zur Krankheitsauswahl 2014 http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/AJ_2014/Festlegung_Krankheitsauswahl_2014.zip.
 88. Gemeinsamer Bundesausschuss (2013) Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie). In: http://www.g-ba.de/downloads/62-492-751/BPL-RL_2013-06-20.pdf (20.11.2013).
 89. Müters S, Hoebel J, Lange C (2013) Diagnose Depression: Unterschiede bei Frauen und Männern. In: Robert Koch-Institut (Hrsg) GBE kompakt 4(2) www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 30.09.2013).
 90. Kessler RC (2003) Epidemiology of women and depression. *J Affect Disord* 74:5-13.
 91. Linden M, Kurtz G, Baltes MM, et al. (1998) Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. Depression in old age: Results from the Berlin Aging Study. *Der Nervenarzt* 69:27-37.
 92. Spijker J, De Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA (2002) Duration of major depressive episodes in the general population: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *The British Journal of Psychiatry* 181:208-213.
 93. Satyanarayana S, Enns MW, Cox BJ, Sareen J (2009) Prevalence and correlates of chronic depression in the Canadian Community Health Survey: Mental health and well-being. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie* 54:389-398.
 94. Murphy JA, Byrne GJ (2012) Prevalence and correlates of the proposed DSM-5 diagnosis of Chronic Depressive Disorder. *J Affect Disord* 139:172-180.
 95. Young AS, Klap R, Shoai R, Wells KB (2008) Persistent depression and anxiety in the United States: prevalence and quality of care. *Psychiatr Serv* 59:1391-1398.
 96. Wennberg J, Gittelsohn A (1973) Small area variations in health care delivery. *Science* 182:1102-1108.
 97. Wennberg JE, Fisher ES, Skinner JS (2002) Geography and the debate over Medicare reform. *Health Aff (Millwood) Suppl Web Exclusives*:W96-114.
 98. Fisher ES, Wennberg JE (2003) Health care quality, geographic variations, and the challenge of supply-sensitive care. *Perspect Biol Med* 46:69-79.
 99. Dartmouth Atlas (2008) Tracking the Care of Patients with Severe Chronic Illness. The Dartmouth Atlas of Health Care 2008. In: The Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. http://www.dartmouthatlas.org/downloads/atlas/2008_Chronic_Care_Atlas.pdf.
 100. Wennberg JE (2010) Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care. Oxford University Press, New York.
 101. Frosch DL, Härter M, Simon D, Mulley AG (2010) Patientenpräferenzen berücksichtigen. Unangemessene Variationen bei der Erbringung medizinischer Leistungen sollten reduziert werden. Überprüft werden müsste, ob sich US-amerikanische Erfahrungen auf das deutsche Gesundheitswesen übertragen lassen. *Deutsches Ärzteblatt* 107:A 2100–2104.
 102. Statistische Ämter des Bundes und der Länder (2011) Sozioökonomische Grunddaten für die zwölf neuen EU-Mitgliedsstaaten, Deutschland und die Bundesländer. In: Landesbetrieb für Statistik und Kommunikationstechnologie Niedersachsen. Link: http://www.statistikportal.de/statistik-portal/Soziooekonomische_Grunddaten.pdf (30.01.2014).

103. Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC (2009) The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 259:298-306.
104. Rüsch N, Berger M (2012) Das Stigma psychischer Erkrankungen. In: Berger M (Hrsg) *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. Elsevier GmbH, München.
105. Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Koch U (2011) Die Versorgung von Patienten mit Psychischen Störungen. In: Wittchen H-U, Hoyer J (Hrsg) *Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer, Berlin, S 331-346.
106. Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars MP, Abholz H-H (2009) Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Psychiatr Prax* 36:169-174.
107. Wittchen H-U, Pittrow D (2002) Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 17 Suppl 1:S1-11.
108. Gerlach FM, Szecsenyi J (2013) Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg: Gelingt die Überwindung der organisierten Verantwortungslosigkeit? *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107:363-364.
109. Gerlach FM, Szecsenyi J (2013) Hausarztzentrierte Versorgung in Baden-Württemberg – Konzept und Ergebnisse der kontrollierten Begleitevaluation. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107:365-371.
110. Ingenerf J (2007) Gesetzliche Krankenversicherung: Der Morbi-RSA soll den Wettbewerb um Gesunde beenden. *Dtsch Arztebl International* 104:1564-1569.
111. Meissner M (2012) MORBI-RSA: Fairer Wettbewerb. *Deutsches Ärzteblatt* 109:A121.
112. Göppfarth D (2011) Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich. Ein Beitrag zum funktionalen Wettbewerb und zu bedarfsgerechter Versorgung. In: Reipschläger U, Schulte C, Osterkamp N (Hrsg) *BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell*. S 16-127.
113. Bauhoff S (2012) Do health plans risk-select? An audit study on Germany's Social Health Insurance. *J Public Econ* 96:750-759.
114. Corrigan PW, Morris SB, Michaels PJ, Rafacz JD, Rüsch N (2012) Challenging the public stigma of mental illness: a meta-analysis of outcome studies. *Psychiatr Serv* 63:963-973
115. Rüsch N, Corrigan PW (2010) Self-stigma, group identification and perceived legitimacy of discrimination as predictors of mental health service use: A longitudinal study. *European Psychiatry* 25.
116. Kivelitz L (2012) Barrieren und förderliche Faktoren auf den Behandlungswegen von Patienten mit Angst- und depressiven Erkrankungen – Eine qualitative Interviewstudie. In: Universität Hamburg, Fachbereich Psychologie.
117. Von dem Knesebeck O, Mnich E, Daubmann A, et al. (2013) Socioeconomic status and beliefs about depression, schizophrenia and eating disorders. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 48:775-782.
118. Von dem Knesebeck O, Mnich E, Kofahl C, et al. (2013) Estimated prevalence of mental disorders and the desire for social distance – Results from population surveys in two large German cities. *Psychiatry Res* 209:670-674.
119. Loh A, Simon D, Wills CE, Kriston L, Niebling W, Härter M (2007) The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 67:324-332
120. Loh A, Meier K, Simon D, et al. (2004) Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47:977-984.
121. Härter M, Bermejo I, Niebling W (2007) *Praxismanual Depression – Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen*. Deutscher Ärzteverlag, Köln.
122. Simon D, Kriston L, von Wolff A, et al. (2012) Effectiveness of a web-based, individually tailored decision aid for depression or acute low back pain: A randomized controlled trial. *Patient Educ Couns* 87:360-368.
123. Simon D, Loh A, Härter M (2008) Grundlagen der Partizipativen Entscheidungsfindung und Beispiele der Anwendung in der Rehabilitation. *Rehabilitation (Stuttg)* 47:84-89.
124. Gensichen J, Von Korff M, Peitz M, et al. (2009) Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: A cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 151:369-378.

125. Gensichen J, Härter M, Bermejo I, et al. (2011) Die NVL/S3-Leitlinie Unipolare Depression – Was ist wichtig für die hausärztliche Praxis. *Z Allgemeinmed* 5:223-229.
126. Härter M, Bermejo I, Ollenschläger G, et al. (2006) Improving quality of care for depression – the German Action Programme for the implementation of evidence-based guidelines. *International Journal of Quality in Health Care* 18:113-119.
127. Härter M, Bermejo I, Niebling W, Schneider F, Berger M (2002) Vernetzte Versorgung depressiver Patienten – Entwicklung eines Behandlungskorridors und Implementierung evidenzbasierter Behandlungsempfehlungen. *Z Allgemeinmed* 78:231-238.
128. Bundespsychotherapeutenkammer (2013) Bedarfsplanung 2013 - Ein Überblick. In: BPTK Spezial. BPTK, Berlin.
129. Bermejo I, Klärs G, Böhm K, et al. (2009) Evaluation des nationalen Gesundheitsziels „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 52:897-904.
130. Katon W, Von Korff M, Lin E, et al. (1995) Collaborative management to achieve treatment guidelines: Impact on depression in primary care. *Journal of the American Medical Association* 273:1026-1031.
131. Thota AB, Sipe TA, Byard GJ, et al. (2012) Collaborative care to improve the management of depressive disorders: A community guide systematic review and meta-analysis. *Am J Prev Med* 42:525-538.
132. Woltmann E, Grogan-Kaylor A, Perron B, Georges H, Kilbourne AM, Bauer MS (2012) Comparative effectiveness of collaborative chronic care models for mental health conditions across primary, specialty, and behavioral health care settings: Systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry* 169:790-804.
133. Gilbody S, Bower P, Fletcher J, Richards D, Sutton AJ (2006) Collaborative care for depression: A cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *Arch Intern Med* 166:2314-2321.
134. Simon GE, von Korff M, Ludman EJ, et al. (2002) Cost-Effectiveness of a Program to Prevent Depression Relapse in Primary Care. *Med Care* 40:941-950.
135. Katon WJ, Schoenbaum M, Fan M-Y, et al. (2005) Cost-effectiveness of Improving Primary Care Treatment of a Late-Life Depression. *Arch Gen Psychiatry* 62:1313-1320.
136. Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, et al. (2001) Cost-effectiveness of Practice-Initiated Quality Improvement for Depression – Results of a Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association* 286:1325-1330.
137. van Steenberg-Weijnenburg KM, van der Feltz-Cornelis CM, Horn EK, et al. (2010) Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of major depressive disorder in primary care. A systematic review. *BMC Health Serv Res* 10.
138. Amelung VB (2011) Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand. In: Amelung VB, Eble S, Hildebrandt H (Hrsg) *Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand*. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 3-16.
139. Hölzel LP, Vollmer M, Kriston L, Siegel A, Härter M (2012) Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen in der Integrierten Versorgung Gesundes Kinzigtal: Ergebnisse einer kontrollierten Kohortenstudie. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 55:1524-1533.
140. Mnich E, Hofreuter-Gatgens K, Salomon T, Swart E, von dem Knesebeck O (2013) Ergebnis-Evaluation einer Gesundheitsförderungsmaßnahme für ältere Menschen. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes)* 75:e5-10.
141. Laux G, Kaufmann-Kolle P, Bauer E, Goetz K, Stock C, Szecsenyi J (2013) Evaluation der Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg auf der Basis von Routinedaten der AOK. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107:372-378.
142. Roehl I, Beyer M, Gondan M, et al. (2013) Leitliniengerechte Behandlung bei chronischer Herzinsuffizienz im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung. Ergebnisse einer Evaluationsstudie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 107:394-402.
143. AOK Baden-Württemberg (2012) Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V.2011. In: <http://www.aok->

- gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/bw/arztundpraxis/facharztprogramm/bw_faprogramm_73c_pnp_vertrag.pdf. (Stand: 19.02.2014).
144. Härter M, Kentgens M, Brandes A, et al. (2012) Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 262 Suppl 2:S57-63.
 145. Watzke B, Heddaeus D, Steinmann M, et al. (submitted) Effectiveness and efficiency of stratified stepped care for patients with depression: Study protocol of a cluster-randomized controlled trial in routine care. *BMC Psychiatry*.
 146. Thompson WA (1962) The problem of negative estimates of variance components. *The Annals of Mathematical Statistics* 33:273-289.
 147. Patterson HD, Thompson R (1971) Recovery of interblock information when block sizes are unequal. *Biometrika* 58:545-554.
 148. Pinheiro J, Bates D, DebRoy S, Sarkar D, and the R Development Core Team (2013) nlme: Linear and Nonlinear Mixed Effects Models. R package version 3.1-113.
 149. Molina I, Marhuenda Y (2013) sae: Small Area Estimation. R package version 1.0-2. <http://CRAN.R-project.org/package=sae>.
 150. Prasad NGN, Rao JNK (1990) The Estimation of Mean Squared Error of Small-Area Estimators. *Journal of the American Statistical Association* 85:163-171.
 151. Vogt M (2009) Small Area Estimation: Die Schätzer von Fay-Herriot und Battese-Harter-Fuller. *Wirtschaft und Statistik* 2/2009:179-183.
 152. Rao JNK (2003) Small Area Estimation. John Wiley & Sons, Hoboken, New Jersey.

10 Anhang

Small Area Schätzverfahren nach Fay-Herriot

Es sei Y eine normalverteilte Zufallsvariable, $i = 1, \dots, q$ ein Index für die kleinräumigen Einheiten (engl. *Small Areas* oder kurz *Areas*). Weiter sei X_i eine Matrix mit bekannten Hilfsinformationen für Area i . Nach dem Fay-Herriot-Modell [vgl. 84] ist die Verteilung von Y in Area i gegeben durch

$$Y_i \sim N(\theta_i, D_i) \\ \theta_i \sim N(X_i \beta, A).$$

Diese Formulierung beschreibt Y in Area i als normalverteilt mit Area-spezifischem Erwartungswert θ_i und Area-spezifischer Varianz D_i . Des Weiteren folgt in dem Modell auch θ_i einer Normalverteilung mit einem Erwartungswert, der sich aus dem Produkt der Hilfsinformationen X_i und einem Regressionskoeffizienten β ergibt. Es wird angenommen, dass die Varianz von θ_i für alle Areas konstant ist (A). Durch ein Herausheben der Verteilungsannahmen für θ und Y_i kann eine weitere Formulierung des Modells aufgestellt werden:

$$Y_i = X_i \beta + u_i + e_i \\ u_i \sim N(0, A) \\ e_i \sim N(0, D_i).$$

Wird der Term u_i zunächst einmal außer Acht gelassen, erinnert die Formulierung stark an ein normales Regressionsmodell. Nach diesem Modell wird Y_i durch eine Area-spezifische Regressionskomponente $X_i \beta$ sowie einen Fehlerterm e_i vorhergesagt. Der sog. Random Effect Term u_i fängt in dem Modell die Schwankungen zwischen den Areas auf, welche durch den Regressionsterm noch nicht aufgefangen wurden. u folgt einer Normalverteilung mit Erwartungswert 0 und Varianz A . e_i folgt einer Normalverteilung mit Erwartungswert 0 und Area-spezifischen Varianzen D_i . Beide Fehlerterme werden als unkorreliert angenommen. Gilt das Modell, so führt die Verteilungsannahme von u und e zur Modell-Unverzerrtheit, da Abweichungen vom Erwartungswert der Regressionskomponente durch die Area-spezifische Komponente im Erwartungswert 0 betragen [vgl. 84].

Ziel ist es nun aber, einen Schätzer zu konstruieren, der auf dem Modell beruht und mit dessen Hilfe sich Schätzungen bzw., um im Kontext der Modellwelt zu bleiben, *Vorhersagen* für Y_i machen lassen. Aus dem Fay-Herriot-Modell lässt sich ein solcher Schätzer ableiten (für Details zur Herleitung sei auf Fay und Herriot [84] verwiesen). Er ist gegeben durch

$$\hat{\theta}_{FH,i} = (1 - \hat{B}_i) Y_{HT,i} + (\hat{B}_i) X_i \hat{\beta}.$$

Es handelt sich also um einen gewichteten Schätzer, der sich zusammensetzt aus dem Horvitz-Thompson-Schätzer $Y_{HT,i}$ und einem sog. synthetischen Teil $X_i \hat{\beta}$. Die Gewichte $\hat{B}_i$ sind gegeben durch

$$\hat{\beta}_i = \frac{D_i}{D_i + \hat{A}},$$

wobei $\hat{A}$ der Schätzer für die Varianz des Random Effect in Area i ist und D_i die Varianz des direkten Schätzers in Area i . Es kann gezeigt werden, dass die Verwendung dieser Gewichte den empirisch besten linearen unverzerrten Prädiktor (engl. Empirical Best Linear Unbiased Predictor, kurz EBLUP) ergibt.

Die Schätzung von β und A erfolgt zumeist auf Basis von Stichprobendaten. Üblicherweise kommt bei der Schätzung das Restricted Maximum Likelihood (REML) Verfahren zum Einsatz [vgl. 146, 147]. In SAS ist die Prozedur PROC MIXED sowie in R das Paket nlme [148] in der Lage, REML-Schätzungen eines Random Effect Modells zu liefern. In R steht zudem das Paket sae [149] zur Verfügung, mit dem Area- und Unit-Level-Modelle direkt geschätzt werden können, das auch bei der Schätzung für den vorliegenden Faktencheck Depression zum Einsatz kam.

Der mittlere quadratische Fehler (engl. Mean Squared Error, MSE) kann auf verschiedene Weise geschätzt werden. Im Fall des vorliegenden Faktenchecks Depression wurde der Schätzer von Prasad und Rao [150] verwendet.

Eine sehr gute Zusammenfassung von Small Area Verfahren findet sich in Vogt [151], tiefer gehende Darstellungen in Rao [152].

11 Vorstellung der Autorin und der Autoren



Dr. phil. Hanne Melchior, Dipl.-Psychologin

Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Prof. Dr. Holger Schulz, Dipl. Psych.

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Institut für Medizinische Psychologie
Stiftungslehrstuhl „Klinische Versorgungsforschung“



Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter, Dipl. Psych.

Direktor des Instituts und der Poliklinik für Medizinische Psychologie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf



Dr. med. Jochen Walker

Elsevier – Health Analytics
Analytic Director



Dr. Matthias Ganninger

Data Mining & Modeling Expert
Elsevier – Health Analytics

12 Vorstellung der Gutachter



Dr. rer. nat. Wolfgang Bödeker, Dipl.-Mathematiker
EpiCurus – Institut für System- & Wirkungsanalysen
Essen



Timo Harfst, Psychologischer Psychotherapeut
Wissenschaftlicher Referent
Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



Prof. Dr. med. Markus Herrmann, MPH, M.A.
Arzt für Allgemeinmedizin / Psychotherapie – Psychoanalyse – Homöopathie – Suchtmedizin
Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Kassenärztliche Praxis für Allgemeinmedizin, Berlin-Wilmersdorf



Jürgen Matzat, Dipl.-Psych.
Leiter der Kontaktstelle
für Selbsthilfegruppen, Gießen



Prof. Dr. Hans Joachim Salize
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim
Leiter Arbeitsgruppe Versorgungsforschung

13 Projektskizze

Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen sind in Fachkreisen seit Jahren bekannt. Für uns der Beweis dafür, dass es noch immer Qualitäts- und Effizienzreserven im Gesundheitssystem gibt. Nur durch den konsequenten Abbau von strukturell bedingten Versorgungsmängeln lassen sich unnötige Belastungen von Versicherten sowie Gefährdungen von Patienten vermeiden und lässt sich das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung erreichen – bevor über Priorisierung und Rationierung nachgedacht werden sollte.

Mit der „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ will die Bertelsmann Stiftung gemeinsam mit Partnern neue Wege gehen, um Veränderungen anzustoßen. Wir wollen fragwürdigen Unterschieden in der Versorgung konkret nachgehen – im „Faktencheck Gesundheit“. Zwei Dinge sind uns dabei besonders wichtig: eine konsequent bürgerorientierte Herangehensweise und dass sich möglichst viele Akteure und Institutionen im Gesundheitswesen an diesem Projekt beteiligen.

Die „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ will dazu beitragen, dass...

- Gesundheitsleistungen stärker am tatsächlichen Bedarf der Patienten ausgerichtet und die begrenzten Ressourcen sachgerechter eingesetzt werden;
- sich die Menschen aktiv damit auseinandersetzen, welche Leistungen ihrem Bedarf entsprechen und wie die Versorgung besser gestaltet werden kann;
- die Bürger sich stärker mit der Versorgung in ihrer Region befassen, das Gesundheitssystem sowie notwendige Reformen besser verstehen und ihr Vertrauen in das System steigt.

Die Auswahl der Themen für den „Faktencheck Gesundheit“ erfolgt anhand von festgelegten Kriterien:

Die Themen sollen eine hohe Relevanz für die Bevölkerung haben, bedeutsame Defizite im System, aber auch konkrete Handlungs- und Verbesserungsansätze aufzeigen. Die Bearbeitung der Themen und die Interpretation der Ergebnisse erfolgen durch Themenpaten aus der Wissenschaft und ein strukturiertes fachliches Review. Der „Faktencheck Gesundheit“ soll nicht nur die Versorgungsrealität beschreiben, sondern Interpretationen liefern, Ursachenforschung betreiben und nicht zuletzt Empfehlungen abgeben, wie die identifizierten Defizite behoben werden können. Mithilfe von kartographischen Darstellungen können regionale Unterschiede visuell schnell erfasst werden.

Die „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ will mit dem „Faktencheck Gesundheit“ nicht nur Fachkreise ansprechen. Vielmehr soll die allgemeine Öffentlichkeit anhand von alltagsnahen Themen und Beispielen auf strukturelle Defizite im Gesundheitswesen aufmerksam werden. So kann Veränderungsdruck von unten entstehen. Dabei ist es wichtig, Multiplikatoren anzusprechen. Dies können Journalisten und Medienexperten sein, aber auch all diejenigen, die den direkten Kontakt zu den Menschen haben, wie die Verbraucher- und Patientenberatung, Krankenkassen, Ärzte, Selbsthilfegruppen, Sozial- und Seniorenverbände.

In der „Initiative für gute Gesundheitsversorgung“ möchte die Bertelsmann Stiftung mit Partnern und Experten aus dem Gesundheitsbereich zusammenarbeiten, die die Idee und die Ziele dieses Projekts mittragen. Alle Partner können die Initiative in vielfacher Weise unterstützen und bereichern, zum Beispiel durch konkrete Themenvorschläge, Auswertungen eigener Datenbestände, das Einbringen bereits vorhandener Studien oder eine Kooperation bei Kommunikationsmaßnahmen. Wenn Sie Interesse an einer solchen Zusammenarbeit haben, nehmen Sie bitte Kontakt zu uns auf. Wir freuen uns auf gemeinsame Aktivitäten.

Impressum

© 2014 Bertelsmann Stiftung

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh

www.bertelsmann-stiftung.de
www.faktencheck-gesundheit.de

Verantwortlich

Eckhard Volbracht
Andrea Fürchtenicht

Bildrechte der Titelmotive

Jürgen Fälchle - Fotolia.com
drubig – photo - Fotolia.com
James Steidl - Fotolia.com
Alexander Rath / PantherMedia

Adresse | Kontakt

Bertelsmann Stiftung
Carl-Bertelsmann-Straße 256
33311 Gütersloh
Telefon +49 5241 81-0
Fax +49 5241 81-81999

Eckhard Volbracht
Project Manager
Programm Versorgung verbessern –
Patienten informieren
eckhard.volbracht@bertelsmann-stiftung.de

Andrea Fürchtenicht
Project Manager
Programm Versorgung verbessern –
Patienten informieren
Bertelsmann Stiftung
andrea.fuerchtenicht@googlemail.com

Telefon +49 5241 81-81139
Fax +49 5241 81-681226

www.bertelsmann-stiftung.de
www.faktencheck-depression.de