

## Originalarbeit

# Versorgungssituation von Menschen mit Depressionsdiagnose

Eine Analyse auf Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung

Jona T. Stahmeyer, Caroline Märtens, Daniela Eidt-Koch, Kai G. Kahl, Jan Zeidler, Sveja Eberhard

## Zusammenfassung

**Hintergrund:** Die Depression gehört zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Defizite in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Depression, insbesondere an den Schnittstellen zwischen Leistungsbereichen oder Sektoren, sind bekannt. Ziel der Studie war es, Patientencharakteristika und die Versorgungssituation von Personen mit einer diagnostizierten Depression zu analysieren.

**Methode:** Basis der Analysen bilden Diagnose- und Abrechnungsdaten einer gesetzlichen Krankenversicherung. Patienten mit Depressionsdiagnose im Jahr 2018 (ICD-10 F32, F33, F34.1) wurden identifiziert und im Hinblick darauf untersucht, ob sie relevante Versorgungsleistungen in Anspruch genommen haben. Dabei wurden auch soziodemografische Charakteristika und der Schweregrad der Erkrankung berücksichtigt.

**Ergebnisse:** Insgesamt wurden mehr als 285 000 Personen mit Depressionsdiagnose in die Auswertung eingeschlossen. Die Patienten waren im Mittel 57,5 Jahre alt, 67,5 % waren weiblich. Etwa drei Viertel der Betroffenen hatten noch mindestens eine psychische Komorbidität. Bei den Patienten mit schwerer Depression war zu 82,8 % die Hausärztin oder der Hausarzt an der Depressionsbehandlung beteiligt, 41,1 % hatten Kontakt zu einer spezialisierten Fachärztin oder einem spezialisierten Facharzt und 9,2 % waren in psychologischer Psychotherapie. 60,3 % der schwer betroffenen Patienten bekamen Antidepressiva verordnet und 10,2 % erhielten Leistungen einer Richtlinienpsychotherapie.

**Schlussfolgerung:** Die Ergebnisse der Analysen geben Hinweise auf bestehende Defizite in der Versorgung von Patienten mit Depression, insbesondere bei der Stellung der Diagnose und bei der Beurteilung des Schweregrads. Diese sind für die Einleitung einer leitlinienorientierten Therapie essenziell und sollten daher vermehrt bei ärztlichen Fortbildungen thematisiert werden.

## Zitierweise

Stahmeyer JT, Märtens C, Eidt-Koch D, Kahl KG, Zeidler J, Eberhard S: The state of care for persons with a diagnosis of depression—an analysis based on routine data from a German statutory health insurance carrier. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 458–65. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0204

Psychische Leiden zählen zu den häufigsten Gründen für gesundheitliche Einschränkungen. So gehören depressive Erkrankungen und Angststörungen zu den zehn Krankheiten, die im Erwachsenenalter die weltweit höchste Krankheitslast verursachen (1). Dabei führen psychische Erkrankungen neben den gesundheitlichen und sozialen Auswirkungen für die Betroffenen zu erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem (2).

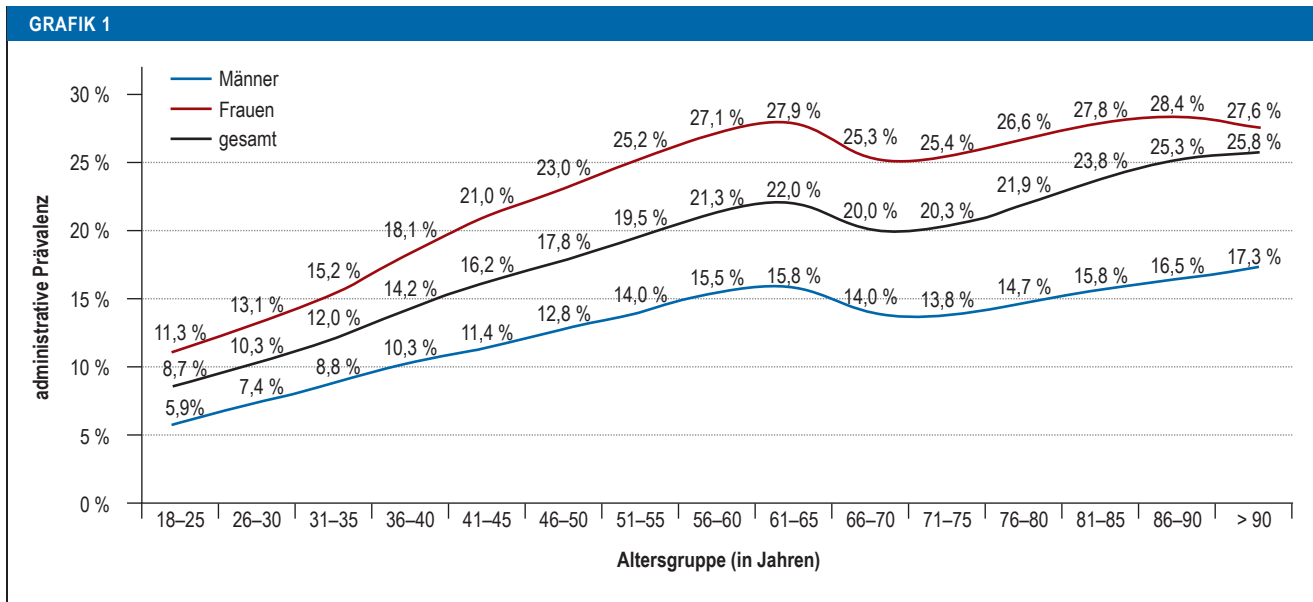
In Deutschland und anderen Industrieländern gehört Depression zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Laut der DEGS1-MH-Studie des Robert Koch-Instituts (RKI; Erhebungszeitraum: 2009–2012) liegt die Prävalenz einer unipolaren Depression bei 8,2 % und die einer dysthymen Störung bei 1,7 % (3, 4). Vergleicht man die Ergebnisse verschiedener Gesundheitsbefragungen in Deutschland, zeigt sich, dass die Prävalenzen psychischer Erkrankungen zeitlich weitestgehend stabil sind (5). Demgegenüber deuten Studien auf Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf eine erhebliche Zunahme der administrativen Prävalenz im Zeitverlauf hin (6, 7). Die sogenannte administrative Prävalenz beschreibt die geschätzte Krankheitshäufigkeit auf Basis von ärztlich gestellten und dokumentierten Diagnosen in GKV-Routinedaten (8). Wurde im Jahr 2009 noch bei 12,5 % der gesetzlich Versicherten eine Depression diagnostiziert, so ist der Anteil bis 2017 bereits auf 15,7 % angewachsen (6). Gleichzeitig sind auch die krankheitsbedingten Fehlzeiten bei Erwerbstätigen sowie die Anzahl an Rehabilitationsmaßnahmen und Erwerbsminderungsrentenzugängen im Bereich der Deutschen Rentenversicherung aufgrund psychischer Erkrankungen gestiegen (7). Warum die Zahl der Betroffenen nach Angaben des RKI stagniert, obwohl sich die Versorgungsangebote und deren Inanspruchnahme in Deutschland in den vergangenen Jahren deutlich ausgeweitet haben (zum Beispiel Zunahme psychiatrischer Krankenhausbetten und Verordnungen von Psychopharmaka, Anstieg psychiatrisch-stationärer Behandlungen), wird kontrovers diskutiert. Erklärungen setzen daran an, dass die spezifischen und an den Bedürfnissen orientierten evidenzbasierten Präventions- und Versorgungsangebote unzureichend implementiert und genutzt werden, die Morbidität wächst sowie der gesellschaftliche

AOK Niedersachsen, F1-Bereich Politik, Forschung, Presse, Hannover:  
Dr. PH Jona T. Stahmeyer, M.A. Caroline Märtens, Dr. rer. biol. hum. Sveja Eberhard

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Fakultät Gesundheitswesen, Wolfsburg:  
Prof. Dr. rer. pol. Daniela Eidt-Koch

Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie,  
Hannover: Prof. Dr. med. Kai G. Kahl

Leibniz Universität Hannover, Center for Health Economics Research Hannover (CHERH),  
Institut für Gesundheitsökonomie (IHE), Hannover: PD Dr. rer. pol. Jan Zeidler



**Administrative 1-Jahres-Prävalenz depressiver Erkrankungen nach Alter**

Dargestellt ist die Häufigkeit von Depressionsdiagnosen (Codes F32, F33 und F34.1 der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme [ICD-10]) in Abhängigkeit vom Alter. Datenbasis sind Diagnosen aus dem ambulanten ärztlichen Bereich sowie aus der stationären Versorgung.

Umgang mit psychischen Erkrankungen sich wandelt (9). Weiterhin tragen Veränderungen in professionellen Konzepten psychischer Erkrankungen dazu bei, dass heute mehr Personen als krank eingestuft werden (10). Die Qualität und Leitliniengerechtigkeit der Versorgung in Deutschland wurden bislang nur unzureichend untersucht. So basieren die Ergebnisse des „Faktenchecks Gesundheit“ der Bertelsmann-Stiftung auf GKV-Routinedaten des Jahres 2011. Sie zeigen, dass ein erheblicher Teil der Patienten mit Depression nicht leitliniengerecht versorgt worden ist (11). Eine andere Querschnittstudie stellte fest, dass Patienten mit depressiven Störungen in der primärärztlichen Versorgung unterversorgt werden (12). Aktuellere Daten zu Patienten mit Depression belegen Probleme beim Übergang vom Klinikaufenthalt in die ambulante Versorgung (13).

Die vorliegende Studie verfolgte das Ziel, aktuelle Informationen über die Versorgungssituation von Patienten mit Depressionsdiagnose zu sammeln. Neben der Diagnosehäufigkeit sowie den Charakteristika und Komorbiditäten von Patienten mit Depression liegt der Fokus darauf, die Inanspruchnahme spezifischer Leistungen insbesondere nach Schweregrad abzubilden.

**Methodik**

**Studiendesign und Datenbasis**

Grundlage der Analysen sind Diagnose- und Abrechnungsdaten der AOK Niedersachsen. Diese zählt mit 2,9 Millionen Versicherten zu den größten gesetzlichen Krankenversicherungen Deutschlands und weist eine ähnliche Geschlechts- und Altersstruktur wie die Gesamtbevölkerung in Deutschland auf (14, 15).

GKV-Routinedaten werden aufgrund ihrer Eigenschaften zunehmend für Fragestellungen aus der (epidemiologischen) Versorgungsforschung verwendet (8). Auch hinsichtlich depressiver Erkrankungen wird vermehrt mit Routinedaten geforscht (6, 7, 16). In den vorliegenden Analysen wurden die Diagnose- und Leistungsdaten der ambulanten und stationären Sektoren sowie Arzneimittelverordnungen analysiert.

Zu diesem Zweck wurde die Versorgungssituation von Patienten mit Depressionsdiagnose querschnittlich betrachtet. Einschlusskriterien waren eine durchgängige Versicherung im Basisjahr 2018, im Vorbeobachtungszeitraum von 2015–2017 und im Nachbeobachtungsjahr 2019 sowie ein Alter von mindestens 18 Jahren (eGrafik 1). Der Vorbeobachtungszeitraum diente dazu, inzidente und prävalente Fälle zu unterscheiden. Mithilfe des Nachbeobachtungszeitraums wurden Veränderungen in der Diagnosestellung beziehungsweise im Schweregrad im Jahresvergleich abgebildet.

**Klassifikation von Patienten mit Depression und Schweregradeinteilung**

Versicherte wurden in die Analyse eingeschlossen, wenn bei ihnen im Jahr 2018 eine depressive Episode (F32), eine rezidivierende depressive Störung (F33) oder eine Dysthymia (F34.1) als gesicherte ambulante Diagnose oder als stationäre Hauptentlass- beziehungsweise Nebendiagnose codiert wurde. Bei der Einteilung der Erkrankung in unterschiedliche Schweregrade, die explizit in der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10) vorgesehen ist, sowie der Spezifität der Diagnosen orientierten wir uns am Vor-

TABELLE 1

**Häufigkeit von Komorbiditäten**

Diagnosebereich	Schweregrad				gesamt
	leicht	mittelgradig	schwer	unspezifisch	
<b>A: psychische Komorbiditäten</b>					
F00–F09: organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	9,9 %	9,2 %	10,9 %	9,4 %	9,6 %
F10–F19: psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	17,2 %	21,1 %	26,6 %	17,7 %	20,1 %
F20–F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	3,0 %	3,7 %	7,7 %	3,5 %	4,1 %
F40–F48: neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	55,2 %	62,4 %	68,2 %	48,7 %	57,1 %
F50–F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	9,0 %	11,0 %	13,1 %	7,5 %	9,7 %
F60–F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	8,2 %	10,5 %	16,1 %	5,8 %	9,3 %
<b>B: somatische Komorbiditäten</b>					
I10: essentielle (primäre) Hypertonie					55,8 %
I50: Herzinsuffizienz					11,9 %
I25: chronische ischämische Herzkrankheit					15,2 %
E78: Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien					35,1 %
E11: Diabetes Typ-2					20,0 %
E10: Diabetes Typ-1					3,2 %
J44: chronisch obstruktive Lungenerkrankung					14,0 %
J45: Asthma					13,0 %

A: psychische Komorbiditäten nach Schweregrad:

Dargestellt ist die Häufigkeit psychischer Komorbiditäten nach dem Schweregrad der depressiven Erkrankung gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). Datenbasis sind Diagnosen aus dem ambulanten ärztlichen Bereich sowie aus der stationären Versorgung.

B: somatische Komorbiditäten:

Dargestellt ist die Häufigkeit häufiger somatischer Komorbiditäten gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10). Datenbasis sind Diagnosen aus dem ambulanten ärztlichen Bereich sowie aus der stationären Versorgung.

gehen der Bertelsmann-Stiftung und des Zentralinstituts der Kassenärztlichen Vereinigung (ZI) (6, 11). Patienten wurden dem höchsten codierten Schweregrad im Analysejahr 2018 zugeordnet. Wurden bei demselben Patienten sowohl spezifische als auch unspezifische Diagnosen codiert, wurde die spezifische Diagnose für die Klassifikation zugrunde gelegt. Die spezifischen Diagnosen umfassen die Schweregrade leicht (F32.0, F33.0, F34.1), mittelgradig (F32.1, F33.1) und schwer (F32.2, F33.2, F32.3, F33.3). Die Diagnosen sonstiger oder nicht näher bezeichneter depressiver Störungen (F32.8, F33.8, F33.4, F32.9, F33.9) wurden als unspezifisch zusammengefasst. Somatische und psychische Komorbiditäten wurden ebenfalls anhand der ICD-10-Diagnosen aus dem ambulanten und stationären Bereich definiert.

**Versorgungssituation und Leistungsanspruchnahme**

Die Versorgungssituation und Inanspruchnahme von Leistungen wurden über ambulante Behandlungen, bei denen eine Depressionsdiagnose codiert wurde, über stationäre Behandlungen mit psychiatrischen Diagnosen sowie über spezifische Arzneimittelverordnungen abgebildet. In der ambulanten Versorgung wurden Behandlungen durch folgende Fachrichtungen unterschieden:

- hausärztlich tätige Medizinerinnen und Mediziner,
- spezialisierte Fachärzte (Fachärzte für Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie, psychotherapeutisch tätige Mediziner) und
- psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Weiterhin wurde entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie untersucht, inwiefern Leistungen in Anspruch genommen wurden (*eTabelle 1*). Diese wurden anhand der spezifischen Ziffern des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) identifiziert. Dabei wurde zwischen folgenden Leistungen unterschieden:

- nicht antragspflichtige Leistungen (zum Beispiel probatorische Sitzung, psychotherapeutische Sprechstunde)
- antragspflichtige Leistungen (zum Beispiel verhaltenstherapeutische Einzel- oder Gruppenbehandlung)
- psychodiagnostische Testverfahren (17, 18).

Um die stationäre Versorgung abzubilden, wurden alle Krankenhausaufenthalte mit einer Depression als Hauptentlassdiagnose sowie ergänzend mit einer Diagnose aus dem F-Kapitel untersucht. Im Bereich der Arzneimittelversorgung wurden gemäß anatomisch-therapeutisch-chemischer (ATC-)Klassifikation

Verordnungen aus den Wirkstoffklassen der Antidepressiva (N06A) sowie ergänzend Lithium (N05AN), Antipsychotika (N05A) und Benzodiazepine (N05BA) betrachtet, da diese vereinzelt auch bei bestimmten Formen der Depression eingesetzt werden (19).

**Statistische Auswertung**

Die Datenauswertung erfolgte mithilfe der Software IBM SPSS Statistics 25. Die Analysen wurden primär deskriptiv durchgeführt. Gruppenvergleiche wurden mittels geeigneter Testverfahren (Chi-Quadrat-Test oder t-Test) durchgeführt. Dabei wurde der Signifikanzwert auf  $p \leq 0,05$  festgelegt.

**Ergebnisse**

**Häufigkeit von Depressionsdiagnosen und Patientencharakteristika**

Insgesamt wurden 1 618 681 Versicherte in die Analyse eingeschlossen. Von diesen wurde bei 285 568 Versicherte im Jahr 2018 eine Depressionsdiagnose codiert. Die administrative 1-Jahres-Prävalenz lag 2018 somit bei 17,6 %, während die administrative 1-Jahres-Inzidenz 2,6 % betrug. Bei Frauen war erstere mit 22,4 % fast doppelt so hoch wie bei Männern mit 12,3 % ( $p < 0,001$ ). Sie nahm bei beiden Geschlechtern mit dem Alter zu und erreichte den Höchststand in der Altersgruppe von 61–65 Jahren, sank dann zunächst und stieg erneut an (Grafik 1).

Patienten mit einer diagnostizierten Depression waren im Mittel 57,5 Jahre alt, 67,5 % waren weiblich. Bei etwa drei von vier Patienten (73,8 %) lag mindestens eine weitere psychische Komorbidität vor. Die häufigsten Komorbiditäten kamen mit 57,1 % aus der Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F40-F48) sowie mit 20,1 % aus jener der psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19). Mit zunehmendem Schweregrad der depressiven Erkrankung traten psychische Komorbiditäten häufiger auf ( $p < 0,001$ ). Eine Übersicht psychischer und somatischer Komorbiditäten ist in Tabelle 1 dargestellt.

**Diagnosestellung und Schweregrad der Erkrankung**

Insgesamt wurden in der Studienpopulation 1,28 Millionen gesicherte Depressionsdiagnosen im ambulanten Sektor vergeben. Fast die Hälfte aller codierten Depressionsdiagnosen war unspezifisch (47,2 %). Leichte Depressionen machten 11,2 %, mittelgradige 25,7 % und schwere 11,2 % aller Diagnosen aus. Dysthyme Störungen wurden vergleichsweise selten festgestellt (4,7 %).

64,2 % aller ambulanten Depressionsdiagnosen wurden von Hausärzten vergeben (davon 53,6 % unspezifisch). 15,8 % wurden von Fachärzten, die auf psychische Erkrankungen spezialisiert waren, oder psychologischen Psychotherapeuten gestellt (davon 14,4 % unspezifisch) und 20,0 % der Diagnosen kamen aus anderen Fachrichtungen wie zum Beispiel Gynäkologie und Orthopädie (davon 52,8 % unspezifisch).

TABELLE 2

**Spezifität und Schweregrad der Erkrankung**

	Schweregrad			
	leicht	mittelgradig	schwer	unspezifisch
<b>Geschlecht</b>				
alle	16,1 %	30,3 %	16,2 %	37,5 %
Männer (n = 93 190)	15,8 %	29,9 %	16,9 %	37,3 %
Frauen (n = 192 378)	16,2 %	30,4 %	15,8 %	37,6 %
<b>Altersklasse</b>				
18–29 Jahre (n = 22 200)	14,2 %	34,0 %	17,6 %	34,2 %
30–39 Jahre (n = 26 808)	14,3 %	33,3 %	16,7 %	35,7 %
40–49 Jahre (n = 40 628)	14,3 %	33,0 %	18,5 %	34,2 %
50–59 Jahre (n = 64 928)	14,6 %	32,5 %	19,0 %	34,0 %
60–69 Jahre (n = 53 824)	17,0 %	29,5 %	15,6 %	38,0 %
70–79 Jahre (n = 42 532)	19,2 %	25,9 %	12,8 %	42,2 %
80–89 Jahre (n = 30 462)	18,3 %	25,2 %	11,9 %	44,6 %
≥ 90 Jahre (n = 4 186)	16,7 %	22,8 %	11,0 %	49,5 %

In der Tabelle ist die Patientinnen- und Patientenpopulation (n = 285 568) nach dem Schweregrad der depressiven Erkrankung unterteilt. Die Unterteilung differenziert zusätzlich zwischen den Geschlechtern und Altersklassen. Patienten wurden dem höchsten codierten Schweregrad im Analysejahr 2018 zugeordnet. Wurden bei denselben Patienten sowohl spezifische als auch unspezifische Diagnosen codiert, wurde die spezifische Diagnose für die Klassifikation zugrundegelegt. Datenbasis sind Diagnosen aus dem ambulanten ärztlichen Bereich sowie aus der stationären Versorgung.

Laut Differenzierung nach Schweregrad der Erkrankung auf Patientenebene litten 16,1 % der Betroffenen unter einer leichten, 30,3 % unter einer mittelgradigen und 16,2 % unter einer schweren Form der Depression. In 37,5 % der Fälle konnte kein Schweregrad zugeordnet werden, da hier ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnosen vorlagen. Die Analyse nach Geschlecht ergab eine ähnliche Schweregradverteilung zwischen Männern und Frauen. Mit zunehmendem Alter verringerte sich der Anteil an Diagnosen von mittelgradiger oder schwerer Depression, wobei unspezifische Diagnosen gleichzeitig anstiegen (Tabelle 2).

**Versorgungssituation und Leistungsanspruchnahme**

Bei 78,3 % aller Patienten wurde in hausärztlichen Praxen eine Depression diagnostiziert, womit diese die meisten Diagnosen stellten. Unter allen Personen mit Depressionsbefund hatten 18,7 % aufgrund der Depression Kontakt zu einem spezialisierten Facharzt und 5,1 % zu einem psychologischen Psychotherapeuten (Tabelle 3). Insgesamt nahmen im Jahr 2018 50,7 % der Versicherten mit Depressionsdiagnose eine nicht antragspflichtige psychotherapeutische Leistung gemäß Psychotherapie-Richtlinie in Anspruch und 6,2 % eine antragspflichtige (Details zu den Leistungen in eTabelle 2 und 3). 42 % der Diagnostizierten wurden Antidepressiva verschrieben (ATC-Klassifikation: N06A), sodass insgesamt 465 992 Verordnungen für diese ausgestellt wurden (Informationen zur medikamentösen

TABELLE 3

**Depressionsspezifische Leistungsanspruchnahme nach Geschlecht, Alter und Schweregrad**

Patientengruppe	Hausarzt <sup>*1</sup>				psychologischer Psychotherapeut <sup>*3</sup>			anderer Facharzt <sup>*4</sup>		Versorgungsbereich			stationäre Behandlung (Depression)	
	spezialisierte Facharzt <sup>*2</sup>	spezialisierte Facharzt <sup>*2</sup>	spezialisierte Facharzt <sup>*2</sup>	spezialisierte Facharzt <sup>*2</sup>	nicht antragspflichtige Leistungen	antragspflichtige Leistungen	Antidepressiva-verordnung (ATC: N06A)	stationäre Behandlung (Depression)						
<b>alle</b>	78,3 %	18,7 %	5,1 %	33,7 %	50,7 %	6,2 %	42,0 %	2,2 %						
<b>Geschlecht</b>	n. s.	***	***	***	***	***	***	***						
Männer (n = 93 190)	78,1 %	19,5 %	4,5 %	30,0 %	47,2 %	5,2 %	39,5 %	2,5 %						
Frauen (n = 192 378)	78,4 %	18,3 %	5,4 %	36,2 %	52,4 %	6,7 %	43,2 %	2,0 %						
<b>Schweregrad</b>	***	***	***	***	***	***	***	***						
leicht (n = 45 850)	69,5 %	16,4 %	3,9 %	38,3 %	48,0 %	4,6 %	33,2 %	0,0 %						
mittel (n = 86 438)	79,2 %	25,8 %	9,7 %	33,0 %	55,7 %	10,6 %	48,1 %	1,4 %						
schwer (n = 46 126)	82,8 %	41,1 %	9,2 %	39,9 %	59,0 %	10,2 %	60,3 %	10,7 %						
unspezifisch (n = 107 154)	79,5 %	4,3 %	0,2 %	29,6 %	44,3 %	1,6 %	32,9 %	0,0 %						
<b>Altersklasse</b>	***	***	***	***	***	***	***	***						
18–29 Jahre (n = 22 200)	75,5 %	18,3 %	10,6 %	27,1 %	66,6 %	13,2 %	32,2 %	5,6 %						
30–39 Jahre (n = 26 808)	76,1 %	19,8 %	10,0 %	27,9 %	61,1 %	11,7 %	36,8 %	3,0 %						
40–49 Jahre (n = 40 628)	79,0 %	22,1 %	8,1 %	31,0 %	57,6 %	9,7 %	43,0 %	2,9 %						
50–59 Jahre (n = 64 928)	78,8 %	23,4 %	6,9 %	35,4 %	54,6 %	8,4 %	45,3 %	2,5 %						
60–69 Jahre (n = 53 824)	79,7 %	18,0 %	2,7 %	36,5 %	44,9 %	3,5 %	41,6 %	1,3 %						
70–79 Jahre (n = 42 532)	77,4 %	13,9 %	0,7 %	37,6 %	42,3 %	0,9 %	42,6 %	1,0 %						
80–89 Jahre (n = 30 462)	78,9 %	12,4 %	0,2 %	33,9 %	37,6 %	0,2 %	44,8 %	0,8 %						
≥ 90 Jahre (n = 4 186)	81,3 %	10,1 %	0,0 %	27,8 %	28,4 %	0,0 %	44,3 %	0,4 %						

\*\*\* p < 0,001; n. s. = nicht signifikant

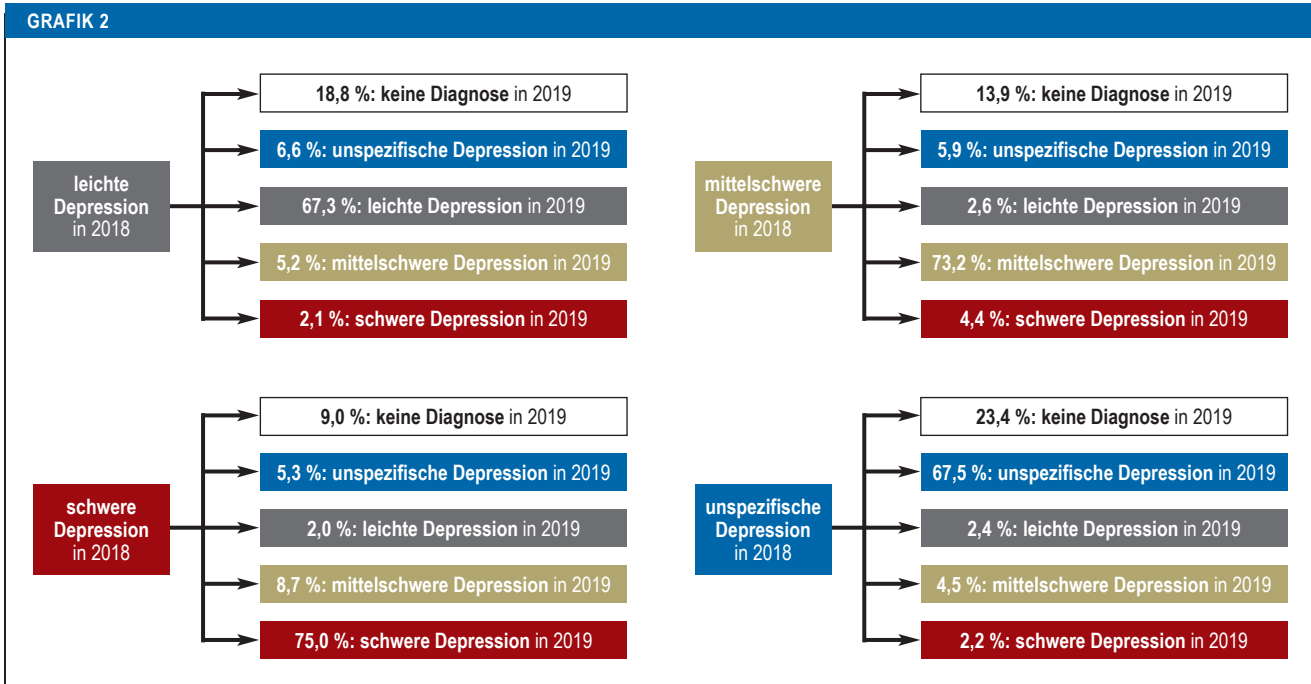
\*1 Stellung einer Depressionsdiagnose durch den Hausarzt oder die Hausärztin (Arztgruppen 1, 2, 3)

\*2 Stellung einer Depressionsdiagnose durch eine spezialisierte Fachrichtung wie Psychiatrie oder Neurologie (Arztgruppen 51, 53, 58, 60, 61)

\*3 Stellung einer Depressionsdiagnose durch eine psychologische Psychotherapeutin oder einen psychologischen Psychotherapeuten (Arztgruppe 66)

\*4 ATC: anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem

ATC: anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem



**Änderungen der Diagnose beziehungsweise des Schweregrads im Jahresvergleich 2018 zu 2019**

Abgebildet sind die Anteile der Patientinnen und Patienten entsprechend des Schweregrads der Erkrankung im Jahr 2018 und der Veränderungen in der Diagnose im Jahr 2019. Patienten wurden dem höchsten codierten Schweregrad im jeweiligen Jahr zugeordnet. Wurden bei demselben Patienten sowohl spezifische als auch unspezifische Diagnosen codiert, wurde die spezifische Diagnose für die Klassifikation im Betrachtungsjahr zugrunde gelegt. Datenbasis sind Diagnosen aus dem ambulanten ärztlichen Bereich sowie aus der stationären Versorgung. Beispielsart: Von den Patienten mit leichtem Schweregrad in 2018 wurde bei 18,8 % keine Depression in 2019 diagnostiziert. Bei 67,3 % der Patienten wurde weiterhin eine leichte depressive Störung codiert. Eine mittelschwere oder schwere Depression wurde bei 5,2 % bzw. 2,1 % der Patienten mit ursprünglich leichtem Schweregrad festgestellt; 6,6 % der Patienten erhielten im Jahr 2019 ausschließlich eine unspezifische Diagnose. Der Anteil der Patienten, die im Jahr 2018 betroffen waren und im Jahr 2019 keine Diagnose erhielten, nahm mit zunehmendem Schweregrad ab.

Versorgung in eTabelle 4 und eGrafik 2). Aufgrund einer psychischen Erkrankung (F-Diagnose) stationär aufgenommen wurden 4,7 % der Betroffenen. Ein Klinikaufenthalt wegen einer depressiven Erkrankung wurde bei 2,2 % codiert.

Aufgrund der häufigen diagnostischen Unschärfe bei Patienten mit unspezifischer oder leichter Depression liegt der Fokus der vorliegenden Analysen auf Patienten mit einer mittelgradigen oder schweren Depression. Wenngleich sich etwa vier von fünf Patienten mit mittelgradiger (79,2 %) oder schwerer Depression (82,5 %) in hausärztlicher Versorgung befanden, stieg der Anteil der Patienten, die von einem spezialisierten Facharzt versorgt wurden, mit der Schwere der Erkrankung deutlich an (mittelgradige Depression: 25,8 %; schwere Depression: 41,1 %). Die Häufigkeiten der Versorgung bei einem psychologischen Psychotherapeuten (mittelgradige Depression: 9,7 %; schwere Depression: 9,2 %) sowie der Inanspruchnahme von nicht antragspflichtigen (mittelgradige Depression: 55,7 %; schwere Depression: 59,0 %) und antragspflichtigen Leistungen (mittelgradige Depression: 10,6 %; schwere Depression: 10,2 %) nach Psychotherapie-Richtlinie unterschieden sich hingegen kaum. Weiterhin nahm mit dem Schweregrad die medikamentöse Versorgung zu. Von den Personen mit mittelgradiger Depression wurde 48,1 % mindestens einmal ein Antidepressivum verord-

net, bei Patienten mit schwerer Symptomatik waren es 60,3 %. Aufgrund psychischer Erkrankungen stationär behandelt wurden vor allem Patienten mit schwerer Depression. So wurden von den schwer betroffenen Patienten 15,7 % aufgrund einer psychischen Erkrankung stationär versorgt und 10,7 % aufgrund der Depression. Unter den Patienten mit mittelgradiger Symptomatik waren dies 4,5 % (F-Diagnose) beziehungsweise 1,4 % (Depressionsdiagnose).

Übergreifend zeigt sich, dass es sich signifikant zwischen den Geschlechtern unterschied, wie häufig welche Leistungen in Anspruch genommen wurden. Während Männer häufiger fachärztlich behandelt wurden ( $p < 0,001$ ), hatten Frauen mehr Kontakt zu psychologischen Psychotherapeuten ( $p < 0,001$ ) und erhielten häufiger sowohl nicht antragspflichtige ( $p < 0,001$ ) als auch antragspflichtige Leistungen ( $p < 0,001$ ) nach Psychotherapie-Richtlinie. Weiterhin zeigte sich wie bereits dargestellt eine mit dem Schweregrad steigende Leistungsanspruchnahme (alle  $p < 0,001$ ).

**Jahresbezogene Veränderung der Diagnose und des Schweregrades**

Veränderungen in der Diagnosestellung und im höchsten codierten Schweregrad der Erkrankung vom Basisjahr 2018 gegenüber dem Folgejahr 2019 sind in Grafik 2 dargestellt.

## Diskussion

Die vorliegende Studie untersuchte Charakteristika und die Versorgungssituation von Patienten mit Depressionsdiagnose anhand von GKV-Routinedaten. Damit ergänzt die Studie die aktuelle Literatur um wichtige Aspekte, die bei der Weiterentwicklung der Versorgung beachtet werden sollten. Im Rahmen der Analyse wurde für Depression eine administrative Prävalenz von 17,6 % im Jahr 2018 ermittelt. Dies entspricht der Größenordnung anderer GKV-Routinedatenanalysen. So wurde etwa in der Analyse des ZI eine administrative Prävalenz basierend auf ambulanten Daten der deutschen Gesamtbevölkerung von 15,7 % ermittelt (6). Laut älteren Daten betrug die Diagnosehäufigkeit depressiver Episoden (F32/F33) 16,3 % (7). Weiterhin bestätigten die Analysen eine erhebliche Komorbidität bezüglich psychischer und somatischer Erkrankungen.

Die aktuelle Leitlinie sieht eine Therapie in Abhängigkeit vom Schweregrad vor. Spezifische Haupt- und Zusatzsymptome unterstützen die Diagnosestellung und Schweregradklassifikation. Weiterhin empfiehlt die Leitlinie, einfache diagnostische Instrumente zur Schweregrad- und Verlaufsbeurteilung niederschwellig einzusetzen (19). Mit steigendem Schweregrad intensiviert und spezialisiert sich die Versorgung gemessen anhand des Anteils an Patienten mit Kontakt zu spezialisierten Behandlerinnen und Behandlern sowie anhand der Häufigkeit der Medikation. Dennoch erscheint die Versorgung insgesamt unzureichend. So erhalten beispielsweise nur 10 % der Patienten mit einer schweren Depression antragspflichtige Leistungen entsprechend der Psychotherapie-Richtlinie und nur 60 % der Patienten wurden Antidepressiva verordnet. Dabei gilt es jedoch zu berücksichtigen, dass einige Patienten eine medikamentöse Behandlung ablehnen. Aus der Analyse ergeben sich Hinweise, dass ein erheblicher Teil der Patienten nicht entsprechend der nationalen Versorgungsleitlinie therapiert wird (19), was die Schlussfolgerungen aus bisherigen Studien bestätigt (11, 12). Ursachen dafür lassen sich anhand der GKV-Routinedaten nicht feststellen, können jedoch sowohl versorgungsseitig (zum Beispiel unzureichende diagnostische Maßnahmen, Zeitknappheit), patientenseitig (zum Beispiel Ablehnen einer medikamentösen oder psychotherapeutischen Behandlung) oder strukturell bedingt sein (zum Beispiel mangelnder Zugang zu Fachspezialistinnen und -spezialisten, Wartezeiten). Dies gilt es in weiteren Studien näher zu analysieren.

Die vorliegende Studie hat Stärken und Schwächen, die mit der Nutzung von GKV-Routinedaten einhergehen (8, 20, 21). Die Stärken liegen insbesondere in der hohen Fallzahl und dem Ausschluss von Selektionseffekten, wie sie bei Befragungen vorkommen. Ein Nachteil sind fehlende Informationen zu patientenberichteten Versorgungsaspekten wie erlebter Symptomatik und Therapiepräferenzen. Es ist bekannt, dass sich Prävalenzschätzungen teilweise erheblich von systematischen Erhebungen unterscheiden, je nachdem, ob es sich um vom Patienten selbst berichtete ärztliche Diagnosen, solche nach Anwendung standardisierter Instrumente oder um GKV-Diagnosedaten handelt (22). Weiterhin wird kritisch beur-

teilt, wie valide Depressionsdiagnosen in Abrechnungsdaten sind, insbesondere im hausärztlichen Bereich, was bei der Interpretation der Ergebnisse berücksichtigt werden muss (11, 22, 23). Zusätzlich ist zu beachten, dass die Nutzung und Angemessenheit der Strategie des abwartenden Beobachtens („watchful waiting“) oder niederschwelliger psychosozialer Interventionen anhand von GKV-Daten nicht überprüft werden und unter Umständen für viele Patienten mit einem leichten Verlauf ausreichen kann. In der vorliegenden Arbeit wurden im ambulanten Bereich nur Diagnosen und Leistungen von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, Psychotherapeuten sowie Institutionen, die über den EBM-Katalog abrechnen, berücksichtigt. Ambulante Behandlungen in Krankenhäusern, die andere Abrechnungswege nutzen, wie zum Beispiel psychiatrische Instituts- oder Hochschulambulanz, wurden nicht einbezogen. Dadurch wird jedoch nur leicht unterschätzt, wie häufig Leistungen in Anspruch genommen wurden, da der Weg in diese spezialisierten Versorgungsformen üblicherweise über den niedergelassenen Bereich führt. Ebenso wurden keine Substanzen, insbesondere keine pflanzlichen oder homöopathischen Mittel, berücksichtigt, die über Privatrezepte verordnet wurden. Veränderungen der Krankheitsschwere im zeitlichen Verlauf können über GKV-Daten nur näherungsweise abgebildet werden, was dem episodischen Charakter der Erkrankung nicht gerecht wird. Für genauere Ergebnisse sind andere Forschungsansätze notwendig.

Die Analysen gewähren einen Einblick in Charakteristika und Leistungsanspruchnahmen von Patienten mit Depressionsdiagnose. Die Ergebnisse liefern Hinweise darauf, dass die Patienten nicht immer gemäß den Leitliniempfehlungen versorgt werden. Wichtige Aspekte wie eine korrekte Diagnosestellung, Schweregradbestimmung sowie Einleitung einer leitlinienorientierten Therapie sollten daher verstärkt in Fort- und Weiterbildungen, insbesondere im hausärztlichen Bereich, geschult werden.

### Interessenkonflikt

Prof. Kahl ist Mitglied im Advisory Board von Janssen/J&J, neuraxpharm und Takeda. Er bekam Vortragshonorare von Servier, Eli Lilly, Dr. Schwabe, Alexion, Aristo, Berlin Chemie, Janssen, Johnson & Johnson, Otsuka, neuraxpharm sowie Takeda. Studienunterstützung (Drittmittel) wurde ihm zuteil von Sevier und Tromsdorff/Ferrer.

Die übrigen Autorinnen und Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Manuskriptdaten

eingereicht: 21.01.2022, revidierte Fassung angenommen: 14.04.2022

### Literatur

1. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators: global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; 396: 1204–22.
2. Eden J-L, Konnopka A, König HH: [Costs of depression in Germany—systematic review]. *Psychiatr Prax* 2021; 48: 290–300.
3. Jacobi F, Höfler M, Siegert J, et al.: Twelve-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). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 304–19.
4. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, et al.: Twelve-months prevalence of mental disorders in the German health interview and examination survey for adults – mental health module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *Int J Methods Psychiatr Res* 2015; 24: 305–13.

5. Bretschneider J, Janitza S, Jacobi F, et al.: Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC Psychiatry* 2018; 18: 394.
6. Steffen A, Thom J, Jacobi F, Holstiege J, Bätzing J: Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *J Affect Disord* 2020; 271: 239–47.
7. Stahmeyer JT, Kuhlmann K, Eberhard S: [The frequency of depression diagnoses in different groups of insured persons—a routine data analysis of the years 2006 to 2015]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2019; 69: 72–80.
8. Ohlmeier C, Frick J, Prütz F, et al.: [Use of routine data from statutory health insurances for federal health monitoring purposes]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2014; 57: 464–72.
9. Thom J, Bretschneider J, Kraus N, Handerer J, Jacobi F: [Healthcare epidemiology of mental disorders: why is the prevalence not declining despite growing provision of care?]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2019; 62: 128–39.
10. Richter D: [The supposed increase of mental illness—social change and mental health]. *Psychiatr Prax* 2020; 47: 349–51.
11. Bertelsmann Stiftung (eds.): *Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2014.
12. Trautmann S, Beesdo-Baum K: The treatment of depression in primary care. *Dtsch Arztebl Int* 2017; 114: 721–8.
13. Wiegand HF, Saam J, Marschall U, et al.: Challenges in the transition from in-patient to out-patient treatment in depression. *Dtsch Arztebl Int* 2020; 117: 472–9.
14. Jaunzeme J, Eberhard S, Geyer S: [How „representative“ are SHI (statutory health insurance) data? Demographic and social differences and similarities between an SHI-insured population, the population of Lower Saxony, and that of the Federal Republic of Germany using the example of the AOK in Lower Saxony]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 447–54.
15. Epping J, Geyer S, Eberhard S, Tetzlaff J: [Completely different or quite similar? The sociodemographic structure of the AOK Lower Saxony in comparison to the general and working population in Lower Saxony and the Federal Republic of Germany]. *Gesundheitswesen* 2021; 83: 77–86.
16. Kleine-Budde K, Müller R, Kawohl W, Bramesfeld A, Moock J, Rössler W: The cost of depression—a cost analysis from a large database. *J Affect Disord* 2013; 147: 137–43.
17. Kassenärztliche Bundesvereinigung: Online-Version des EBM: [www.kbv.de/html/ebm.php](http://www.kbv.de/html/ebm.php) (last accessed on 11 January 2022).
18. Gemeinsamer Bundesausschuss: Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie. [www.g-ba.de/richtlinien/20/](http://www.g-ba.de/richtlinien/20/) (last accessed on 11 January).
19. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (eds.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression: S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung. 2nd edition. Version 5. Berlin: Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) 2015; 238.
20. Neubauer S, Zeidler J, Lange A, von der Schulenburg J-M: *Prozessorientierter Leitfaden für die Analyse und Nutzung von Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung*. 1st edition. Baden-Baden: Nomos 2017.
21. Kreis K, Neubauer S, Klorä M, Lange A, Zeidler J: Status and perspectives of claims data analyses in German—a systematic review. *Health Policy* 2016; 120: 213–26.
22. Grobe TG, Kleine-Budde K, Bramesfeld A, Thom J, Bretschneider J, Hapke U: [Prevalences of depression among adults: comparative analysis of a nationwide survey and routine data]. *Gesundheitswesen* 2019; 81: 1011–7.
23. IGES Institut: *Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen. Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK*. Berlin: [www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/aerztliche\\_versorgung/verguetung\\_und\\_leistungen/klassifikationsverfahren/9\\_Endbericht\\_Kodierqualitaet\\_Hauptstudie\\_2012\\_12-19.pdf](http://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/verguetung_und_leistungen/klassifikationsverfahren/9_Endbericht_Kodierqualitaet_Hauptstudie_2012_12-19.pdf) (last accessed on 11 January 2022).

**Anschrift für die Verfasser**

Dr. PH Jona T. Stahmeyer  
 Stabsbereich Versorgungsforschung  
 AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen  
 Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover  
[Jona.Stahmeyer@nds.aok.de](mailto:Jona.Stahmeyer@nds.aok.de)

**Zitierweise**

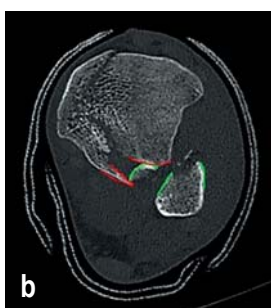
Stahmeyer JT, Märtsens C, Eidt-Koch D, Kahl KG, Zeidler J, Eberhard S: The state of care for persons with a diagnosis of depression—an analysis based on routine data from a German statutory health insurance carrier. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 458–65. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0204

► Die englische Version des Artikels ist online abrufbar unter: [www.aerzteblatt-international.de](http://www.aerzteblatt-international.de)

Zusatzmaterial  
 eTabellen, eGrafiken:  
[www.aerzteblatt.de/m2022.0204](http://www.aerzteblatt.de/m2022.0204) oder über QR-Code



**KLINISCHER SCHNAPPSCHUSS**



**Bosworth-Fraktur**

Ein 37-jähriger Patient stürzte bei der Arbeit aus etwa 1 m Höhe auf sein linkes Sprunggelenk. Die Versuche einer geschlossenen Reposition der Sprunggelenkluxationsfraktur blieben erfolglos. In den Röntgenaufnahmen (*Abbildung a*, ap-Strahlengang) kann die verhakte Luxation des proximalen Fibulafragments (grün) hinter die posterolaterale Tibia übersehen werden. Röntgenologische Hinweise sind das „Axilla sign“ (Pfeil) oder das Überlappen der distalen Tibia und Fibula. Diese Verletzung wurde erstmals von Bosworth 1947 beschrieben. Unter den Sprunggelenkfrakturen ist sie sehr selten. Als Mechanismus wird eine Krafteinwirkung bei extremer Außenrotation angenommen. Frakturen, die durch direkte Gewalteinwirkung auf die Malleolenregion entstehen, benötigen eine eingehende Frakturanalyse. Eine Computertomografie (CT) ist hilfreich, um ein Missmanagement mit eventuell fatalen Folgen für den Patienten zu vermeiden. *Abbildung b* zeigt den axialen CT-Schnitt in die Interposition des Fibulafragmentes in der dorsolateralen Tibia (Fibula grün, Tibia rot). Unser Patient wurde am Unfalltag offen reponiert und sogleich plattenosteosynthetisch versorgt. Sieben Wochen postoperativ beklagte er bei freiem Gangbild nur noch geringe Restbeschwerden.

Jan Tschernitschek, Dr. med. Mark Preußler, Dr. med. Jaroslav Pyrc  
 Elblandzentrum Orthopädie und Unfallchirurgie, Standort Radebeul, [jan.tschernitschek@josephstift-dresden.de](mailto:jan.tschernitschek@josephstift-dresden.de)

**Interessenkonflikt:** Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht.

**Zitierweise:** Tschernitschek J, Preußler M, Pyrc J: Bosworth fracture. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 465. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0069

► Vergrößerte Abbildung und englische Übersetzung unter: [www.aerzteblatt.de](http://www.aerzteblatt.de)



Zusatzmaterial zu:

# Versorgungssituation von Menschen mit Depressionsdiagnose

Eine Analyse auf Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung

Jona T. Stahmeyer, Caroline Märten, Daniela Eidt-Koch, Kai G. Kahl, Jan Zeidler, Sveja Eberhard

Dtsch Arztebl Int 2022; 119: 458–65. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0204

eTABELLE 1

## Übersicht über Leistungen nach Psychotherapie-Richtlinie im EBM-Katalog

EBM-Ziffer	Bezeichnung
<b>nicht antragspflichtige Leistungen</b>	
35100	differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände
35110	verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen
35111	übende Interventionen, Einzelbehandlung
35112	übende Interventionen, Gruppenbehandlung
35120	Hypnose
35130	Bericht an den Gutachter (KZT 1 oder 2)
35131	Bericht an den Gutachter (LZT)
35140	biografische Anamnese
35141	vertiefte Exploration
35142	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde
35150	probatorische Sitzung
35151	psychotherapeutische Sprechstunde
35152	psychotherapeutische Akutbehandlung
<b>antragspflichtige Leistungen</b>	
35401	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)
35402	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)
35405	tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)
35411	analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)
35412	analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)
35415	analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)
35421	Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)
35422	Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)
35425	Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)
35503	tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 3 TN
35504	tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 4 TN
35505	tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 5 TN
35506	tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 6 TN
35507	tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 7 TN
35508	tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 8 TN
35509	tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 9 TN
35513	tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 3 TN
35514	tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 4 TN
35515	tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 5 TN

EBM-Ziffer	Bezeichnung
35516	tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 6 TN
35517	tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 7 TN
35518	tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 8 TN
35519	tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 9 TN
35523	analytische Psychotherapie (KZT), 3 TN
35524	analytische Psychotherapie (KZT), 4 TN
35525	analytische Psychotherapie (KZT), 5 TN
35526	analytische Psychotherapie (KZT), 6 TN
35527	analytische Psychotherapie (KZT), 7 TN
35528	analytische Psychotherapie (KZT), 8 TN
35529	analytische Psychotherapie (KZT), 9 TN
35533	analytische Psychotherapie (LZT), 3 TN
35534	analytische Psychotherapie (LZT), 4 TN
35535	analytische Psychotherapie (LZT), 5 TN
35536	analytische Psychotherapie (LZT), 6 TN
35537	analytische Psychotherapie (LZT), 7 TN
35538	analytische Psychotherapie (LZT), 8 TN
35539	analytische Psychotherapie (LZT), 9 TN
35543	Verhaltenstherapie (KZT), 3 TN
35544	Verhaltenstherapie (KZT), 4 TN
35545	Verhaltenstherapie (KZT), 5 TN
35546	Verhaltenstherapie (KZT), 6 TN
35547	Verhaltenstherapie (KZT), 7 TN
35548	Verhaltenstherapie (KZT), 8 TN
35549	Verhaltenstherapie (KZT), 9 TN
35553	Verhaltenstherapie (LZT), 3 TN
35554	Verhaltenstherapie (LZT), 4 TN
35555	Verhaltenstherapie (LZT), 5 TN
35556	Verhaltenstherapie (LZT), 6 TN
35557	Verhaltenstherapie (LZT), 7 TN
35558	Verhaltenstherapie (LZT), 8 TN
35559	Verhaltenstherapie (LZT), 9 TN
<b>psychodiagnostische Testverfahren</b>	
35600	Testverfahren, standardisierte
35601	Testverfahren, psychometrische
35602	Verfahren, projektive

EBM, Einheitlicher Bewertungsmaßstab; KZT, Kurzzeittherapie; LZT, Langzeittherapie, TN, Teilnehmerinnen und Teilnehmer

eTABELLE 2

**Übersicht über abgerechnete nicht antragspflichtige Leistungen**

EBM-Ziffer	Erläuterung	Anteil an allen nicht-antragspflichtigen Leistungen (n = 525 271)	Anteil an Patienten mit Leistung (n = 285 568)
35100	differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	27,3 %	29,9 %
35110	verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	51,8 %	34,9 %
35111	übende Interventionen, Einzelbehandlung	0,5 %	0,3 %
35112	übende Interventionen, Gruppenbehandlung	0,2 %	0,0 %
35120	Hypnose	0,4 %	0,2 %
35130	Bericht an den Gutachter (KZT 1 oder 2)	0,1 %	0,2 %
35131	Bericht an den Gutachter (LZT)	0,4 %	0,8 %
35140	biografische Anamnese	2,1 %	3,7 %
35141	vertiefte Exploration	1,6 %	2,4 %
35142	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde	0,2 %	0,4 %
35150	probatorische Sitzung	4,8 %	3,6 %
35151	psychotherapeutische Sprechstunde	7,4 %	5,9 %
35152	psychotherapeutische Akutbehandlung	3,1 %	0,9 %

Insgesamt wurden in der Studienpopulation im Jahr 2018 525 271 nicht antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen nach EBM abgerechnet. Überwiegend waren dies die differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände und die verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen. Weiterhin ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit der jeweiligen Leistung dargestellt. EBM, Einheitlicher Bewertungsmaßstab; KZT, Kurzzeittherapie; LZT, Langzeittherapie

eTABELLE 3

**Übersicht über abgerechnete antragspflichtige Leistungen**

Bereich	EBM-Ziffern	Anteil an allen antragspflichtigen Leistungen (n = 216 089)	Anteil an Patienten mit Leistung (n = 285 568)
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Einzelbehandlung (KZT, LZT)	35100, 35110, 35111	39,7 %	2,5 %
analytische Psychotherapie – Einzelbehandlung (KZT, LZT)	35411, 35412, 35415	8,8 %	0,2 %
Verhaltenstherapie – Einzelbehandlung (KZT, LZT)	35421, 35422, 35152	46,4 %	3,4 %
tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie – Gruppentherapie (KZT, LZT)	35503, 35504, 35505, 35506, 35507, 35508, 35509, 35513, 35514, 35515, 35516, 35517, 35518, 35519	2,7 %	0,1 %
analytische Psychotherapie – Gruppentherapie (KZT, LZT)	35523, 35524, 35525, 35526, 35527, 35528, 35529, 35533, 35534, 35535, 35536, 35537, 35538, 35539	0,6 %	0,02 %
Verhaltenstherapie – Gruppentherapie (KZT, LZT)	35543, 35544, 35545, 35546, 35547, 35548, 35549, 35553, 35554, 35555, 35556, 35557, 35558, 35559	1,9 %	0,1 %

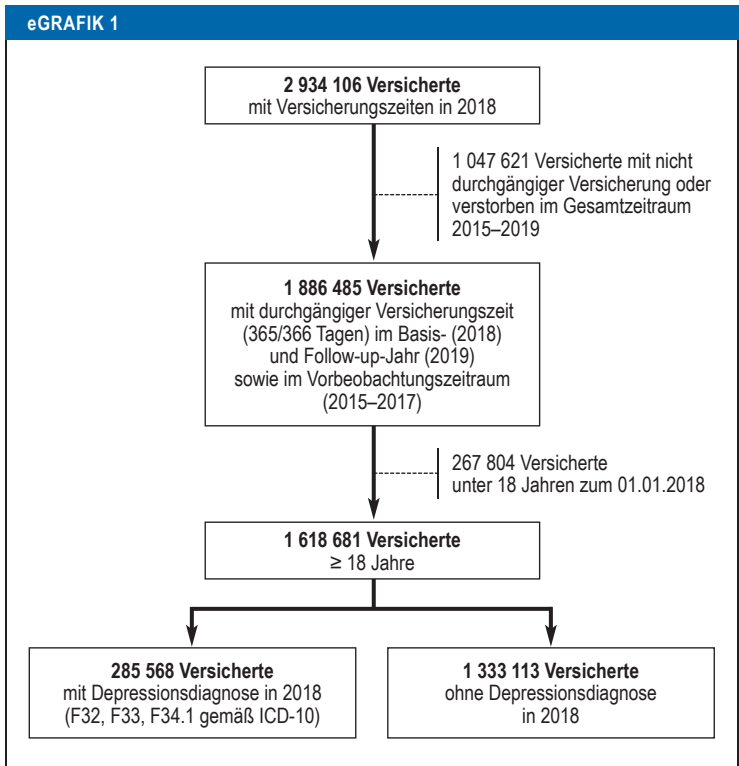
Insgesamt wurden in der Studienpopulation im Jahr 2018 216 089 antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen nach EBM abgerechnet. Überwiegend waren dies die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie als Einzelbehandlung und die Verhaltenstherapie als Einzelbehandlung. Weiterhin ist der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Leistungen aus dem jeweiligen Bereich dargestellt. EBM, Einheitlicher Bewertungsmaßstab; KZT, Kurzzeittherapie; LZT, Langzeittherapie

eTABELLE 4

**Verordnete Arzneimittel\***

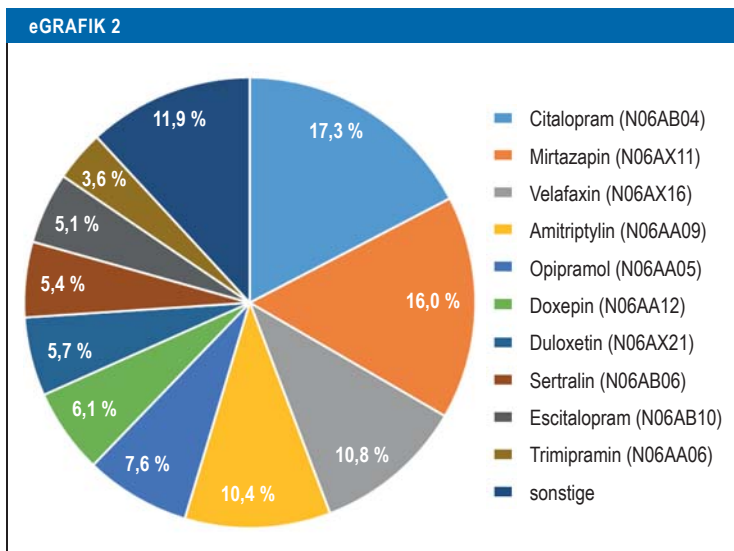
Medikamenten-/Wirkstoffklasse	Anteil an Patienten mit Verordnung aus der jeweiligen Wirkstoffklasse (n = 285 568)	Anteil an allen Antidepressivaverordnungen (n = 465 992)
<b>Antidepressiva – N06A</b>	<b>42,0 %</b>	
andere Antidepressiva – N06AX	17,1 %	36,9 %
selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer – N06AB	17,7 %	32,4 %
nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer – N06AA	14,7 %	29,4 %
pflanzliche Antidepressiva – N06AP	0,8 %	0,9 %
Monoaminoxidase-A-Hemmer – N06AG	0,1 %	0,3 %
nichtselektive Monoaminoxidasehemmer – N06AF	< 0,1 %	0,1 %
homöopathische/anthroposophische Antidepressiva – N06AH	< 0,1 %	0,01 %
<b>Benzodiazepin-Derivate – N05BA</b>	<b>5,8 %</b>	<b>trifft nicht zu</b>
<b>Antipsychotika – N05A (Lithium – N05AN)</b>	<b>11,3 % (0,4 %)</b>	<b>trifft nicht zu</b>
<b>Kombination aus Antidepressiva und Antipsychotika – N05A und N06A</b>	<b>7,6 %</b>	<b>trifft nicht zu</b>

\*Diese Übersicht basiert auf den Codes und Bezeichnungen des anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikationssystems.



**Flowchart zur Selektion der Studienpopulation**

ICD-10, Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme



**Anteil des jeweiligen Wirkstoffs an allen Antidepressivaverordnungen (ATC-Code: N06A)**

Insgesamt wurden in der Studienpopulation 465 992 Antidepressivaverordnungen (ATC-Code: N06A) im Jahr 2018 dokumentiert. Die am häufigsten verordneten Wirkstoffe waren Citalopram, Mirtazapin und Venlafaxin. 59,5 % der Verordnungen entfielen auf eine Hausärztin oder einen Hausarzt (Arztgruppen 1, 2, 3), 33,0 % auf spezialisierte Fachrichtungen wie Psychiatrie oder Neurologie (Arztgruppen 51, 53, 58, 60, 61) und 7,5 % auf andere Fachrichtungen.

ATC, anatomisch-therapeutisch-chemisches Klassifikationssystem