

Versorgungs-Report 2013/2014

„Depression“

Jürgen Klauber / Christian Günster /
Bettina Gerste / Bernt-Peter Robra /
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 21-54



2	Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland – Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen	21
	<i>Bettina Gerste und Christiane Roick</i>	
2.1	Einleitung	22
2.2	Methoden	24
2.2.1	Aufgriff und Diagnosevalidierung.....	24
2.2.2	Versorgungssituation im ersten Jahr und Verlaufsbeobachtung.....	26
2.2.3	Schweregraddefinition bei den Prävalenz- und Inzidenzanalysen.....	27
2.2.4	Limitierungen der vorliegenden Analysen.....	27
2.3	Ergebnisse A: Diagnosevalidität	29
2.3.1	Häufige Verwendung unspezifischer Diagnosekodes für depressive Episoden	29
2.3.2	Seltene Verwendung spezifischer Diagnosekodes für Dysthymie und rezidivierende kurze depressive Episoden	31
2.3.3	Häufiges Auftreten von auf ein Quartal beschränkten Depressionsdiagnosen.....	32
2.3.4	Kodierung rezidivierender depressiver Episoden als Erstepisoden	34
2.4	Ergebnisse B: Administrative Prävalenz und Inzidenz.....	35
2.4.1	Prävalenz depressiver Erkrankungen	35
2.4.2	Inzidenz depressiver Erkrankungen.....	40
2.5	Ergebnisse C: Medizinische Versorgung und weiterer Verlauf der inzidenten Depressionen	44
2.5.1	Behandlungssetting	45
2.5.2	Qualifikation der ambulanten Behandler	46
2.5.3	Weiterer Krankheitsverlauf nach dem ersten Erkrankungsjahr	48
2.6	Zusammenfassung	51

Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland

Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen

Bettina Gerste und Christiane Roick

Abstract

Depressionen haben wegen ihres häufigen Vorkommens und der erheblichen krankheitsbedingten Belastungen besondere Bedeutung für das Gesundheitssystem. Im vorliegenden Beitrag werden anhand der Routinedaten aller AOK-Versicherten ab 18 Jahren die Prävalenz- und -Inzidenzraten unipolarer Depressionen für 2007 und 2010 analysiert und es wird dargestellt, wie erstmals erkrankte Patienten versorgt wurden. Zudem wird untersucht, wie unipolare Depressionen in administrativen Daten kodiert werden.

Folgende Ergebnisse sprechen für eine eingeschränkte Validität der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen: Zwei Drittel aller Patienten mit depressiven Erstepisoden erhielten nur unspezifische Depressionsdiagnosen. Die Prävalenzrate der Dysthymie lag deutlich unter den Ergebnissen repräsentativer Bevölkerungsbefragungen, während die Gesamtprävalenz depressiver Erkrankungen deutlich höher war. Bei rund 800.000 Patienten, die in der Prävalenzanalyse nicht berücksichtigt wurden, wurden nur in einem einzigen Quartal unspezifische oder leichte depressive Episoden kodiert. 60% aller Patienten mit einer Erstepisode im Jahr 2007 erhielten auch 2008 eine solche Diagnose, und bis 2010 hatten 71% erneut eine F32-Diagnose erhalten.

Die dokumentierte Diagnoseprävalenz unipolarer Depressionen lag 2010 bei 11,1% und damit über der in Bevölkerungsbefragungen (DGS1-MH) ermittelten Prävalenz. Von 2007 bis 2010 war ein Prävalenzanstieg um 19,3% zu verzeichnen. 79% der neu an Depression erkrankten Patienten wurden ausschließlich ambulant versorgt, meist allein durch Hausärzte. 58% der ausschließlich ambulant versorgten schwer depressiven Patienten erhielten eine fachärztliche (Mit-)Behandlung.

Because of their frequent occurrence and the significant burdens caused by them, depressions are of particular importance for the health care system. Based on routine data of all AOK insurees aged 18 years and older, the authors analyse the prevalence and incidence rates of unipolar depression for 2007 and 2010. They also show how patients who fell ill with depression for the first time were treated. Furthermore, they examine the coding of unipolar depression in administrative data.

The results suggest a limited validity of depression diagnoses documented in routine data: two thirds of patients with first depressive episodes received only

nonspecific depression diagnoses. The prevalence of dysthymia was considerably lower than the results of representative population surveys, while the overall prevalence of depressive disorders was considerably higher. For about 800,000 patients who were not included in the prevalence analysis, nonspecific or mild depressive episodes were coded in a single quarterly period only. 60% of all patients with a first episode in 2007 received such a diagnosis in 2008 as well, and until 2010, 71% had again received a diagnosis F32. The documented diagnosis prevalence of unipolar depression was 11.1% in 2010, higher than the prevalence found in the population surveys (DGS1-MH). From 2007 to 2010, an increase in prevalence by 19.3% was observed. 79% of the newly diagnosed patients with depression were outpatients, usually treated exclusively by general practitioner. 58% of the severely depressed outpatients were (co-)treated by a medical specialist.

2.1 Einleitung

Depressive Erkrankungen haben wegen ihrer hohen Prävalenz und der erheblichen krankheitsbedingten Belastungen eine besondere Bedeutung für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem. Eine aktuelle EU-weite Studie schätzt, dass 6,9% der Bevölkerung jährlich mindestens eine Episode einer Major Depression erleben (Wittchen et al. 2011). Damit gehören depressive Störungen nach Angsterkrankungen und Schlafstörungen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Hinsichtlich der Krankheitslast für die Betroffenen und die Gesellschaft, gemessen in verlorenen Lebensjahren durch krankheitsbedingte Behinderungen und Mortalität, liegen depressive Erkrankungen sogar mit weitem Abstand vor allen anderen psychischen und neurologischen Erkrankungen (Wittchen et al. 2011).

Erkenntnisse zur Epidemiologie depressiver Erkrankungen liegen sowohl aus standardisierten Bevölkerungsbefragungen als auch aus Analysen von Versorgungsdaten vor. Bei letztgenannten Untersuchungen spricht man auch von der dokumentierten oder administrativen Prävalenz oder Inzidenz. Interessant ist, dass die Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragungen teilweise stark von den Ergebnissen der Routinedatenanalysen abweichen.

In den vergangenen 15 Jahren hat die Zahl der psychiatrischen Diagnosen, einschließlich der Depressionsdiagnosen, die Ärzte bei Behandlungen, Krankschreibungen oder Frühverrentungen dokumentiert haben, nahezu kontinuierlich zugenommen (Jacobi 2009). Daraus schlussfolgerte man, dass psychische Erkrankungen eine Epidemie des 21. Jahrhunderts sein könnten (Weber et al. 2006) und insbesondere die Prävalenz depressiver Erkrankungen ansteigen würde (Klerman und Weissman 1989; Wittchen et al. 2010).

Aktuelle standardisierte Untersuchungen der psychischen Gesundheit repräsentativer Bevölkerungsstichproben stützen diese These jedoch nicht. So fanden Wittchen et al. (2011) in einer großen Meta-Analyse keine Hinweise darauf, dass die Prävalenz depressiver Erkrankungen von 2005 bis 2010 in der EU zugenommen hätte. Auch Richter und Berger fanden in ihrer 2013 veröffentlichten Metaanalyse

keine klaren Belege für eine Zunahme psychischer Erkrankungen im allgemeinen und depressiver Erkrankungen im besonderen (Richter und Berger 2013).

Die ersten Ergebnisse der neuen Gesundheitsuntersuchung der deutschen Erwachsenenbevölkerung (DEGS1-MH) deuten im Vergleich zu den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys von 1998 ebenfalls nicht auf einen Anstieg der Zahl depressiv Erkrankter hin (Wittchen et al. 2010; Jacobi et al. 2013; Wittchen und Jacobi 2012). Abschließende Aussagen dazu sind aber erst nach angemessener Berücksichtigung der methodischen Unterschiede zwischen beiden Untersuchungen möglich.

Die unterschiedlichen Beobachtungen zur Prävalenzentwicklung, die auf der Basis von Bevölkerungsbefragungen oder der Analyse von Versorgungsdaten gemacht wurden, sprechen jedoch dafür, dass die ärztliche Sensitivität für das Erkennen depressiver Erkrankungen und die Bereitschaft der Betroffenen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, in den letzten Jahren gewachsen sein könnten (Jacobi 2009). Da gerade die Depression oft mit körperlichen Beschwerden einhergeht, erhielt ein Teil der Erkrankten früher vermutlich eine andere Diagnose, zum Beispiel aus dem Bereich der muskuloskelettalen Erkrankungen. Durch die verbesserte Awareness bei Ärzten und Betroffenen könnten sich die ärztlichen Diagnosen in den letzten Jahren in Richtung psychischer Störungen verlagert haben (Jacobi 2009). Dies wäre eine wünschenswerte Entwicklung, die erwarten lässt, dass mehr Erkrankte eine adäquate professionelle Hilfe erhalten (Hegerl 2012; Wittchen et al. 2011; Jacobi et al. 2002; Jacobi 2009).

Andererseits kann eine häufigere Kodierung depressiver Episoden auch auf eine veränderte Kodierpraxis hindeuten. So könnte die zunehmende Entstigmatisierung der Depression in der Gesellschaft und die wachsende Awareness von Ärzten und Patienten auch dazu beitragen, dass bereits Symptom-Konstellationen, deren Schwere oder Dauer nicht die Diagnose einer depressiven Episode rechtfertigt, als solche klassifiziert werden. Damit könnten auch Personen als depressiv eingestuft werden, die im strengen Sinne eine subklinische Symptomatik aufweisen oder deren Symptome einer anderen Diagnosekategorie zuzuordnen wären. Gerade administrative Daten der Krankenkassen könnten eine gewisse Anfälligkeit für solche Verschiebungen aufweisen, da allein auf der Basis von Routinedaten nicht überprüfbar ist, inwieweit die geltenden Diagnosekriterien tatsächlich bei allen Patienten exakt angewendet wurden.

Deshalb soll im vorliegenden Beitrag zunächst anhand von Routinedaten analysiert werden, wie sich die Kodierung depressiver Episoden in den administrativen Daten darstellt, wie sie sich im Zeitverlauf verändert und wie dies zu bewerten ist. Im zweiten Schritt werden die sich aus den untersuchten Routinedaten ergebenden Prävalenz- und Inzidenzraten depressiver Erkrankungen in Deutschland dargestellt. Abschließend wird untersucht, wie Patienten, bei denen erstmals eine depressive Episode dokumentiert wurde, in den ersten Krankheitsjahren versorgt werden. Im Mittelpunkt des Interesses stehen dabei die Art der medizinischen Versorgung im Indexjahr sowie die Häufigkeit stationärer Aufnahmen und weiterer Diagnosen affektiver Störungen in den drei der Ersterkrankung folgenden Jahren.

2.2 Methoden

2

Für die Analysen wird auf die anonymisierten Abrechnungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2004 bis 2010 zurückgegriffen.¹ Die Prävalenz- und Inzidenzanalysen beziehen sich auf die Jahre 2007 und 2010, wegen des gewählten Diagnosevalidierungsverfahrens (siehe unten) muss dabei jedoch in einigen Fällen bis ins Jahr 2004 zurückgegangen werden. Alle im Ergebnisteil präsentierten Zahlen wurden alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Wohnbevölkerung von ganz Deutschland hochgerechnet.²

2.2.1 Aufgriff und Diagnosevalidierung

Tabelle 2–1 zeigt die Zieldiagnosen der Prävalenz- und Inzidenzanalyse. Die Auswahl der Zieldiagnosen für die Prävalenzanalyse orientierte sich an den Diagnosen, die als Geltungsbereich der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depressionen definiert wurden: depressive Erstepisoden (ICD-10 F32) sowie rezidivierende Depressionen (ICD-10 F33) und dysthyme Störungen (ICD-10 F34.1) (DGPPN et al. 2012). Auf eine Berücksichtigung der in der NVL ebenfalls erwähnten rezidivierenden kurzen depressiven Episoden (F38.1) wurde verzichtet, weil diese Diagnose extrem selten gestellt wurde (<0,1 % aller Depressionsdiagnosen) und diese Diagnose in Prävalenzanalysen anderer Arbeitsgruppen, die eine wichtige

Tabelle 2–1

Zieldiagnosen und Hierarchien für die Prävalenz- und Inzidenzanalysen

Priorität	ICD10-Diagnose	Kommentar
Prävalenzanalysen		
1	F33.2/3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode, mit oder ohne psychotische Symptome
2	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
3	F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
4	F33.8/9	Sonstige oder nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störungen
5	F33.4	Rezidivierende depressive Störungen, gegenwärtig remittiert
6	F32.2/3	Schwere depressive Episode mit oder ohne psychotische Symptome
7	F32.1	Mittelgradige depressive Episode
8	F32.0	Leichte depressive Episode
9	F32.8/9	Sonstige oder nicht näher bezeichnete depressive Episoden
10	F34.1	Dysthymia
Inzidenzanalysen		
1	F32.2/3	Schwere depressive Episode mit oder ohne psychotische Symptome
2	F32.1	Mittelgradige depressive Episode
3	F32.0	Leichte depressive Episode
4	F32.8/9	Sonstige oder nicht näher bezeichnete depressive Episoden

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

1 Näheres zu den verwendeten Daten findet sich im Kapitel 11 in diesem Band.

2 Erläuterungen zur Hochrechnung finden sich in Kapitel 11.

Tabelle 2–2
Aufgreifkriterien

Kriterium	Prävalenzanalysen	Inzidenzanalysen
Ganzjährige Versicherung	2 Jahre durchgehend bei der AOK versichert (Berichts- und Vorjahr) sowie Sterbefälle des Berichtsjahrs	4 Jahre durchgehend bei der AOK versichert (Berichts- und Vorjahr) sowie Sterbefälle des Berichtsjahrs
Zieldiagnosen	Mindestens eine Zieldiagnose aus Tabelle 2-1 als Haupt- oder Nebendiagnose abgeschlossener Krankenhausfälle im Berichtsjahr und/oder mindestens eine gesicherte ambulante Diagnose im Berichtsjahr	
Diagnose-Validierung bei ausschließlich ambulanten Diagnosen	Zieldiagnosen in mindestens 2 von 3 Quartalen. Individueller Bestätigungszeitraum ausgehend vom letzten Diagnosequartal im Berichtsjahr (Diagnosenennung in mindestens einem Quartal des Berichtsjahrs und in den beiden Quartalen vor dem letzten Auftreten der Diagnose im Berichtsjahr mindestens ein weiteres Diagnosequartal). Einschluss einstreuender Fälle (Episodenbeginn im Vorjahr), Ausschluss austreuender Fälle	
Inzidenz-Validierung	entfällt	Ausschluss von Patienten mit F3x-Kodierung (außer F34.1 und F38.1) in acht Quartalen vor Beginn der depressiven Erstepisode (F32.x) Ausschluss von Patienten mit der Diagnose einer rezidivierenden Depression (F33) im Berichtsjahr bzw. bei einstreuenden Fällen auch im Vorjahr

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

Vergleichsbasis für die vorliegenden Ergebnisse bilden (zum Beispiel Erhart und von Stillfried 2012), ebenfalls nicht berücksichtigt wurde.

Obwohl die Diagnosekriterien nicht völlig deckungsgleich sind, entspricht die ICD-10-Diagnosekategorie der depressiven Episode (depressive Erstepisode: F32 bzw. rezidivierende depressive Störung: F33) weitgehend der DSM-4-Kategorie der Major Depression (einzelne Episode: 296.2, rezidivierende Major Depression: 296.3). Der Begriff „Major Depression“ wird in der internationalen Literatur häufig genutzt und in der vorliegenden Arbeit verwendet, wenn auf entsprechende Studien Bezug genommen wird.

Wie Tabelle 2–2 zeigt, werden in der Analyse grundsätzlich alle Personen berücksichtigt, die einen Krankenhausaufenthalt mit Zieldiagnose als Haupt- oder Nebendiagnose aufweisen. Bei Personen, die nicht stationär behandelt wurden und ausschließlich über ambulante Zieldiagnosen identifiziert werden können, wird die Diagnose zusätzlich mithilfe bestätigender Diagnosen aus einem weiteren Behandlungsquartal validiert. Der episodenhafte Verlauf depressiver Erkrankungen erfordert – anders als bei gängigen kalenderjahresbezogenen Betrachtungen – einen Aufgreifmodus mit individuell definiertem Validierungszeitraum, da es andernfalls zu einer Unterschätzung der Prävalenz oder Inzidenz kommen kann (etwa wenn eine Episode im ersten Quartal eines Jahres endet oder im letzten beginnt).

Ausgehend von einer im Mittel sechsmonatigen Episodendauer (DGPPN et al. 2012) wurden drei aufeinander folgende Quartale durchsucht, um eine gefundene ambulante Zieldiagnose durch eine zweite Diagnose in einem anderen Quartal der Episode zu bestätigen. Mindestens ein Diagnosequartal musste dabei im Beobachtungsjahr liegen. Die die Diagnose bestätigenden Einträge konnten aus dem unmittel-

Tabelle 2–3

Größe der Studienpopulationen

Zeitraum	Prävalenzanalysen	Inzidenzanalysen	Verlaufsbeobachtung Inzidenzkohorte
AOK-Versicherte			
2007	1 938 050	188 024	160 299
2010	2 198 315	201 712	entfällt
Hochrechnung auf die deutsche Wohnbevölkerung			
2007	5 657 250	561 717	476 254
2010	6 659 285	616 188	entfällt

Versorgungs-Report 2013/2014

WlD0

telbar vorangegangenen Zeitraum stammen: Ausgehend vom jeweils letzten Diagnosequartal im Berichtsjahr wurden im individuellen Zeitfenster Diagnosen gesucht, die bestätigen, dass in den davor liegenden Quartalen eine Krankheitsperiode vorlag (auch in das Berichtsjahr „einstreuende“ Diagnosen³). Das bedeutet, dass alle Personen aufgegriffen wurden, deren Krankheitsperiode im Berichtsjahr endete oder zum Ende des Berichtsjahres noch andauerte. Damit bestimmte das letzte – nicht das erste – Diagnosequartal die Zuordnung einer Episode zum Berichtsjahr. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass damit über das jeweils aktuellste vorliegende Datenjahr (2010) berichtet werden kann.

Da depressive Erkrankungen mit einer erhöhten Mortalität – vor allem durch Suizide – verbunden sind (DGPPN et al. 2012) und ein systematischer Ausschluss von Sterbefällen eine Unterschätzung der Prävalenz/Inzidenz zur Folge hätte, wurden im Berichtsjahr Verstorbene unabhängig von einer Diagnosevalidierung eingeschlossen.

Zur Berechnung der Ein-Jahres-Prävalenzen und Inzidenzen der Jahre 2007 und 2010 wurden vier verschiedene Untersuchungspopulationen gebildet. Für diese vier Populationen galt jeweils ein Mindestalter von 18 Jahren am 1. Januar des Aufgreifjahrs. Die genauen Ein- und Ausschlusskriterien für die Prävalenz- und Inzidenzanalysen sind in Tabelle 2–2 zusammengefasst. Die Anzahl der jeweils eingeschlossenen Patienten findet sich in Tabelle 2–3.

2.2.2 Versorgungssituation im ersten Jahr und Verlaufsbeobachtung

Die Inzidenzpopulation des Jahres 2007 bildete die Basis für eine Kohortenanalyse mit Verlaufsbeobachtung bis einschließlich 2010. Zur Vermeidung von Verzerrungen wurden für die Verlaufsbeobachtung jedoch diejenigen inzidenten Fälle ausgeschlossen, die nicht im gesamten Beobachtungszeitraum bis 2010 bei der AOK versichert waren. Sterbefälle der Jahre 2007 bis 2010 wurden eingeschlossen.

³ Deshalb werden in Tabelle 2–2 zwei Jahre durchgängiger Versicherung gefordert (Berichtsjahr sowie das dem Berichtsjahr vorangegangene Jahr). Bei Inzidenzanalysen mit einer geforderten Acht-Quartals-Diagnosefreiheit bedeutet dies einen Rückgriff auf Daten bis ins Jahr 2004.

Zusätzlich zur Inzidenzpopulation des Jahres 2007 wurden auch die inzidenten Fälle des Jahres 2010 selektiert, um untersuchen zu können, ob sich die Versorgung von Patienten mit einer depressiven Erstepisode im ersten Erkrankungsjahr verändert hat.

Entsprechend der Schweregrade der inzidenten depressiven Fälle (Tabelle 2–1) wurden vier Kohorten inzidenter depressiver Erkrankungen gebildet, die bis einschließlich 2010 nachbeobachtet wurden. Dabei wurde untersucht, bei wie vielen Patienten in den Folgejahren erneut depressive Episoden oder andere affektive Störungen kodiert wurden und wie häufig im weiteren Krankheitsverlauf stationäre Behandlungen mit der Haupt- oder Nebendiagnose einer affektiven Störung erfolgten.

2.2.3 Schweregraddefinition bei den Prävalenz- und Inzidenzanalysen

Jede Person des Prävalenzkollektivs wurde eindeutig einem von zehn Schweregraden zugeordnet (Tabelle 2–1). Bei Vorliegen unterschiedlicher Diagnosen im Berichtsjahr wurde der Patient der Diagnosegruppe mit der jeweils höchsten Priorität zugeordnet (Kategorie 1 bezeichnet die höchste, Kategorie 10 die niedrigste Priorität). Die Priorität wurde dabei nach der Schwere der Krankheitssymptomatik bestimmt (eine schwere Symptomatik hat eine höhere Priorität als eine leichtere Symptomatik) sowie nach der Spezifizierung der Diagnosen (spezifische Diagnosen haben eine höhere Priorität als unspezifische Diagnosen). Bei der hierarchischen Einordnung der Dysthymie musste zwischen der Dauer der Erkrankung (in der Regel länger als einzelne depressive Episoden) und der Schwere der Symptomatik (in der Regel leichter als bei depressiven Episoden) abgewogen werden. Die hier vorgenommene hierarchische Einstufung basierte auf der Definition der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression, wonach bei der Dysthymie einzelne depressive Phasen selten – wenn überhaupt – ausreichend schwer sind, um als auch nur leichte oder mittelgradige depressive Störung beschrieben zu werden (DGPPN et al. 2012). Wegen ihres chronischen, über mehrere Jahre andauernden Verlaufs ist die Dysthymie für die Betroffenen jedoch trotzdem mit beträchtlichen subjektiven Leiden und Beeinträchtigungen verbunden.

Dadurch könnte bei Kodierung unterschiedlicher Schweregrade eventuell eine leichte Verzerrung in Richtung höherer Krankheitsschwere entstehen, wenn die schwerere Diagnose irrtümlich gestellt wurde. Eine Fehlkodierung bei leichteren Formen fällt dagegen nicht ins Gewicht.

Für die Inzidenzanalyse wurden vier Schweregrade definiert (Tabelle 2–1). Jede Person des Inzidenzkollektivs wurde eindeutig einem dieser Schweregrade zugeordnet. Bei Vorliegen unterschiedlicher Diagnosen im Berichtsjahr wurde der Patient der Diagnosegruppe mit der jeweils höchsten Priorität zugeordnet (Kategorie 1 bezeichnet die höchste, Kategorie 4 die niedrigste Priorität).

2.2.4 Limitierungen der vorliegenden Analysen

Da die vorliegenden Analysen auf Daten basieren, die zu Abrechnungszwecken generiert wurden, vermitteln sie Informationen über die diagnostizierte und dokumentierte Prävalenz und Inzidenz depressiver Störungen. Menschen mit depressiven

Erkrankungen, die keine medizinische Behandlung in Anspruch genommen haben oder deren Depression nicht erkannt und in den Abrechnungsdaten kodiert wurde, werden dabei nicht berücksichtigt. Da die Diagnosen nicht nach einheitlichen Kriterien erhoben wurden, ist zudem damit zu rechnen, dass sich in einigen Fällen bei genauer ICD-10-basierter Diagnostik eine andere diagnostische Einstufung ergeben hätte als die in den Routinedaten gewählte.

Auch sind Routinedatenauswertungen bei psychischen Erkrankungen mit Blick auf die Fragestellungen von Versorgungsanalysen wie Über-, Unter- oder Fehlversorgung nur mit Vorsicht zu interpretieren, da psychische Diagnosen meist „weicher“ als somatische Diagnosen sind. So können psychische Erkrankungen in der Regel nicht über Labortests, Ergebnisse apparativer Untersuchungen oder augenfällige körperliche Veränderungen erkannt werden. Ihre Diagnostik beruht auf der Beschreibung seelischer Probleme durch Patienten oder Angehörige sowie auf der Beobachtung von Verhalten. Diese subjektiv berichteten und subjektiv vom Arzt wahrgenommenen Symptome müssen in ein Klassifikationssystem eingeordnet werden, das die Abgrenzung zwischen einzelnen psychischen Erkrankungen, aber auch zwischen pathologischem und normalem Erleben definiert. Die in diesem Klassifikationssystem festgelegten Krankheitsdefinitionen sind jedoch nicht unverrückbar. Dies zeigen sowohl die definitorischen Abweichungen zwischen den Klassifikationssystemen DSM und ICD als auch die ständigen Weiterentwicklungen der Klassifikationssysteme, die mit der Definition neuer psychiatrischer Krankheitsbilder und Veränderungen der Kriterien für bekannte Krankheitsbilder einhergehen.

Da den vorliegenden Routinedaten nicht zu entnehmen ist, auf welcher Basis die Diagnose Depression gestellt wurde, etwa ob alle Ärzte gleiche Kriterien angelegt haben, kann das reale Versorgungsgeschehen für diese Patienten nicht sicher bewertet werden. Dies wäre nur zulässig, wenn die Diagnostik nachprüfbar nach gleichen Kriterien erfolgt wäre.

Zudem ist zu beachten, dass die Gemeinschaft der AOK-Versicherten zwar über 24 Mio. Menschen umfasst und damit rund ein Drittel der deutschen Bevölkerung abbildet. Da bis 1996 die Zuständigkeit der verschiedenen Krankenkassen für bestimmte Versichertengruppen weitgehend gesetzlich geregelt war, ist die Gemeinschaft der AOK-Versicherten aber nur eingeschränkt repräsentativ für die Gesamtbevölkerung Deutschlands. Inwieweit sich die Population der AOK-versicherten Erwachsenen systematisch von der Population der Versicherten anderer Krankenkassen – über Alter und Geschlecht hinaus – unterscheidet, ist nicht bekannt, da aktuelle vergleichende Analysen zum sozioökonomischen Status bei unterschiedlichen Krankenkassen in dieser Altersgruppe der Versicherten fehlen.

Eine weitere Limitierung der vorliegenden Untersuchung besteht schließlich darin, dass die Daten zur Behandlung in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) größtenteils nicht berücksichtigt werden konnten.⁴ Dadurch könnte die dokumen-

4 Technische Standards zur Übermittlung von PIA-Abrechnungsdaten an die Krankenkassen waren im Berichtsjahr noch nicht verbindlich vereinbart. Abgerechnet wurde nach regional sehr unterschiedlichen Verfahren, sodass eine bundesweite Auswertung von PIA-Daten für das Jahr 2010 nicht möglich war. Einige wenige PIAs haben zwar nach EBM abgerechnet und in diesen Fällen sind Leistungs- und Diagnosedaten der PIA-Behandlung im hier untersuchten Datenpool enthalten. Diese sind jedoch nicht als solche erkennbar, denn mit den vorliegenden Informationen des

tierte Depressionsprävalenz und -inzidenz in der vorliegenden Untersuchung unterschätzt werden. Allerdings würde sich das Fehlen von Daten aus PIAs nur auf die ermittelten Prävalenz- und Inzidenzraten auswirken, wenn die Depressionsdiagnose im gesamten Berichtsjahr weder im stationären Bereich noch im vertragsärztlichen Bereich entsprechend den Validierungskriterien kodiert wurde.

2.3 Ergebnisse A: Diagnosevalidität

Vor Beginn der eigentlichen Analyse wurden die in den Routinedaten kodierten Diagnosen auf ihre Validität geprüft. Die gefundenen Auffälligkeiten lassen sich vier Aspekten zuordnen:

- Häufige Verwendung unspezifischer Diagnosekodes für depressive Episoden
- Seltene Verwendung spezifischer Diagnosekodes für Dysthymie und rezidivierende kurze depressive Episoden
- Häufiges Auftreten von auf ein Quartal beschränkten Depressionsdiagnosen
- Kodierung rezidivierender depressiver Episoden als Erstepisoden

2.3.1 Häufige Verwendung unspezifischer Diagnosekodes für depressive Episoden

Unspezifische Diagnosen⁵ sind in den vorliegenden Routinedaten sehr häufig zu finden. Sowohl in der Prävalenzanalyse als auch im ersten Erkrankungsjahr der Inzidenzanalyse erhielt der überwiegende Teil der Depressionspatienten in dieser Untersuchung unspezifische Depressionsdiagnosen.

In der Prävalenzanalyse fanden sich im Jahr 2010 hochgerechnet 4,8 Mio. Patienten mit einer depressiven Erstepisode (F32), davon wiesen zwei Drittel (67,1 %) unspezifische Diagnosen (F32.8/9) auf. Im gleichen Jahr wurde bei hochgerechnet 1,7 Mio. Patienten eine rezidivierende Depression festgestellt (F33), davon wies ein Drittel (36 %) unspezifische Diagnosen (F33.8/9) auf. Die Kodierung unspezifischer Diagnosen nahm im Zeitverlauf von 2007 bis 2010 um rund 5 Prozentpunkte ab. Im Jahr 2007 betrug der Anteil der Patienten mit unspezifischer Diagnose bei den rezidivierenden Depressionen noch 40 % und bei den Erstepisoden 72 %.

Die in Bezug auf das Versorgungssetting detailliertere Inzidenzanalyse zeigt, dass die Kodierung unspezifischer Depressionsdiagnosen nicht nur im ambulanten

Datenkranzes nach § 295 SGBV ist nicht rekonstruierbar, ob ein Abrechnungsfall aus einer PIA stammt.

5 Als unspezifisch wurde die Kodierung sonstiger (F32/33.8) und nicht näher bezeichneter depressiver Episoden (F32/33.9) gewertet. Die meisten unspezifischen Kodierungen entfielen auf letztere Kategorie. Nur rund 15 % der unspezifischen Diagnosen wurden für sonstige depressive Episoden vergeben. Lagen für einen Patienten unterschiedliche Depressionsdiagnosen vor, ging dieser Patient – entsprechend der Hierarchie in Tabelle 2–1 – mit der Diagnose der höchsten Priorität in die Analyse ein. Dabei hatte eine schwerere Symptomatik höhere Priorität als eine leichtere Symptomatik und spezifische Diagnosen hatten höhere Priorität als unspezifische Diagnosen. Als unspezifische Kodierung wurden somit nur Fälle gewertet, bei denen für denselben Patienten im Beobachtungszeitraum nicht gleichzeitig mindestens eine spezifische Diagnose höherer Schwere vergeben wurde.

Bereich häufig vorkommt, sondern auch in Kliniken verbreitet ist. Bei 45 % aller ausschließlich stationär versorgten inzidenten Depressionspatienten⁶ fanden sich 2007 ebenfalls unspezifische Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen berücksichtigt). Bei ausschließlich ambulant behandelten Patienten waren es 68 %. Bei der Häufigkeit unspezifischer Diagnosestellungen spielt die ärztliche Qualifikation eine Rolle. Am höchsten war die Rate unspezifischer Depressionsdiagnosen bei Patienten, die in ihrem ersten Erkrankungsjahr ausschließlich hausärztlich versorgt wurden (82 %). Aber auch psychiatrische Fachärzte kodierten häufig unspezifisch. Immerhin 33 % aller Patienten, die ausschließlich vom psychiatrischen Facharzt behandelt wurden, wiesen unspezifische Diagnosen auf.

Eine Kodierung *sonstiger* depressiver Episoden (F32/33.8) ist laut ICD-10 angezeigt bei wechselnden Mischbildern depressiver Symptome oder Mischbildern somatisch-depressiver Symptome, die nicht die spezifischen Kriterien leichter bis schwerer depressiver Episoden erfüllen, aber nach dem diagnostischen Gesamteindruck trotzdem den depressiven Episoden (F32/33) zuzuordnen sind. Allerdings wurde nur bei rund 15 % der Patienten mit unspezifischen Diagnosen eine sonstige depressive Episode kodiert. Bei den restlichen 85 % wurde eine nicht näher bezeichnete depressive Episode kodiert (F32/33.9). Letzteres könnte als Verdachtsdiagnose sinnvoll sein, wenn weitere Befunde für eine gesicherte Diagnose abgewartet werden sollen. Diese Erklärung scheidet jedoch aus, da in der vorliegenden Untersuchung ausschließlich gesicherte Diagnosen berücksichtigt wurden. Nicht näher bezeichnete depressive Episoden könnten auch von Hausärzten kodiert werden, die eine genauere diagnostische Einordnung durch einen Facharzt veranlasst haben. In diesen Fällen würde der Patient jedoch entsprechend der Hierarchie in Tabelle 2–1 in der Regel nicht mit der unspezifischen hausärztlichen, sondern mit der spezifischeren fachärztlichen Diagnose in die vorliegende Analyse eingehen.⁷ Der hohe Anteil unspezifischer Depressionsdiagnosen erklärt sich dadurch also auch nicht.

Denkbar wäre noch, dass nicht näher bezeichnete Depressionen besonders dann kodiert werden, wenn im Rahmen einer bestimmten Primärerkrankung, zum Beispiel einer Krebserkrankung, eine begleitende depressive Symptomatik auffällt. Wie oft dies in der Praxis tatsächlich der Fall ist, muss in künftigen Untersuchungen noch genauer analysiert werden.

Eine weitere Erklärung für den hohen Anteil nicht näher bezeichneter Depressionsdiagnosen wäre schließlich, dass Ärzte mit wenig Kenntnissen in der Diagnostik psychischer Erkrankungen ad hoc keine spezifische Diagnose vergeben können und/oder den Zeitaufwand⁸ für eine spezifische Diagnostik für zu hoch erachten. Für diese Hypothese spricht zum einen der besonders hohe Anteil unspezifischer Depressionsdiagnosen bei ausschließlich hausärztlich behandelten Patienten. Zum anderen könnte aber auch der festgestellte Rückgang unspezifischer Diagnosen von 2007 auf 2010 um rund 5 % diese Hypothese stützen. Er deutet darauf hin, dass sich

6 Auszählung unabhängig von der Fachabteilung, in der die Versorgung (und Kodierung) stattfand.

7 Es sei denn, der Facharzt diagnostiziert eine Dysthymie statt einer depressiven Episode.

8 Möglicherweise hat eine korrekte ICD-Kodierung psychischer Erkrankungen nicht nur für Hausärzte, sondern auch für viele Fachärzte auch deshalb nur eine untergeordnete Bedeutung, weil sie ihre Behandlung am klinischen Gesamteindruck orientieren und es bevorzugen, Symptome oder Therapieansatzpunkte, die sie für wichtig halten, separat in den Patientenakten zu dokumentieren.

in den letzten Jahren Unsicherheiten bei der Diagnosekodierung langsam abgebaut haben.

Auch andere deutsche Untersuchungen zeigen hohe Raten unspezifischer Depressionsdiagnosen. So erwiesen sich in einer DGPPN-Analyse mit Daten der KKH-Allianz, der DAK und der HKK in den Jahren 2005 bis 2007 73% aller Depressionsdiagnosen als unspezifisch (Gaebel et al. 2012). Die Arbeitsgruppe Versorgungsorientierung/Priorisierung des Gemeinsamen Bundesausschusses stellte mit Daten der KV Nordrhein für das Jahr 2009 sogar fest, dass über 80% der Depressionsdiagnosen von Hausärzten unspezifisch waren, während der Anteil bei Psychiatern und Neurologen bei knapp 30% lag (Arbeitsgruppe Versorgungsorientierung/Priorisierung des Plenums des Gemeinsamen Bundesausschusses 2011). Auch in dieser Untersuchung zeigte sich in den letzten Jahren ein Rückgang der Häufigkeit unspezifischer Kodierungen, der bei den Hausärzten allerdings deutlich geringer ausfiel als bei den Fachärzten.

Der Trend zu spezifischerer Kodierung ist zu begrüßen. Die auch im Jahr 2010 noch sehr hohe Anzahl unspezifischer Diagnosen deutet aber darauf hin, dass viele Ärzte weiterhin bezüglich einer spezifischen Kodierung unsicher sind oder diese nicht für notwendig halten. Eine adäquate Schweregradeinstufung der Depression ist jedoch eine wesentliche Voraussetzung für eine leitliniengerechte Behandlung. So zeigen internationale Studien, dass ein positiver Zusammenhang besteht zwischen der Einstufung des Schweregrads der Depression und der Anwendung des in vielen Leitlinien empfohlenen Stepped-Care-Ansatzes (Sinnema et al. 2013). Bleibt die Schweregradeinstufung aus, ist fraglich, ob die Patienten tatsächlich die für sie angemessene Therapie erhalten (z. B. bei schweren Depressionen kombinierte medikamentöse und psychotherapeutische Versorgung). In einer niederländischen Befragung von Hausarztpatienten mit Depressionen oder Angsterkrankungen konnte allerdings nicht nachgewiesen werden, dass eine höhere Leitlinienkonformität der Behandlung Einfluss auf das Therapieergebnis nach einem Jahr hatte (Prins et al. 2011). Bei fehlender Schweregradeinstufung besteht jedoch auch eher die Gefahr, dass eine depressive Symptomatik, die hinsichtlich der Schwere und/oder Dauer nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllt, irrtümlich als unspezifische depressive Episode klassifiziert wird. Dass dies in der Praxis tatsächlich vorkommt, legen die folgenden Ergebnisse nahe.

2.3.2 Seltene Verwendung spezifischer Diagnosekodes für Dysthymie und rezidivierende kurze depressive Episoden

Bei der Dysthymie (F34.1) handelt es sich um eine chronische, mindestens zwei Jahre andauernde depressive Verstimmung, deren Symptome nicht schwer genug sind, um die Kriterien einer depressiven Episode zu erfüllen. In der vorliegenden Untersuchung lag die Prävalenzrate der Dysthymie im Jahr 2010 mit 0,7%⁹ deutlich unter den in bevölkerungsbasierten Befragungen ermittelten Prävalenzraten. So

⁹ 0,7% der untersuchten Gesamtpopulation hatten im Jahr 2010 eine Dysthymie-Diagnose. Bei einem Teil dieser Patienten wurde im gleichen Beobachtungszeitraum jedoch auch eine depressive Episode (F32/33) diagnostiziert (Double Depression). Diese Fälle wurden entsprechend der Diagnosehierarchie (Tabelle 2–1) bei den Prävalenzanalysen (Tabelle 2–4) nicht als Dysthymie, son-

wurde in der DEGS1-MH-Studie eine Dysthymie-Jahresprävalenz von 2,0% ermittelt (Wittchen und Jacobi 2012). Die Gesamtprävalenz depressiver Erkrankungen ist jedoch in der vorliegenden Studie mit 11,1% deutlich höher als in DEGS1-MH (8,2%). Aufgrund dieser deutlichen Diskrepanzen ist zu vermuten, dass in der Routineversorgung die Dauer und Schwere der depressiven Symptomatik nicht immer angemessen abgefragt werden und stattdessen eine nicht näher bezeichnete depressive Episode kodiert wird. Dafür spricht auch, dass neben der Dysthymie eine weitere spezifische Diagnose, die leichte depressive Symptomkonstellationen beschreibt, die rezidivierende kurze depressive Episode (F38.1), extrem selten verwendet wird.¹⁰

Möglicherweise spielen in einigen Fällen auch abrechnungstechnische Gründe eine Rolle für die seltene Kodierung rezidivierender kurzer depressiver Episoden oder dysthymen Störungen. Beispielsweise sind einige Antidepressiva nur zur Behandlung von Episoden einer Major Depression zugelassen. Um Streitigkeiten wegen eines Off-Label-Use zu vermeiden, könnte beim geplanten Einsatz im Rahmen einer Dysthymie deshalb eine depressive Episode kodiert worden sein.

Künftige Untersuchungen sollten genauer prüfen, in welchem Umfang und aus welchen Gründen in der Routineversorgung tatsächlich dysthyme Störungen oder rezidivierende kurze depressive Episoden als depressive Episoden (F32/33) kodiert werden.

2.3.3 Häufiges Auftreten von auf ein Quartal beschränkten Depressionsdiagnosen

Im Rahmen der Diagnosevalidierung für die Inzidenzanalyse wurde geprüft, inwieweit ausschließlich ambulant kodierte unspezifische oder leichte Depressionsdiagnosen (ICD-10 F32.0/8/9) über einen längeren Zeitraum oder nur in einem einzelnen Quartal eines individuellen Beobachtungsjahres (von vier Quartalen ab Erstdiagnose) auftraten. Während erstere Fälle als depressive Episoden/Major Depression gewertet wurden (siehe Abschnitt 2.2.1), wurden letztere Fälle (Patienten mit solitärem Diagnosequartal) nicht in die Studie eingeschlossen, weil sie nicht verlässlich von möglichen Fehlkodierungen zu unterscheiden sind.

Tatsächlich lässt die große Menge von Patienten mit solitärem Diagnosequartal Zweifel an einer korrekten Vergabe dieser Diagnose aufkommen. So wiesen 2007 auf Deutschland hochgerechnet rund 1,2 Mio. Patienten erstmals F32.0/8/9-Diagnosen auf. Ein die Diagnose validierendes weiteres Diagnosequartal lag jedoch nur bei 32% dieser Patienten vor. Dagegen war die Diagnose bei 68% der Patienten (rund 800 000 Fälle) nur in einem einzigen Quartal dokumentiert worden.

dern als depressive Episode klassifiziert. Deshalb liegt die Prävalenzrate der Dysthymie in Tabelle 2–4 für 2010 nur bei 0,3%.

10 Die Diagnose wurde in der Hauptstudie nicht erfasst. Auswertungen im Vorfeld ergaben jedoch, dass diese Diagnose in den Routinedaten so gut wie gar nicht kodiert wird. Bei diesen Auswertungen wurde nach stationären und/oder ambulanten F38.1-Diagnosen gesucht, wobei im ambulanten Bereich wegen der Kürze der Symptomatik keine Bestätigung der einmal gefundenen Zieldiagnose durch eine zweite Diagnose in einem anderen Quartal gefordert wurde.

Aus Studien ist bekannt, dass depressive Episoden, insbesondere, wenn sie weniger schwer sind, auch spontan remittieren können. Deshalb kann nach der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression bei leichten depressiven Episoden zu Beginn der Behandlung auch zwei Wochen lang aktiv abgewartet werden, ob sich die depressive Symptomatik ohne Therapie wieder zurückbildet (DGPPN et al. 2012). Ältere Untersuchungen zeigen, dass sich die Symptomatik einer depressiven Episode in 23% der Fälle innerhalb eines Monats auch ohne antidepressive Behandlung spontan zurückbildet (Posternak et al. 2006). Demnach könnte bei rund 200 000 Patienten nur ein Diagnosequartal kodiert worden sein, weil aufgrund einer Spontanremission keine weitere Behandlung erforderlich war.

Bei den verbleibenden rund 600 000 Patienten ohne Spontanremission hätte nach den Empfehlungen der NVL jedoch eine medikamentöse oder/und psychotherapeutische Versorgung begonnen werden sollen. Eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung ist innerhalb eines Quartals allerdings nicht möglich¹¹ und auch eine psychotherapeutische Versorgung kann vermutlich nur in einem Teil der Fälle innerhalb von drei Monaten nach Erstdiagnose abgeschlossen werden. Die große Anzahl solitärer Depressionsdiagnosen lässt deshalb Zweifel an der Validität dieser Diagnosen aufkommen.

So ist nicht auszuschließen, dass ein Teil der Patienten über depressive Symptome berichtete, die hinsichtlich ihrer Schwere und/oder Dauer keiner depressiven Episode (F32/33) entsprachen, aber irrtümlich als solche klassifiziert wurden. Möglich ist aber auch, dass solitäre Depressionsdiagnosen an Patienten vergeben wurden, die aufgrund eines Trauerfalls oder anderer psychosozialer Probleme kurzfristig um eine Krankschreibung gebeten hatten. Bei einer normalen Trauerreaktion soll jedoch weder eine depressive Episode noch eine Anpassungsstörung diagnostiziert, sondern nur eine Z-Diagnose (Z63.4, Verschwinden oder Tod eines Familienangehörigen) gestellt werden. Da Arbeitsunfähigkeit in der Regel aber nur vorliegt, wenn ein Versicherter aufgrund einer *Erkrankung* seine Arbeit vorübergehend nicht mehr ausüben kann, könnten Ärzte, die ihre Patienten trotzdem durch eine Krankschreibung entlasten wollen, auf solitäre Depressionsdiagnosen ausweichen.

Möglich ist jedoch auch, dass die solitären Depressionsdiagnosen korrekt gestellt und die Patienten anbehandelt wurden, weitere empfohlene Behandlungskontakte im Quartal nach der Diagnosestellung aber nicht mehr wahrnahmen. Denkbar wäre zudem, dass der Krankheitsverlauf oder weitere anamnestiche Angaben bei einigen Patienten eine Korrektur der Diagnose erforderlich machten, beispielsweise nachdem manische Episoden auftraten oder aus der früheren Anamnese bekannt wurden. Ebenso könnte es sich bei einigen solitären Diagnosen depressiver Episoden auch um depressive Krisen gehandelt haben, die als Begleiterkrankungen einer anderen psychischen oder schweren körperlichen Erkrankung auftraten. In diesen Fällen könnte durch die komplexe Behandlungssituation die adäquate Umsetzung der Leitlinienempfehlungen für unipolare Depressionen erschwert worden sein, weil die Therapie der Primärerkrankung, beispielsweise einer Persönlichkeitsstörung oder einer Suchterkrankung, im Vordergrund stand.

¹¹ Die durchschnittliche Episodendauer einer unipolaren Depression beträgt bei medikamentöser Behandlung etwa vier Monate, danach sollte eine Erhaltungstherapie über mindestens vier bis neun Monate erfolgen, um das Rückfallrisiko zu reduzieren (DGPPN et al. 2012).

Ob und in welchem Ausmaß die auffällig häufige Vergabe solitärer Depressionsdiagnosen auf Spontanremissionen, Komorbiditäten, Um- oder Fehlkodierungen sowie Behandlungsabbrüche zurückgeht, sollte in künftigen Studien genauer untersucht werden.

2.3.4 Kodierung rezidivierender depressiver Episoden als Erstepisoden

Im Fall depressiver Erstepisoden (F32) kann die Häufigkeit der Diagnosenennung im Zeitverlauf ebenfalls Hinweise auf mögliche Fehlkodierungen geben. Dies trifft dann zu, wenn die Anzahl der in den Routinedaten dokumentierten Versorgungsquartale deutlich über der Anzahl der nach den gültigen Behandlungsleitlinien zu erwartenden Versorgungsquartale liegt. So beträgt die durchschnittliche Episodendauer einer unipolaren Depression bei medikamentöser Behandlung etwa vier Monate. Nach der Remission der depressiven Episode sollte eine begonnene Pharmakotherapie als Erhaltungstherapie noch über mindestens vier bis neun Monate fortgesetzt werden, um das Rückfallrisiko zu reduzieren (DGPPN et al. 2012). Bei einer leitliniengerecht medikamentös behandelten depressiven Erstepisode ist somit in der Regel eine Behandlungsdauer von bis zu 13 Monaten zu erwarten. Im Falle einer psychotherapeutischen Versorgung wäre eine Behandlungsdauer von bis zu 1,5 Jahren zu erwarten.¹² Selbst wenn man einkalkuliert, dass die Wartezeit auf ein Erstgespräch im Mittel 12,5 Wochen beträgt (Bundespsychotherapeutenkammer 2011), sollte die Versorgung der meisten depressiven Erstepisoden somit spätestens nach zwei Jahren abgeschlossen sein. F32-Diagnosen, die mehr als acht Quartale nach Erstauftreten der Diagnose noch in den Daten zu finden sind, sollten also selten sein, da es sich bei korrekter Kodierung hier nur um besonders protrahierte bzw. chronifizierte Verläufe handeln dürfte. So gibt die Nationale Versorgungsleitlinie Depression den Anteil der chronifizierten Depressionsverläufe mit einer Beschwerdedauer von über zwei Jahren mit 15–20% an (DGPPN et al. 2012).

In den Voranalysen zu dieser Studie fanden sich jedoch erstaunlich viele Fälle mit einer Diagnosekodierung über einen sehr langen Zeitraum. Unter allen Patienten, die zwischen 2004 und 2010 permanent bei der AOK versichert waren und mindestens ein Diagnosequartal mit F32 in diesem Zeitraum hatten, wiesen 35% mindestens neun Quartale mit einer F32-Diagnose auf. Bei 15% der Patienten war die Diagnose in über 20 Quartalen kodiert und bei 1% sogar in allen 28 Quartalen des Beobachtungszeitraums. Hier müsste in weiteren Analysen detailliert geklärt werden, ob es sich eher um Dauerdiagnosen über längere Zeiträume handelt oder ob Intervalle ohne Diagnosekode zu finden sind. Eine hohe Zahl an Dauerdiagnosen würde darauf hindeuten, dass einmal vergebene F32-Diagnosen nach Abschluss der Behandlung nicht aus der Praxissoftware gelöscht wurden, sondern über die Folgequartale mitgezogen wurden. Dagegen sprächen diagnosefreie Intervalle eher dafür,

12 94% aller in Deutschland durchgeführten Richtlinienpsychotherapien sind Verhaltenstherapien oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien (Rüger et al. 2012), für die im Regelfall ein Kontingent von maximal 45–50 Stunden bzw. in besonderen Fällen von maximal 60–80 Stunden vorgegeben ist. Unter der Annahme, dass pro Woche eine Psychotherapiestunde durchgeführt wird, ergäbe sich daraus im Regelfall ein Behandlungszeitraum von bis zu einem Jahr sowie in besonderen Fällen von bis zu 1,5 Jahren.

dass rezidivierende depressive Episoden (F33) irrtümlich erneut als Erstepisoden (F32) klassifiziert wurden.¹³ Einen Hinweis darauf, dass zumindest das letztere Kodierungsproblem in der Praxis häufiger auftritt, geben die vorliegenden Inzidenzanalysen. So zeigt die Nachbeobachtung der inzidenten depressiven Episoden (F32) des Jahres 2007, dass im ersten Folgejahr der Erkrankung (2008) noch bei rund 60% aller Patienten der Inzidenzkohorte depressive Erstepisoden kodiert wurden. Bis Ende 2010 erhöhte sich der Anteil der Kohortenmitglieder mit nach 2007 erneut kodierten depressiven Erstepisoden sogar noch auf 71% (siehe Abschnitt 2.5.3).

2.4 Ergebnisse B: Administrative Prävalenz und Inzidenz

2.4.1 Prävalenz depressiver Erkrankungen

Die im Jahr 2010 dokumentierte Prävalenz depressiver Erkrankungen (ICD-10 F32/F33, F34.1) bei Erwachsenen ab 18 Jahren beträgt 11,1%. Sie ist bei Frauen mit 14,9% gut doppelt so hoch wie bei Männern mit 7,1%. Bei beiden Geschlechtern steigt die dokumentierte Depressionsprävalenz mit dem Alter nahezu kontinuierlich an und erreicht in der Altersgruppe 60–64 Jahre ihren ersten Gipfel (Frauen 20,6%, Männer 10,9%; Abbildung 2–1). Mit Eintritt in das Rentenalter geht die Depressionsprävalenz zunächst deutlich zurück, steigt später aber wieder an und erreicht einen zweiten Gipfel bei Frauen in der Altersgruppe 85–89 Jahre (22,5%) sowie bei Männern in der Altersgruppe 90–94 Jahre (13,2%).

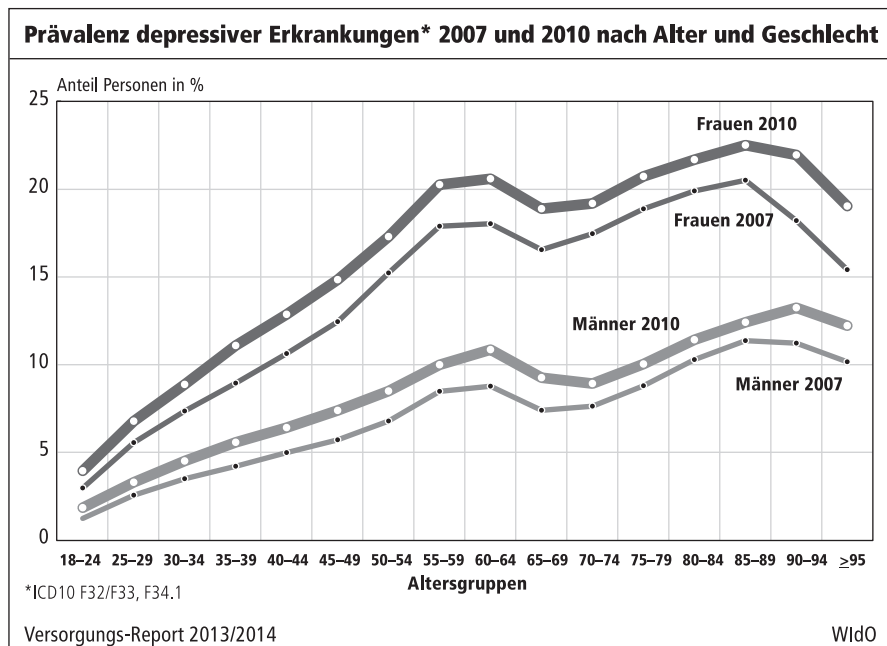
Im Jahr 2007 lag die dokumentierte Prävalenz depressiver Erkrankungen noch bei 9,3%. Von 2007 bis 2010 ist somit ein Prävalenzanstieg um 19,3% zu verzeichnen. Dabei ist die Prävalenzzunahme bei Männern stärker als bei Frauen (26% vs. 17%). Bei beiden Geschlechtern ist die Zunahme in der Altersgruppe 18–24 Jahre (37%) mit Abstand am größten.

Die Analyse der 2010 dokumentierten Depressionsdiagnosen nach dem Schweregrad (Tabelle 2–4) zeigt, dass bei 67% der Patienten mit Erstepisoden (F32) und 36% der Patienten mit rezidivierenden Episoden (F33) nur unspezifische Diagnosen vergeben wurden (F32/33.8/9). Unter den spezifischen Depressionsdiagnosen waren mittelschwere und schwere depressive Episoden am häufigsten (F32/33.1: 19,5%, F32/33.2/3 14,4% aller Personen mit Depressionsdiagnose im Jahr 2010). Rund ein Viertel aller Patienten war bereits mehrmals an einer Depression erkrankt (F33.x: 25,9%). Am seltensten wurden gegenwärtig remittierte rezidivierende Depressionen (F33.4: 0,6%) kodiert.

Betrachtet man die schweregradspezifische Veränderung der dokumentierten Depressionsprävalenz von 2007 auf 2010, so zeigt sich bei allen Schweregraden eine Zunahme (Tabelle 2–4). Am stärksten ist diese Zunahme bei den mittelschwe-

¹³ Die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) sollte gestellt werden, wenn es in der Vorgeschichte der gegenwärtigen depressiven Episode mindestens eine weitere depressive Episode gab und wenigstens zwei Episoden (zum Beispiel die gegenwärtige und eine frühere) mindestens zwei Wochen gedauert haben und von mehreren Monaten ohne eindeutige affektive Symptomatik getrennt waren.

Abbildung 2–1



ren depressiven Erst- bzw. Folgeepisoden (+44,0% bzw. +43,5%), gefolgt von leichten Erstepisoden (+39,0%). Am geringsten fällt die Zunahme bei den unspezifischen Erst- bzw. Folgeepisoden aus (+11,3% bzw. +7,4%).

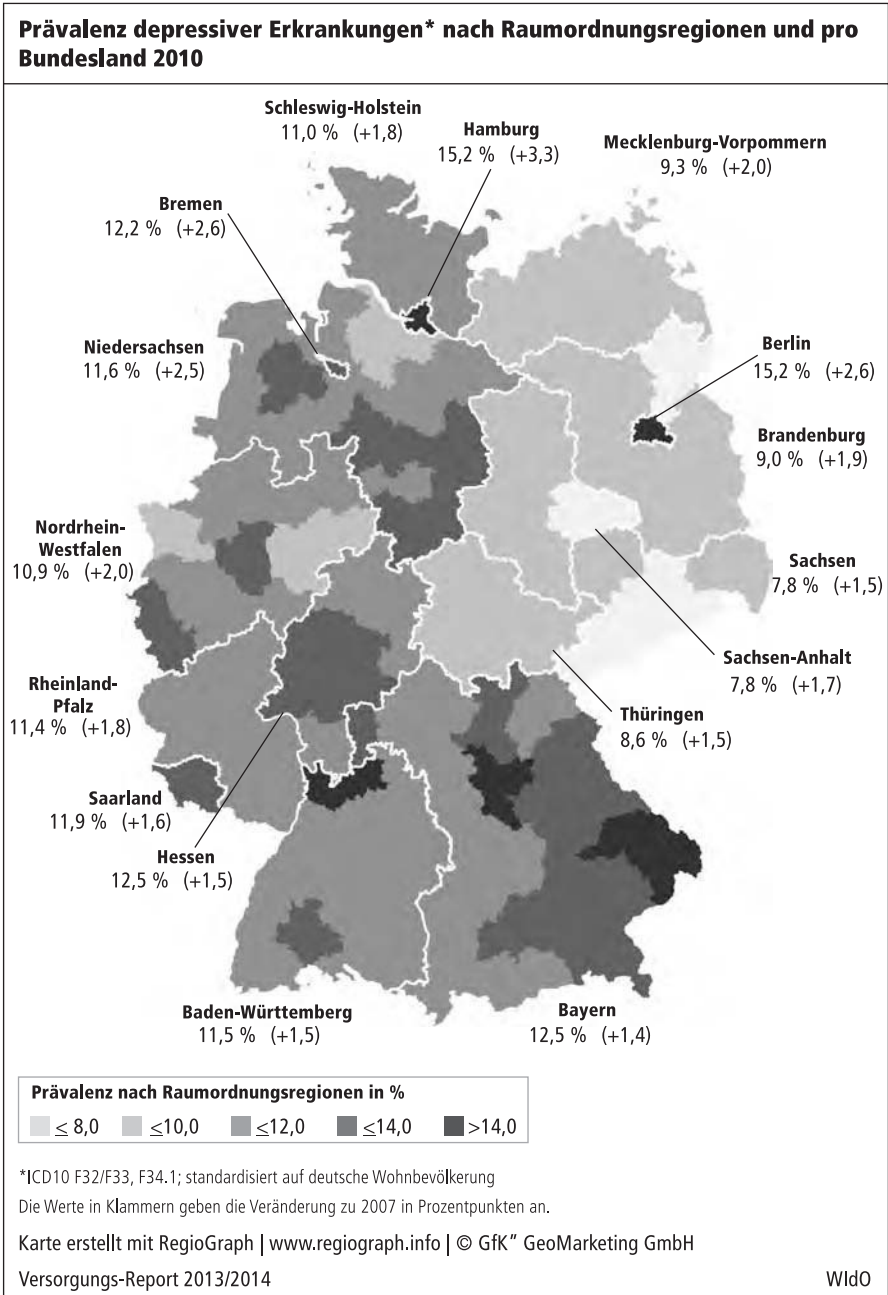
Tabelle 2–4

Prävalenz depressiver Erkrankungen 2007 und 2010 nach Schweregrad (standardisiert)

Schweregrad nach ICD-10	Anzahl (und prozentualer Anteil) der Personen mit Zielerkrankung		Prävalenzrate		Veränderung der Prävalenzrate 2007–2010
	2007	2010	2007	2010	
F33.2/3	383 944 (6,8%)	444 769 (6,7%)	0,6%	0,7%	17,9%
F33.1	354 771 (6,3%)	502 014 (7,5%)	0,6%	0,9%	43,5%
F33.0	100 296 (1,8%)	127 046 (1,9%)	0,2%	0,2%	28,6%
F33.8/9	577 214 (10,2%)	612 865 (9,2%)	0,9%	1,0%	7,4%
F33.4	33 131 (0,6%)	38 288 (0,6%)	0,1%	0,1%	16,8%
F32.2/3	403 518 (7,1%)	512 698 (7,7%)	0,7%	0,9%	28,8%
F32.1	560 635 (9,9%)	799 023 (12,0%)	0,9%	1,4%	44,0%
F32.0	189 073 (3,3%)	260 299 (3,9%)	0,3%	0,4%	39,0%
F32.8/9	2 909 853 (51,4%)	3 201 234 (48,1%)	4,8%	5,3%	11,3%
F34.1	144 816 (2,6%)	161 050 (2,4%)	0,2%	0,3%	12,0%
Gesamt	5 657 250 (100%)	6 659 285 (100%)	9,3%	11,1%	19,3%

Abbildung 2–2 zeigt, dass es in Deutschland große regionale Unterschiede der Depressionsprävalenz gibt. So ist die Prävalenzrate in allen Stadtstaaten und allen alten Bundesländern deutlich höher als in den neuen Bundesländern. Die Streuung der Depressionsprävalenz über die Raumordnungsregionen reichte von 6,3% in der

Abbildung 2–2



Region Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg bis 15,2% in Hamburg und Berlin. Auch die Veränderung der Prävalenzraten von 2007 auf 2010 fällt in den einzelnen Regionen unterschiedlich stark aus. So war die Prävalenzzunahme in den Bundesländern im Süden Deutschlands nur unterdurchschnittlich, während sie in den Stadtstaaten, mehreren neuen Bundesländern sowie in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen überdurchschnittlich war.

Die vorliegenden Ergebnisse stimmen gut mit den Resultaten einer KBV-Analyse vertragsärztlicher Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2007 überein (Erhart und von Stillfried 2012). In dieser Studie, die sich auf alle erwachsenen GKV-Versicherten bezieht, wurde eine dokumentierte Depressionsprävalenz (ICD-10 F32/F33, F34.1) von 10,2% festgestellt, wobei Frauen ebenfalls doppelt so häufig wie Männer betroffen waren (12,8% vs. 6,4%). Auch der zweigipflige altersabhängige Prävalenzverlauf fand sich in der Analyse von Erhart und Stillfried wieder, wobei der erste Gipfel hier bereits mit 57–60 Jahren erreicht wurde und der zweite Gipfel im Alter von 85–90 Jahren auftrat.

Dagegen wurde im Zusatzmodul „Psychische Erkrankungen“ (DEGS1-MH) der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008–2011) eine Jahresprävalenz unipolarer Depressionen einschließlich Dysthymie von 8,2% ermittelt (Frauen 11,4%, Männer 5,0%) (Kurth 2012; Wittchen und Jacobi 2012). Im Bundesgesundheitsurvey (BGS 1998) lag die Jahresprävalenz der Major Depression und/oder Dysthymie dagegen noch bei 10,9% (Wittchen et al. 2010). Die in der vorliegenden Untersuchung ermittelte Depressionsprävalenz entspricht somit zwar der im BGS 1998 ermittelten Prävalenzrate, liegt aber deutlich über der aktuellen Prävalenzrate aus der DEGS1-MH-Studie. In beiden bevölkerungsbasierten Erhebungen wurden jedoch, im Gegensatz zur vorliegenden Routinedatenanalyse, ältere Menschen nicht berücksichtigt. In der DEGS1-MH-Studie wurden Menschen ab 80 Jahren ausgeschlossen (Wittchen und Jacobi 2012), obwohl die Depressionsprävalenz im hohen Alter besonders hoch ist.¹⁴ Das könnte eine Ursache für die deutlich niedrigere Prävalenzrate in dieser Studie sein. Im BGS 1998 wurden Menschen ab 66 Jahren ausgeschlossen (Wittchen et al. 2010). Routinedatenauswertungen wie die vorliegende Studie oder die Analyse von Erhart und Stillfried (2012) zeigen jedoch, dass die Depressionsprävalenz bei Erreichen des Rentenalters zunächst deutlich abfällt und im höheren Alter wieder stark ansteigt. Im BGS 1998 wurden also sowohl Altersgruppen mit höherer als auch solche mit geringerer Depressionsprävalenz ausgeschlossen. Das könnte erklären, dass die Depressionsprävalenz im BGS 1998 eher den vorliegenden routinedatenbasiert ermittelten Prävalenzraten entspricht als die Ergebnisse der DEGS1-MH-Studie.

Da in mehreren deutschen Studien eine geringe Erkennungsrate depressiver Störungen in der Routineversorgung festgestellt wurde, die besonders im hausärztlichen Bereich nur bei rund 50% liegt (Wittchen und Pittrow 2002; Jacobi et al. 2002; Sielk et al. 2009), wäre allerdings zu erwarten gewesen, dass die in Routinedaten dokumentierte Prävalenz deutlich unter der in Bevölkerungsbefragungen ermittelten Prävalenz liegt. Dass dies nicht so ist, kann einerseits auf methodische Unter-

¹⁴ Nach Ausklammerung von Patienten ab 80 Jahren verringerte sich die Prävalenz bei den AOK-Versicherten des Jahres 2010 auf 10,6% (stand.).

schiede zurückzuführen sein (standardisierte Diagnoseinterviews ohne klinischen Ausschluss von Differentialdiagnosen versus unstandardisierte Arzt- bzw. Psychotherapeutendiagnosen mit klinischem Ausschluss von Differentialdiagnosen). Es könnte aber auch ein Indiz dafür sein, dass sich die Erkennungsrate depressiver Störungen in der Routineversorgung in den letzten Jahren verbessert hat. Dafür spricht zum einen die aktuelle DEGS1-MH-Studie, die Hinweise auf eine verbesserte Behandlungsrate depressiver Erkrankungen gefunden hat (Wittchen und Jacobi 2012). Zum anderen spricht dafür aber auch, dass die Depressionsprävalenz in bevölkerungsbasierten Befragungen in den letzten Jahren stabil geblieben ist (Wittchen et al. 2011), gleichzeitig aber in routinedatenbasierten Analysen seit Jahren deutlich zunimmt (Jacobi 2009). So zeigt auch die vorliegende Untersuchung allein von 2007 auf 2010 eine Zunahme der dokumentierten Prävalenz depressiver Erkrankungen um rund ein Fünftel.

Sowohl die vorliegende Untersuchung als auch die Analyse von Erhart und Stillfried (2012) legen nahe, dass die Depressionsprävalenz bei unter 30-jährigen mit Abstand am niedrigsten ist. Im Gegensatz dazu war in der DEGS1-Studie die Punktprävalenz depressiver Syndrome bei den 18- bis 29-jährigen Befragten am größten (Kurth 2012). Eine Erklärung für diese Diskrepanz könnte sein, dass jüngere Menschen in Befragungen offener über etwaige depressive Symptome Auskunft geben als ältere Menschen, aber seltener medizinische Hilfe wegen entsprechender Symptome in Anspruch nehmen. Sowohl die routinedatenbasierten Analysen als auch die DEGS1-Studie zeigen jedoch übereinstimmend, dass die Depressionsprävalenz bei Erreichen des Rentenalters zurückgeht.

Die Ergebnisse der vorliegenden schweregradspezifischen Prävalenzanalyse werden durch die Resultate der routinedatenbasierten Untersuchung von Erhart und Stillfried (2012) gestützt. In letzterer Analyse erhielten 63,7% aller Depressionspatienten keine schweregradspezifischen, sondern nur unspezifische Depressionsdiagnosen. In der vorliegenden Untersuchung, die auch stationäre Diagnosen berücksichtigte, wurde für depressive Erst- bzw. Folgeepisoden ein Anteil unspezifischer Diagnosen von 67% bzw. 36% ermittelt. Mögliche Ursachen dieses hohen Anteils unspezifischer Diagnosen wurden bereits im Kapitel A diskutiert.

Sowohl die vorliegende Untersuchung als auch die Analyse von Erhart und Stillfried (2012) zeigen übereinstimmend, dass unter den spezifischen Depressionsdiagnosen mittelschwere Episoden am häufigsten dokumentiert werden, gefolgt von schweren Episoden. Auch in der DEGS1-MH-Studie wurden bei den Befragten mit Major Depression am häufigsten mittlere Schweregrade festgestellt, gefolgt von schweren Erkrankungen (Wittchen und Jacobi 2012).

Der BGS 1998 zeigt, ebenso wie die DEGS1-MH-Studie, dass rund ein Drittel der depressiv Erkrankten unter einer rezidivierenden Major Depression leidet (Wittchen et al. 2010; Wittchen und Jacobi 2012). In der vorliegenden Routinedatenanalyse wurde bei über einem Viertel der Patienten eine solche Diagnose dokumentiert. Allerdings wurde nur bei 2,4% der Erkrankten eine Dysthymie diagnostiziert. Im BGS 1998 und in der DEGS1-MH-Studie wurde dagegen bei bis zu einem Drittel aller depressiv Erkrankten eine Dysthymie festgestellt (Wittchen und Jacobi 2012; Wittchen et al. 2010). In Kapitel A wurde bereits diskutiert, dass diese Diskrepanz darauf hindeuten könnte, dass der chronische Verlauf und die Schwere depressiver Symptomatik in der Routineversorgung nicht immer angemessen berücksich-

tigt wird und stattdessen eher eine nicht näher bezeichnete depressive Episode kodiert wird.

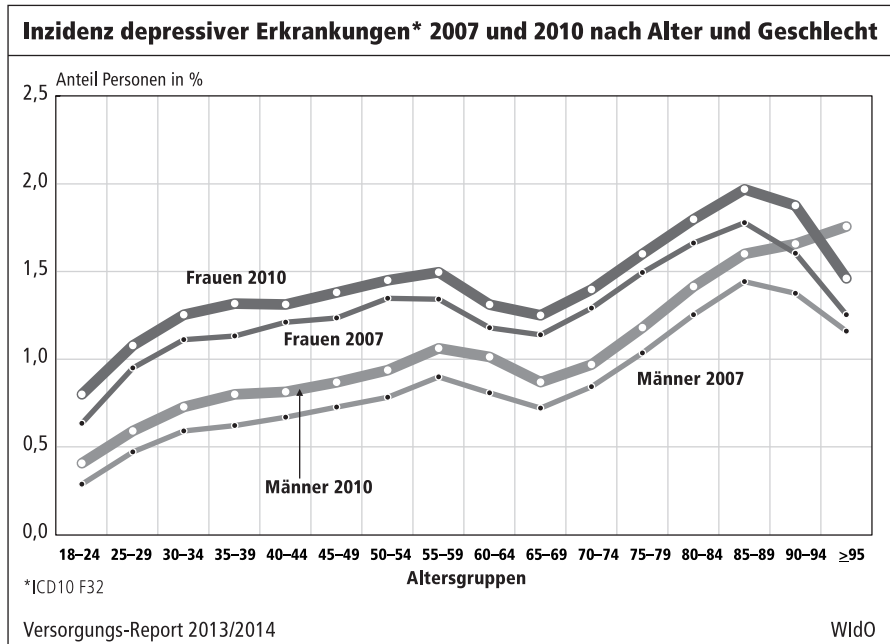
Die in der vorliegenden Analyse festgestellten regionalen Prävalenzunterschiede werden durch mehrere andere Untersuchungen bestätigt. So zeigte bereits der BGS 1998, dass die Jahresprävalenz unipolarer Depressionen in den neuen Bundesländern (NBL) deutlich niedriger als in den alten Bundesländern (ABL) ist (8,3 % vs. 11,5 %) (Jacobi et al. 2004). Eine Analyse von Sozialdaten der GEK des Jahres 2004 ergab, dass diese Unterschiede auch unter Kontrolle von sozialen Einflussfaktoren und Arbeitslosigkeit bestehen bleiben (Bramesfeld et al. 2010). Auch die Auswertung der Vertragsarzt-daten des Jahres 2007 von Erhart und Stillfried (2012) belegt eine höhere Depressionsprävalenz in den ABL und in kernstädtischen Regionen. Unter Kontrolle sozialer und arbeitsmarktbedingter Einflussfaktoren sowie der Leistungserbringerdichte zeigte sich in dieser Analyse allerdings nur noch eine signifikant höhere Depressionsprävalenz in ländlichen und verdichteten Umlandregionen der ABL. Gleichzeitig belegt diese Studie, dass die Depressionsprävalenz in Regionen mit hoher Dichte an Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten signifikant höher ist. Die hohe Leistungserbringerdichte könnte nach Erhart und Stillfried dazu führen, dass subklinische depressive Verstimmungen häufiger als manifeste Depressionen diagnostiziert werden. Dafür fand sich zwar kein klarer Beleg, aber ein Hinweis. So wirkte sich die Leistungsanbieterdichte nicht auf den Anteil schwerer Depressionen aus, aber der Anteil leichter Depressionen war schwach mit der Anbieterdichte assoziiert.

Die Tatsache, dass die Depressionsprävalenz von 2007 bis 2010 in einigen NBL überdurchschnittlich stark zugenommen hat, könnte deshalb auch damit zusammenhängen, dass der Gesamtversorgungsgrad mit Psychotherapeuten in den NBL von 2006 auf 2010 überdurchschnittlich zugenommen hat (Klose et al. 2007; Klose und Rehbein 2011). Das gilt auch für Berlin, Schleswig-Holstein und Westfalen-Lippe. In Niedersachsen, Bremen und Hamburg war jedoch keine entsprechende Veränderung des psychotherapeutischen Gesamtversorgungsgrads zu verzeichnen. Der nervenärztliche Versorgungsgrad ist im gleichen Zeitraum in den meisten Regionen etwas zurückgegangen. Die Leistungserbringerdichte allein kann somit nicht die regional unterschiedlichen Prävalenzveränderungen erklären. Vermutlich spielen hier auch soziodemographische und arbeitsmarktbedingte Faktoren eine Rolle, auf die in der vorliegenden Untersuchung nicht kontrolliert wurde.

2.4.2 Inzidenz depressiver Erkrankungen

Im Jahr 2010 wurde bei 1,1 % der Erwachsenen ab 18 Jahren erstmals eine depressive Episode diagnostiziert. Die Inzidenz lag bei Frauen mit 1,3 % deutlich höher als bei Männern (0,9 %). Die Inzidenzrate stieg mit dem Alter an und erreichte bei den 55- bis 59-Jährigen einen ersten Gipfel (1,3 %, Abbildung 2–3). Danach ging sie bis zum Alter von 65 bis 69 Jahren zunächst zurück (1,1 %), stieg dann aber wieder an und erreichte bei den 85- bis 89-Jährigen einen zweiten Höhepunkt (1,9 %). Eine Besonderheit stellt die Entwicklung bei hochbetagten Männern dar, bei denen 2010 – anders als noch 2007 – die Inzidenz nach dem 89. Lebensjahr nicht zurückging, sondern weiter anstieg.

Abbildung 2–3



Betrachtet man die inzidenten Fälle des Jahres 2010 in Abhängigkeit vom Schweregrad der Depression (Tabelle 2–5), so waren über die Hälfte aller inzidenten Fälle (58%) sonstige oder nicht näher bezeichnete depressive Episoden (F32.8/9). Alle anderen Fälle wurden spezifisch kodiert – leichte depressive Episoden waren darunter mit 9% relativ selten, mittelschwere Fälle mit 22% am häufigsten. Schwere depressive Erstepisoden fanden sich bei 12% der Patienten.

Betrachtet man die Entwicklung im Zeitverlauf, so zeigt sich ein Anstieg der Inzidenzrate depressiver Erstepisoden von 2007 (1,0%) auf 2010 (1,1%) um 16 Prozent. Diese Inzidenzzunahme fand sich bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen (Abbildung 2–3). Am stärksten war sie bei Männern ab 90 Jahren, gefolgt von Frauen dieser Altersgruppe. Auch bei allen vier Schweregraden fand

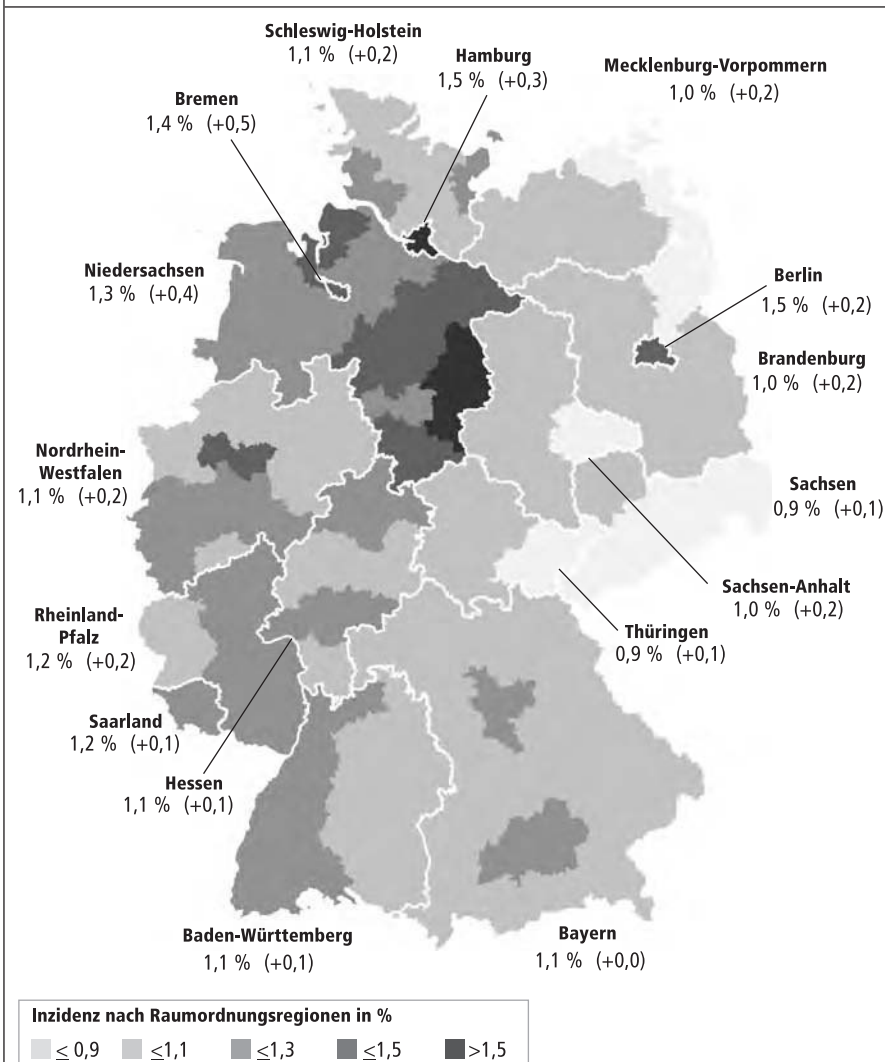
Tabelle 2–5

Inzidenz depressiver Erkrankungen 2007 und 2010 nach Schweregrad (standardisiert)

Schweregrad nach ICD-10	Anzahl (und prozentualer Anteil) der Personen mit Zielerkrankung		Inzidenzrate		Veränderung der Inzidenzrate 2007–2010
	2007	2010	2007	2010	
F32.2/3	66 855 (11,9%)	71 275 (11,6%)	0,12%	0,13%	13,7%
F32.1	108 881 (19,4%)	136 215 (22,1%)	0,19%	0,25%	32,4%
F32.0	37 663 (6,7%)	53 021 (8,6%)	0,06%	0,09%	47,6%
F32.8/9	348 318 (62,0%)	355 677 (57,7%)	0,59%	0,63%	7,3%
Gesamt	561 717 (100%)	616 188 (100%)	0,96%	1,11%	15,7%

Abbildung 2-4

Inzidenz depressiver Erkrankungen* nach Raumordnungsregionen und pro Bundesland 2010



*ICD10 F32; standardisiert auf deutsche Wohnbevölkerung

Die Werte in Klammern geben die Veränderung zu 2007 in Prozentpunkten an.

Karte erstellt mit RegioGraph | www.regiograph.info | © GfK™ GeoMarketing GmbH

Versorgungs-Report 2013/2014

Wido

sich eine Zunahme der Inzidenzrate (Tabelle 2–5). Am stärksten fiel diese Zunahme bei leichten Episoden aus (+48%), gefolgt von mittelschweren und schweren Episoden (+32% bzw. +14%). Deutlich geringer war die Zunahme bei den unspezifischen Diagnosen (+7%).

Die Neuerkrankungsrate ist ähnlich wie auch die Prävalenz in den Stadtstaaten und den westlichen Bundesländern höher als in den östlichen Ländern (Abbildung 2–4). In der Darstellung nach Raumordnungsregionen reichen die Inzidenzraten von 0,8% in der Region Oberes Elbtal/Ostergelände bis 1,6% in der Region Braunschweig. Besonders auffällig sind die Neuerkrankungsraten in Niedersachsen – dort ist die Variation innerhalb des Landes am höchsten.

Die Ergebnisse der vorliegenden Inzidenzanalyse passen gut zu den bereits diskutierten Erkenntnissen aus der Prävalenzanalyse. So findet sich bei den inzidenten Fällen ebenso wie bei den prävalenten Fällen ein deutliches Überwiegen des weiblichen Geschlechts, ein ähnlicher zweigipfliger Altersverlauf sowie eine leichte Zunahme der dokumentierten Fälle von 2007 auf 2010. Ähnlich wie bei den prävalenten Fällen überwiegen unspezifische Diagnosen. Unter den spezifischen Diagnosen entfällt wiederum der größte Anteil auf mittelschwere Ausprägungen. Auch die Veränderungen der schweregradspezifischen Inzidenzraten von 2007 auf 2010 entsprechen den bereits bei der Prävalenzanalyse beobachteten Entwicklungen. So stiegen die Inzidenzraten bei den leichten und mittelschweren depressiven Episoden überdurchschnittlich an, während bei den unspezifischen Diagnosen nur ein unterdurchschnittlicher Anstieg festzustellen war. Somit weisen auch die Ergebnisse der vorliegenden Inzidenzanalyse darauf hin, dass in der Routineversorgung in den letzten Jahren zunehmend spezifische Depressionsdiagnosen vergeben wurden.

Die nationale Versorgungsleitlinie Depression gibt eine jährliche Inzidenzrate unipolarer Depressionen von 1–2% an (DGPPN et al. 2012). In einer großen kanadischen Studie wurde für einen 2-Jahres-Zeitraum eine Inzidenzrate der Major Depression von 2,9% ermittelt (Wang et al. 2010). Die vorliegenden Ergebnisse stimmen mit diesen Schätzungen überein.

Unterschiede zu Daten aus bevölkerungsbasierten Erhebungen ergeben sich jedoch beim Altersverlauf der Erkrankung. Die vorliegenden routinedatenbasierten Ergebnisse sprechen für einen Anstieg der Inzidenzrate mit dem Alter: In der Altersgruppe 55–59 Jahre verzeichnet die Inzidenzrate ihren ersten Gipfel und erreicht – nach einem kurzzeitigen Rückgang – bei den 85- bis 89-Jährigen schließlich ihr Maximum. Dies steht im Widerspruch zu epidemiologischen Studien, nach denen die ersten Krankheitsepisoden meist bereits in jüngeren Jahren auftreten. So ermittelte der World Mental Health Survey für Deutschland ein medianes Ersterkrankungsalter von 28 Jahren (Bromet et al. 2011). Das mittlere Ersterkrankungsalter bei der Depression liegt nach Wittchen et al. (2010) zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr. Dagegen wurde für Patienten aus deutschen Hausarztpraxen ein mittleres Ersterkrankungsalter von 34 Jahren errechnet (Wittchen und Pittrow 2002). Die Diskrepanz dieser befragungsbasierten Ergebnisse im Vergleich zur vorliegenden Routinedatenauswertung deutet darauf hin, dass viele Menschen nicht beim ersten Auftreten einer klinisch relevanten Depressionssymptomatik, sondern erst bei späteren Episoden Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem aufnehmen. Möglicherweise ist die dokumentierte Inzidenz der Depression auch deshalb im Alter höher, weil dann der Arzt aufgrund körperlicher Beschwerden häufiger aufgesucht

werden muss und dabei auch depressive Begleiterkrankungen diagnostiziert werden.

Bei der Diskussion der vorliegenden Ergebnisse ist jedoch zu beachten, dass die Untersuchungsmethodik zu einer Überschätzung der Inzidenzraten geführt haben könnte. So beziehen sich die hier ermittelten Inzidenzraten auf ambulante und stationäre Diagnosen einer depressiven Erstepisode (F32). Um zu gewährleisten, dass es sich bei diesen Fällen tatsächlich um eine erste depressive Episode handelte, wurden Patienten ausgeschlossen, die in den acht Quartalen vor der F32-Diagnose bereits F3x-Diagnosen erhalten hatten (außer F34.1 und F38.1). In diesen Fällen handelte es sich – bei Korrektheit der früheren Diagnosen – wahrscheinlich nicht um depressive Ersterkrankungen, sondern eher um Episoden, die im Rahmen einer bipolaren Erkrankung (F31) oder rezidivierender depressiver Episoden (F33) aufgetreten sind. Da die retrospektive Diagnosevalidierung jedoch nur über einen Zeitraum von zwei Jahren möglich war, gehen Patienten, bei denen vor mehr als zwei Jahren depressive, manische oder bipolare Krankheitsphasen aufgetreten sind, die aber von dem aktuell behandelnden Arzt nicht anamnestisch erfasst wurden, in die vorliegende Analyse irrtümlich als inzidente Fälle ein. Wie hoch der Anteil dieser nicht korrekt als inzident klassifizierten Fälle ist, lässt sich schwer beurteilen. In höheren Altersgruppen sind entsprechende Fehldiagnosen jedoch besonders wahrscheinlich, da hier die Anamnese eventueller früherer Krankheitsepisoden aufgrund des sehr langen retrospektiven Zeitraums besonders schwierig ist.

Von den 2010 erstmals an einer Depression erkrankten Patienten wiesen 3,3% die ICD10-Zusatzdiagnose Z73 auf. Im Jahr 2007 lag der Anteil von Patienten mit dieser Zusatzdiagnose noch bei 2,2%. Die Diagnose Z73 ist keine eigenständige Diagnose, sondern eine Zustandsbeschreibung, die definitionsgemäß auf „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“, unter anderem Burnout, verweist. Dass diese Zusatzdiagnose in den letzten Jahren zunehmend häufiger kodiert wird, hatte bereits 2011 das Wissenschaftliche Institut der AOK festgestellt. So war die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage, bei denen die Diagnose Z73 mit kodiert wurde, zwischen 2004 und 2010 um nahezu das 9-fache angestiegen (Badura et al. 2011). Dass Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung im Rahmen depressiver Erstepisoden häufiger kodiert werden, deutet darauf hin, dass arbeitsbedingte Belastungen objektiv zugenommen haben und/oder zunehmend als wesentlicher Einflussfaktor auf die Entstehung und Prognose depressiver Erkrankungen wahrgenommen werden. Nach Ergebnissen der DEGS1-Studie scheint dies insbesondere bei Menschen mit höherem sozioökonomischem Status der Fall zu sein, bei denen besonders häufig ein Burnout diagnostiziert wird (Kurth 2012).

2.5 Ergebnisse C: Medizinische Versorgung und weiterer Verlauf der inzidenten Depressionen

Im Folgenden wird dargestellt, welche medizinische Versorgung die Patienten der Inzidenzkohorte der Jahres 2007 ab dem ersten Auftreten der Depressionsdiagnose (Quartal der Erstnennung) sowie in den drei darauffolgenden Quartalen erhalten haben. Zur Charakterisierung des Behandlungssettings wurden alle mit affektiven

Störungen (F3x) in Zusammenhang stehenden Abrechnungsfälle berücksichtigt. Die Behandlung anderer Erkrankungen blieb unberücksichtigt.

2.5.1 Behandlungssetting

Tabelle 2–6 zeigt, dass die Mehrzahl der Ersterkrankten des Jahres 2007 ausschließlich im ambulanten Bereich behandelt wurde (78,6%). Weitere 8,9% der Patienten wurden ambulant und stationär versorgt. Die restlichen 12,5% der Betroffenen wurden ausschließlich voll- oder teilstationär versorgt. Für die vorliegende Analyse standen jedoch kaum Daten aus psychiatrischen Institutsambulanzen (PIAs) zur Verfügung, sodass Behandlungen in diesen ambulanten Einrichtungen nicht erfasst werden konnten. Es ist deshalb zu vermuten, dass unter den vermeintlich ausschließlich stationär behandelten Patienten ein größerer Teil von Patienten ist, der neben einer stationären Behandlung noch ambulante Kontakte zu einer PIA hatte und insofern eigentlich der Gruppe der intersektoral behandelten Patienten zuzuordnen wäre. Da in der vorliegenden Untersuchung auch Nebendiagnosen im Rahmen stationärer Behandlungen berücksichtigt wurden, ist zudem damit zu rechnen, dass ein Teil der ausschließlich stationär behandelten Patienten primär wegen einer somatischen Hauptdiagnose in der Klinik versorgt wurde, während die depressive Erkrankung nur als Nebendiagnose kodiert und später nicht ambulant weiterbehandelt wurde. Auch stationären Rehabilitationsmaßnahmen kommt in der Behandlung von Depressionen eine hohe Bedeutung zu. Da Reha-Maßnahmen überwiegend nicht von der Kranken-, sondern von der Rentenversicherung getragen werden, können anhand von Routinedatenanalysen der Krankenkassen hierzu keine belastbaren Angaben gemacht werden.¹⁵

Die schweregradspezifische Analyse zeigt, dass 86% der Patienten mit unspezifischen Depressionsdiagnosen ausschließlich ambulant behandelt wurden. Von den Patienten mit spezifischen Depressionsdiagnosen wurden dagegen nur 61–70% ausschließlich ambulant behandelt.

Erwartungsgemäß war der Anteil derjenigen Patienten, die sowohl ambulant als auch stationär versorgt wurden, bei schweren Depressionen am höchsten. Je gerin-

Tabelle 2–6

Behandlungssetting nach Schweregrad der Erkrankung 2007 und 2010 (standardisiert)

Schweregrad	2007			2010		
	nur ambulant	nur stationär	inter-sektoral	nur ambulant	nur stationär	inter-sektoral
F32.2/3	61,4%	16,2%	22,4%	63,7%	13,2%	23,1%
F32.1	70,4%	15,8%	13,7%	72,5%	14,2%	13,3%
F32.0	60,8%	27,5%	11,7%	65,7%	24,0%	10,3%
F32.8/9	86,4%	9,1%	4,5%	86,5%	9,1%	4,4%
Gesamt	78,6%	12,5%	8,9%	79,0%	12,0%	9,1%

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

¹⁵ So waren 2007 nur 0,5% der erstmals an Depression erkrankten Personen mit der Zielindikation zu Lasten der Krankenkassen in stationärer Reha gewesen.

ger der Schweregrad war, umso geringer wurde dieser Anteil. In Tabelle 2–6 wird ebenfalls ersichtlich, dass der Ort der Behandlung nicht durchgängig mit dem Schweregrad assoziiert ist. So wurden gerade Patienten mit leichten depressiven Episoden überdurchschnittlich oft rein stationär versorgt (28%). Diese Beobachtung spricht für die Vermutung, dass bei der stationären Behandlung bestimmter somatischer Erkrankungen (z. B. Krebserkrankungen) depressive Begleiterkrankungen festgestellt wurden, die später nicht ambulant weiterbehandelt wurden. Dagegen würde man erwarten, dass Patienten, die neben einer stationär-psychiatrischen Behandlung auch in einer PIA versorgt wurden (und die nur wegen der fehlenden PIA-Daten als ausschließlich stationär behandelte Patienten erscheinen), eher in den Krankheitsgruppen mit mittlerem oder hohem Schweregrad (F32.1/2/3) zu finden sind, da die PIAs speziell für die Versorgung schwerer erkrankter Patienten eingerichtet wurden.

Vergleicht man das Behandlungssetting der depressiven Patienten mit einer Erstepisode im Jahr 2007 mit dem Behandlungssetting der im Jahr 2010 Erst-erkrankten, so zeigen sich keine wesentlichen Veränderungen im Zeitverlauf.

2.5.2 Qualifikation der ambulanten Behandler

Tabelle 2–7 zeigt, welche Qualifikation die Behandler der ausschließlich ambulant versorgten inzidenten Depressionspatienten des Jahres 2010 hatten.¹⁶ Zwei Drittel der Patienten (64,1%) erhielten eine rein hausärztliche Versorgung und jeder achte (13,2%) eine spezifische fachärztliche bzw. psychotherapeutische Versorgung.¹⁷ Weitere 11,8% wurden von beiden Behandlergruppen betreut. Rund ein Zehntel (10,8%) aller inzidenten Depressionspatienten wurde ausschließlich durch Ärzte anderer Fachrichtungen, beispielsweise Gynäkologen, versorgt.

Nach Empfehlungen der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depression kann bei leichten bis mittelschweren depressiven Störungen mit unkompliziertem Verlauf¹⁸ eine alleinige ambulante Behandlung sowohl durch Hausärzte als auch

16 Die ab dem Jahr 2008 veränderten Arztgruppenzuordnungen machen einen validen Vergleich der Behandlerqualifikationen der Jahre 2007 und 2010 unmöglich. Die Hausarztkenntnis beispielsweise, die der 2008 eingeführten lebenslangen Arztnummer zu entnehmen ist, hätte im Vorzeitraum alternativ über die Abfrage der Arztfachgruppen Allgemeinmediziner, Internisten und Kinderärzte in Kombination mit der Abrechnung von EBM-Ziffern der hausärztlichen Grundvergütung (auf Basis von Betriebsstätten, nicht Ärzten) ermittelt werden müssen. Auf eine solche Annäherung an die hausärztliche Inanspruchnahme wurde in einem Zeitvergleich 2007–2010 verzichtet, da Veränderungsraten eher auf definitorische Inkonsistenzen als auf eine echte Verschiebung der Inanspruchnahme hingedeutet hätten. Deshalb werden nur die Ergebnisse des Jahres 2010 berichtet.

17 Als fachspezifische Versorgung 2010 wurde die Behandlung durch folgende Arztfachgruppen der KBV-Systematik gewertet: 51 – Nervenheilkunde/Neurologie und Psychiatrie, 53 – Neurologie, 58 – Psychiatrie/Psychiatrie und Psychotherapie, 60 – Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 68 – Psychologischer Psychotherapeut, 69 – Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut, 47 – Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie 61 – psychotherapeutisch tätiger Arzt. Die der letzteren Fachgruppe zugeordneten Ärzte sind überwiegend psychotherapeutisch tätig und erzielen mindestens 90% ihres abgerechneten Gesamtleistungsbedarfs aus psychotherapeutischer Tätigkeit.

18 Im Falle einer hausärztlichen Behandlung sollte bei nicht ausreichender Besserung spätestens nach sechs Wochen ein fachspezifischer Behandler konsultiert werden. Darüber hinaus sind ent-

Tabelle 2–7

Behandlerqualifikation bei rein ambulant behandelten Patienten 2010 (standardisiert)

Schweregrad	Hausärztliche Versorgung allein*	Fachspezifische Versorgung allein*	Hausärztliche und fachspezifische Versorgung*	Versorgung allein durch unspezifische Fachärzte
F32.2/3	37,8%	28,1%	29,9%	4,2%
F32.1	44,3%	26,8%	24,7%	4,2%
F32.0	54,8%	18,7%	12,2%	14,3%
F32.8/9	75,4%	6,1%	4,9%	13,6%
Gesamt	64,1%	13,2%	11,8%	10,8%

* fachunspezifische Mitbehandlung möglich

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

durch spezifische Fachärzte und psychologische Psychotherapeuten oder Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie erfolgen (DGPPN et al. 2012). Die vorliegenden Zahlen unterstreichen, dass Hausärzte bei der Versorgung depressiver Störungen nach wie vor eine zentrale Rolle spielen. So sind die Hausärzte häufig das erste Glied in der Versorgungskette depressiver Erkrankungen (Wittchen et al. 2000). Viele Hausärzte bieten neben einer medikamentösen Behandlung sowie der Information und Beratung der Patienten über das Krankheitsbild Depression auch Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung an. Dabei führen sie sowohl psychodiagnostische (49%) als auch psychotherapeutische Gespräche (51%) durch und vermitteln Entspannungsverfahren (19%) (Fritzsche et al. 2000). Seit 2003 sind Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung Pflichtbestandteil in der allgemeinmedizinischen und gynäkologischen Weiterbildung (Kruse und Herzog 2012). Darüber hinaus wird der Erwerb psychosomatischer Grundkompetenzen inzwischen auch in den Musterweiterbildungsordnungen vieler anderer Fachgebiete erwartet. Ende 2009 hatten ca. 66 000 Hausärzte und andere Fachärzte eine Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung absolviert (Kruse und Herzog 2012).

Neben Hausärzten und fachspezifischen Behandlern sind auch Ärzte mit den Zusatztiteln Psychotherapie und Psychoanalyse an der Behandlung depressiver Patienten beteiligt (DGPPN et al. 2012). Die Zusatzbezeichnung Psychotherapie ermöglicht es Fachärzten aus somatischen Fachgebieten, an der psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung teilzunehmen, wozu auch die Erbringung von Richtlinienpsychotherapie gehört (Kruse und Herzog 2012).

Die Versorgung depressiver Patienten bei niedergelassenen Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie konzentriert sich nach einer Untersuchung von Bermejo et al. (2008) auf die Aufklärung über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten (99%), die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva (87%) sowie ein therapeutisches Gespräch (81%). In 59% der Fälle gaben die befragten Ärzte

sprechende Konsultationen indiziert bei schweren, psychotischen oder mit akuter Suizidalität und fehlender Absprachefähigkeit verbundenen Depressionen oder komplizierenden Faktoren wie Pharmakotherapieproblemen oder schweren psychischen oder körperlichen Begleiterkrankungen.

an, eine psychotherapeutische Behandlung durchgeführt zu haben, in 23 % der Fälle wurden die Patienten an einen Psychotherapeuten überwiesen.

Schlüsselt man die Versorgung der ausschließlich ambulant behandelten Depressionspatienten nach dem Schweregrad der Erkrankung auf, so zeigt sich, dass mit zunehmender Erkrankungsschwere der Anteil rein hausärztlicher oder unspezifisch-fachärztlicher Versorgung erwartungsgemäß zugunsten fachspezifischer Mit- oder Alleinbehandlung sinkt (Tabelle 2–7). Auffällig ist jedoch, dass auch bei schweren Depressionen noch insgesamt fast die Hälfte der Patienten (42 %) nicht fachspezifisch (mit-)versorgt wird. Das überrascht, da die Nationale Versorgungsleitlinie Depression bei der Behandlung schwerer und psychotischer depressiver Episoden eine Überweisung zu oder eine Mitbehandlung durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie oder einen Nervenarzt empfiehlt (DGPPN et al. 2012). Es ist nicht auszuschließen, dass ein Teil der schwer kranken Patienten, die vermeintlich keine fachspezifische (Mit-)Behandlung erhielten, in einer psychiatrischen Institutsambulanz versorgt wurde. Da kaum Daten aus diesen Einrichtungen verfügbar waren, wird der Anteil der schwer kranken Patienten ohne fachspezifische Behandlung vermutlich deutlich überschätzt. Allerdings zeigten Schneider et al. 2004, dass Hausärzte nur 17 % ihrer depressiven Patienten an Fachärzte überweisen. Dabei fand sich keine Korrelation zwischen der Depressionsschwere und der Überweisungshäufigkeit (Schneider et al. 2004). Ähnliche Überweisungsdaten von 10–16 % fanden Jacobi et al. (2002). In Verbindung mit diesen Befunden deuten die vorliegenden Zahlen trotz der erwähnten methodischen Limitationen darauf hin, dass in der Routineversorgung nicht wenige schwer depressive Patienten entgegen den Leitlinien-Empfehlungen keine angemessene fachärztliche (Mit-)Behandlung erhalten.

2.5.3 Weiterer Krankheitsverlauf nach dem ersten Erkrankungsjahr

Untersucht man die Häufigkeit stationärer Behandlungen nach dem Indexjahr der depressiven Erkrankung (2007),¹⁹ zeigt sich, dass im Jahr 2008 5,4 % aller Patienten der Inzidenzkohorte mindestens einmal mit der Diagnose einer affektiven Störung stationär versorgt wurden (Tabelle 2–8). Bis Ende 2010 erhöhte sich dieser Anteil auf 10,9 %. Je schwerer die inzidente Depression war, umso größer war auch der Anteil der Patienten mit stationärer Behandlung in den Folgejahren. Unspezifische Diagnosen inzidenter Depressionen rangierten dabei hinsichtlich der Häufigkeit stationärer Aufnahmen in allen Folgejahren noch hinter den inzidenten Depressionen leichter Schwere. 17,1 % der Patienten mit einer schweren inzidenten Depression, aber nur 8,7 % der Patienten mit einer unspezifischen inzidenten Depression mussten von 2008 bis zum Ende des Jahres 2010 mindestens einmal stationär behandelt werden.

Tabelle 2–9 zeigt, welche affektiven Störungen bei den Patienten, die im Jahr 2007 eine depressive Erstepisode hatten, in den Folgejahren bis zum Ende des Jahres 2010 kodiert wurden. Lediglich bei 26,9 % aller Patienten der Inzidenzkohorte wurde in den Folgejahren überhaupt keine affektive Störung mehr kodiert. 73,1 % der Patienten der Inzidenzkohorte erhielten dagegen bis Ende 2010 weitere Diagno-

19 Voll- oder teilstationäre Behandlungen mit einer F3x-Haupt- oder Nebendiagnose.

Tabelle 2–8

Anteil der Patienten mit stationärer Behandlung nach dem ersten Erkrankungsjahr bis Ende 2010 (standardisiert)

Schweregrad der inzidenten Depression	Anteil der Patienten mit mindestens einer stationären Behandlung mit einer affektiven Störung		
	bis Ende 2008	bis Ende 2009	bis Ende 2010
F32.2/3	9,7%	14,0%	17,1%
F32.1	7,0%	10,8%	13,8%
F32.0	6,7%	10,0%	12,7%
F32.8/9	3,9%	6,4%	8,7%
Gesamt	5,4%	8,4%	10,9%

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

sen affektiver Störungen. Dabei war überraschend, dass nur bei gut einem Zehntel (13,9%) der letzteren Patientengruppe depressive Folgeepisoden kodiert wurden. Auch bipolare Störungen oder andere affektive Störungen (F30, F34, F38, F39) wurden nur bei einem geringen Teil der Patienten mit Folgediagnosen festgestellt (0,9 bzw. 6,3% bis Ende 2010). Bei über 97% der Patienten mit affektiven Folgediagnosen wurden bis Ende 2010 weiterhin Diagnosen depressiver Erstepisoden (F32) vergeben.

Der Anteil der Patienten ohne persistierende oder erneut aufgetretene affektive Störungen war in der vorliegenden Studie im Vergleich zu anderen Studien, die einen ähnlichen Zeitraum betrachtet haben, erstaunlich niedrig. So war in einer hol-

Tabelle 2–9

Weiterer Krankheitsverlauf nach dem ersten Erkrankungsjahr bis zum Jahr 2010 (standardisiert)

	Anteil Patienten		
	bis Ende 2008	bis Ende 2009	bis Ende 2010
Keine F3x-Diagnose im weiteren Verlauf	38,5%	30,9%	26,9%
F3x-Diagnose im weiteren Verlauf	61,5%	69,1%	73,1%
davon mit*			
F33	6,8%	10,6%	13,9%
F32	97,1%	97,1%	97,3%
F31	0,5%	0,7%	0,9%
Sonstige F3x (außer F31/32/33)	5,2%	5,8%	6,3%
Anteil der Patienten mit Zieldiagnose an allen Patienten der Inzidenzkohorte*			
F33-Diagnose im weiteren Verlauf	4,2%	7,3%	10,1%
F32-Diagnose im weiteren Verlauf	59,7%	67,1%	71,2%
F31-Diagnose im weiteren Verlauf	0,3%	0,5%	0,6%
Sonstige F3x-Diagnose (außer F31/32/33) im weiteren Verlauf	3,2%	4,0%	4,6%

* Wenn für einen Patienten in den Jahren 2007–2010 Diagnosen aus unterschiedlichen F3-Diagnosegruppen vergeben wurden (F33, F32, F31 oder sonstige), wurde der Patient in jeder F3-Gruppe erfasst, für die er eine Diagnose erhalten hatte.

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

ländischen Untersuchung bei 43 % der Patienten mit einer Major Depression zu allen Nachbeobachtungszeitpunkten (nach 6, 12 und 39 Monaten) keine Major Depression mehr diagnostiziert worden (Stegenga et al. 2012). Auch eine frühere deutsche Untersuchung zeigte, dass 42 % der unipolar depressiven Patienten fünf Jahre nach der Erkrankung rückfallfrei waren (DGPPN et al. 2012; Meyer und Hautzinger 2004).

Auch der Anteil der Patienten, bei denen bis Ende 2010 mindestens eine depressive Folgeepisode kodiert wurde, war in der vorliegenden Studie überraschend niedrig. Nach den Ergebnissen anderer Studien liegt das Rückfallrisiko depressiver Episoden bereits nach dem ersten Erkrankungsjahr bei 30–40 % und steigt nach dem zweiten Erkrankungsjahr auf 40–50 % (DGPPN et al. 2012).

Auffällig ist weiterhin, dass im ersten Folgejahr der Erkrankung (2008) noch bei 59,7 % aller Patienten der Inzidenzkohorte depressive Erstepisoden kodiert wurden. Bis Ende 2010 erhöhte sich der Anteil dieser Patienten sogar auf 71,2 %. Die Tatsache, dass die Kodierung von Erstepisoden in den der Ersterkrankung folgenden Jahren zunahm, erklärt sich vermutlich dadurch, dass in der Praxis bei einer erneuten depressiven Episode (F33) oft irrtümlich wieder eine Erstepisode (F32) kodiert wird. Dazu passt, dass der Anteil der Patienten mit depressiven Folgeepisoden in der vorliegenden Routinedatenanalyse erstaunlich niedrig war.

Doch selbst wenn man die Zunahme der Kodierung von F32-Diagnosen außer Acht lässt und nur die im Jahr 2008 bei 59,7 % der Inzidenzkohorte erneut vergebenen F32-Diagnosen betrachtet, ist das Ergebnis überraschend hoch. So zeigt eine epidemiologische Studie aus den Niederlanden, dass nach einem bzw. zwei Jahren noch bei 24 % bzw. 20 % der Erkrankten die Symptomatik einer Major Depression persistiert (Spijker et al. 2002). Auch die Nationale Versorgungsleitlinie Depression gibt den Anteil der chronifizierten Depressionsverläufe mit einer Beschwerdedauer von über zwei Jahren nur mit 15–20 % an (DGPPN et al. 2012). Es ist deshalb zu vermuten, dass der deutlich höhere Anteil persistierender F32-Diagnosen in den vorliegenden Routinedaten darauf zurückzuführen ist, dass einmal vergebene F32-Diagnosen in der Praxissoftware nach Erkrankungsende nicht gelöscht, sondern bei jedem Arztkontakt immer wieder neu dokumentiert wurden, auch wenn die Depression gar nicht mehr der Behandlungsanlass war.

Betrachtet man die Häufigkeit der erneuten Kodierung affektiver Störungen bis Ende 2010 in Abhängigkeit von der Schwere der inzidenten Depression, so zeigt sich bei allen untersuchten Gruppen von Folgediagnosen ein klarer Zusammenhang: Je höher der Schweregrad der inzidenten Depression ist, umso häufiger werden in den Folgejahren weitere affektive Störungen diagnostiziert. Allerdings gilt das nur, wenn für die inzidente Depression spezifische Diagnosen vergeben wurden. Bei unspezifischen inzidenten Depressionsdiagnosen schwankt die Häufigkeit von Folgediagnosen und entspricht den Häufigkeiten, die bei leichten oder mittelschweren inzidenten Depressionen beobachtet wurden.

2.6 Zusammenfassung

Im vorliegenden Beitrag wurde anhand von Routinedaten der Krankenkassen analysiert, wie sich die Kodierung depressiver Episoden in den administrativen Daten darstellt und wie dies zu bewerten ist. Außerdem wurden Prävalenz- und Inzidenzraten depressiver Erkrankungen in Deutschland für die Jahre 2007 und 2010 dargestellt und untersucht, wie Patienten, bei denen erstmals eine depressive Episode dokumentiert wurde, in den ersten Krankheitsjahren versorgt wurden.

Die vorliegenden Analysen geben aus mehreren Gründen Anlass, die Validität der in den Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen zu hinterfragen. Zum einen wurden bei zwei Drittel aller Patienten mit depressiven Erstepisoden – insbesondere bei ausschließlich hausärztlich versorgten Patienten – lediglich unspezifische Depressionsdiagnosen vergeben. Bei Verzicht auf eine gezielte Beurteilung der Depressionsschwere kann es jedoch eher zu Fehleinschätzungen kommen, wobei auch depressive Symptomkonstellationen, die hinsichtlich der Schwere und/oder Dauer nicht die Kriterien einer depressiven Episode erfüllen, als solche klassifiziert werden können.

Dafür spricht, dass in der vorliegenden Untersuchung die Prävalenzrate der Dysthymie deutlich unter den Ergebnissen repräsentativer Bevölkerungsbefragungen lag, die Gesamtprävalenz depressiver Erkrankungen aber deutlich höher war.

Auffällig war auch, dass bei rund 800 000 Patienten eine unspezifische oder leichte depressive Episode kodiert wurde, die jedoch lediglich in einem einzigen Quartal auftrat. Ob und in welchem Ausmaß die häufige Vergabe dieser solitären Depressionsdiagnosen auf Spontanremissionen, Fehlkodierungen oder Behandlungsabbrüche zurückgeht, muss in künftigen Studien anhand von Ärzte- und Patientenbefragungen noch genauer untersucht werden.

Zu hinterfragen ist weiterhin, warum 60 % aller Patienten mit einer depressiven Erstepisode auch im ersten Folgejahr eine solche Diagnose erhielten und sich dieser Anteil bis zum dritten Folgejahr sogar noch kontinuierlich auf 71 % erhöhte. Die im Zeitverlauf beobachtete Erhöhung könnte dafür sprechen, dass rezidivierende depressive Episoden irrtümlich erneut als Erstepisoden klassifiziert wurden. Der insgesamt sehr hohe Anteil an Patienten, die ein bis drei Jahre nach Auftreten der Erstepisode noch weitere Diagnosen depressiver Erstepisoden erhielten, könnte zudem darauf hindeuten, dass einmal vergebene F32-Diagnosen in der Praxissoftware nach Erkrankungsende nicht gelöscht wurden, sondern bei jedem Arztkontakt, auch wenn die Depression nicht mehr der Behandlungsanlass war, wieder neu dokumentiert wurden.

Die zu vermutenden Einschränkungen der Diagnosevalidität erschweren die Interpretation der Prävalenz- und Inzidenzraten depressiver Erkrankungen.

Die in der vorliegenden Studie auf Basis von Routinedaten ermittelte Prävalenz depressiver Erkrankungen bei Erwachsenen betrug im Jahr 2010 11,1 %. 2007 lag die dokumentierte Prävalenz noch bei 9,3 %. Von 2007 auf 2010 war somit ein Prävalenzanstieg um 19,3 % zu verzeichnen. Im Zusatzmodul „Psychische Erkrankungen“ der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (2008–2011) lag die Jahresprävalenz unipolarer Depressionen dagegen nur bei 8,2 %. Da die Erkennungsrate depressiver Störungen in der Routineversorgung bislang als deutlich zu niedrig galt und im hausärztlichen Bereich nur auf rund 50 % geschätzt wird, wäre

zu erwarten gewesen, dass die in Routinedaten dokumentierte Depressionsprävalenz deutlich unter der in Bevölkerungsbefragungen ermittelten Prävalenz liegt. Dass dies nicht so ist, kann einerseits auf methodische Unterschiede zurückzuführen sein, könnte aber auch ein Indiz dafür sein, dass sich die Erkennungsrate depressiver Symptomkonstellationen in der Routineversorgung in den letzten Jahren verbessert hat. Künftige Studien sollten deshalb einerseits untersuchen, ob es in der Routineversorgung tatsächlich noch in dem aus früheren Studien bekannten Ausmaß zu einer Unterdiagnostik depressiver Störungen kommt und andererseits prüfen, in welchem Umfang auch Fehl- und Überdiagnosen vorkommen.

Im Jahr 2010 wurde bei 1,1 % aller Erwachsenen erstmals eine depressive Episode dokumentiert. Die Inzidenz lag bei Frauen mit 1,3 % deutlich höher als bei Männern (0,9 %). Über die Hälfte aller inzidenten Fälle waren sonstige oder nicht näher bezeichnete depressive Episoden. Bei den spezifischen Diagnosen waren leichte depressive Episoden relativ selten (9 %) und mittelschwere Fälle am häufigsten (22 %). Schwere Erstepisoden fanden sich bei 12 % der inzidenten Fälle.

Die neu an Depression erkrankten Patienten wurden größtenteils ausschließlich ambulant versorgt (79 %), und zwar mehrheitlich allein durch Hausärzte (64 % aller rein ambulant behandelten Patienten). Jeder vierte ausschließlich ambulant behandelte Patient befand sich in fachspezifischer Allein- oder Mitbehandlung. Differenziert nach dem Schweregrad der Erkrankung erreichte der fachspezifische Behandlungsanteil bei ausschließlich ambulant behandelten Patienten mit schwerer Depression 58 %. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass schwer depressive Patienten in der Routineversorgung häufig nicht die in den Leitlinien empfohlene fachärztliche (Mit-)Behandlung erhalten.

27 % aller inzidenten Depressionspatienten des Jahres 2007 erhielten in den Folgejahren bis Ende 2010 keine weiteren Diagnosen affektiver Störungen.

Literatur

- Arbeitsgruppe Versorgungsorientierung/Priorisierung des Plenums des Gemeinsamen Bundesausschusses. Modellprojekt: Verfahren zur verbesserten Versorgungsorientierung am Beispielthema Depression. Abschlussbericht. Berlin: Gemeinsamer Bundesausschuss 2011.
- Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Macco K. Fehlzeiten-Report 2011: Führung und Gesundheit. Berlin: Springer 2011.
- Bermejo I, Bachmann L, Kriston L, Härter M. Fachärztliche Depressionsbehandlung – subjektive Wahrnehmung der Versorgungssituation und erlebte Barrieren. *Psychiatr Prax* 2008; 35; 392–8.
- Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW. Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis of health insurance data. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45; 329–35.
- Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G de et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med* 2011; 9: 90.
- Bundespsychotherapeutenkammer. BpTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Berlin 2011. http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BpTK-Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BpTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf (5. Juni 2013).
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK et al. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung. Version 1.3. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF 2012.

- Erhart M, Stillfried D von. Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Teil 1: Prävalenz. Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland 2012.
- Fritzsche K, Sandholzer H, Werner J, Brucks U, Cierpka M, Deter HC et al. Psychotherapeutische und psychosoziale Behandlungsmaßnahmen in der Hausarztpraxis. Ergebnisse im Rahmen eines Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung. *Psychother. Psychosom Med Psychol* 2000; 50: 240–6.
- GaebelW, Kowitz S, Zielasek J. The DGPPN research project on mental healthcare utilization in Germany: inpatient and outpatient treatment of persons with depression by different disciplines. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262 Suppl 2: S51–5.
- Hegerl U. Depression und Suizidalität. Die neun häufigsten Fehlannahmen, Missverständnisse und Irrtümer. Pressemitteilung Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2012. <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/20120817-hegerl-depression-fehlannahmen-pm.php> (21. Februar 2013).
- Jacobi F. Nehmen psychische Störungen zu? *Report Psychologie* 2009; 34: 16–28.
- Jacobi F, Hofler M, Meister W, Wittchen HU. Prävalenz, Erkennungs- und Verschleibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt* 2002; 73: 651–8.
- Jacobi F, Hoyer J, Wittchen HU. Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheitsveys. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 2004; 33: 251–60.
- Jacobi F, Wittchen HU, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Siegert J et al. How to establish evidence for possible changes between 1998 and 2012 in the morbidity spectrum of the longitudinal DEGS1-MH cohort. XIV. International Congress of the IFPE. Leipzig 2013.
- Klerman GL, Weissman MM. Increasing rates of depression. *JAMA* 1989; 261: 2229–35.
- Klose J, Rehbein I. *Ärztatlas 2011. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO) 2011.
- Klose J, Rehbein I, Uhlemann T. *Ärztatlas. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten*. Bonn: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIDO) 2007.
- Kruse J, Herzog W. Zwischenbericht zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und Gutachten „zur Effizienz“. Gießen, Heidelberg 2012.
- Kurth BM. Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). *Bundesgesundheitsbl* 2012; 55: 980–90.
- Prins MA, Verhaak PFM, Smolders MH, Spreeuwenberg P, Laurant MGH, van der Meer K, van Marwijk HWJ, Penninx BWJH, Bensing JM. Outcomes for depression and anxiety in primary care and details of treatment: a naturalistic longitudinal study. *BMC Psychiatry* 2011; 11: 180, 1–9.
- Meyer TD, Hautzinger M. *Manisch-depressive Störungen: Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: Beltz 2004.
- Posternak MA, Solomon DA, Leon AC, Mueller TI, Shea MT, Endicott J. et al. The naturalistic course of unipolar major depression in the absence of somatic therapy. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 324–9.
- Richter D, Berger K. Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatr Prax.* 2013; 40: 176–82.
- Rüger U, Dahm A, Kallinke D. *Faber/Haarstrick. Kommentar Psychotherapie-Richtlinien*. 9. Aufl. München: Elsevier 2012.
- Schneider F, Kratz S, Bermejo I, Menke R, Mulert C, Hegerl U. et al. Insufficient depression treatment in outpatient settings. *Ger Med Sci* 2004; 2: Doc01.
- Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, Pilars MP de, Abholz HH. Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 169–74.
- Sinnema H, Franx G, Spijker J, Ruiters M, van Haastrecht H, Verhaak P, Nuyen J. Delivering stepped care for depression in general practice: Results of a survey amongst general practitioners in the Netherlands. *Eur J Gen Pract.* 2013 Apr 12 [Epub ahead of print].

- Spijker J, de Graaf R, Bijl RV, Beekman AT, Ormel J, Nolen WA. Duration of major depressive episodes in the general population: results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Br J Psychiatry* 2002; 181: 208–13.
- Stegenga BT, Kamphuis MH, King M, Nazareth I, Geerlings MI. The natural course and outcome of major depressive disorder in primary care: the PREDICT-NL study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47: 87–95.
- Wang J, Williams J, Lavorato D, Schmitz N, Dewa C, Patten SB. The incidence of major depression in Canada: the National Population Health Survey. *J Affect Disord* 2010; 123 (1-3): 158–63.
- Weber A, Hörmann G, Köllner V. Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhunderts? *Deutsches Ärzteblatt* 2006; 103: A834–41.
- Wittchen HU, Jacobi F. Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? Dresden 2012. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile (15. März 2013).
- Wittchen HU, Jacobi F, Klose M, Ryl L. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 51. Depressive Erkrankungen. Berlin: Robert Koch-Institut 2010.
- Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 655–79.
- Wittchen HU, Müller N, Schmidtke B, Winter S, Pfister H. Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. *Fortschr Med* 2000; Sonderheft 1: 4–9.
- Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol* 2002; 17 Suppl 1: S1–11.