



# Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017

Annika Steffen • Jakob Holstiege • Manas K. Akmatov • Jörg Bätzing

DOI: 10.20364/VA-19.05

## Abstract

### Hintergrund

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit und verursachen einen Großteil der mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre. Das Ziel der Analyse war, die Diagnoseprävalenz depressiver Störungen in Deutschland für den Zeitraum 2009 bis 2017 zu bestimmen. Primärer Fokus waren dabei die zeitlichen Trends nach Alter, Geschlecht, Region und Schweregrad sowie in Bezug auf die Codierung unspezifischer Diagnosen.

### Methodik

Datengrundlage bildeten bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Die jährliche Diagnoseprävalenz wurde basierend auf Daten von Personen im Alter von  $\geq 15$  Jahren (62,5 Mio. im Jahr 2017) differenziert nach Geschlecht, Altersgruppe, räumlicher Ebene (KV-Bereich, Kreistyp, Kreis) und Schweregrad der Diagnose ermittelt. Die Entwicklung der Diagnoseprävalenz unspezifischer depressiver Störungen wurde untersucht. Als Depressionsfall galten Personen, die in mindestens einem Quartal eines Kalenderjahres eine gesicherte Diagnose einer depressiven Störung (F32.-, F33.- bzw. F34.1) aufwiesen. Auf Diagnoseebene wurde der Anteil der diagnostizierenden Fachgruppen im Zeitverlauf quantifiziert.

### Ergebnisse

Über den Beobachtungszeitraum stieg die Diagnoseprävalenz depressiver Störungen von 12,5 % im Jahr 2009 auf 15,7 % im Jahr 2017 (+ 26 %). Die Zunahme war bei Männern stärker ausgeprägt als bei Frauen (+ 40 % vs. + 20 %), bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen stärker als bei Älteren, in ländlichen Regionen stärker als in städtischen (+ 34 % in dünn besiedelten ländlichen Kreisen vs. + 25 % in kreisfreien Großstädten) und in den neuen Bundesländern stärker als in den alten (+ 41 % vs. + 23 %). Dennoch wiesen kreisfreie Großstädte im Vergleich zu weniger dicht besiedelten Regionen auch im Jahr 2017 die mit Abstand höchste Diagnoseprävalenz auf (17,3 % vs. 15,5 % in dünn besiedelten ländlichen Kreisen). Im Jahr 2009 lag die Diagnoseprävalenz in den alten Bundesländern 31 % höher als in den neuen Bundesländern, im Jahr 2017 belief sich dieser Unterschied auf 21 %. Über die 402 Kreise reduzierte sich der Extremalquotient für die Diagnoseprävalenz von 3,1 im Jahr 2009 auf 2,3 im Jahr 2017. Der Variationskoeffizient sank von 15 % auf 13 %. Im Zeitverlauf wurde zunehmend spezifischer codiert, insbesondere in der Fachgruppe der Hausärzte. Während im Jahr 2009 etwa 77 % aller hausärztlichen Depressionsdiagnosen unspezifisch codiert worden sind, waren es im Jahr 2017 nur noch 50 %.

### Schlussfolgerung

Die Studie unterstreicht die zunehmende Bedeutung depressiver Störungen in der vertragsärztlichen Versorgung und offenbart eine starke Dynamik in der Entwicklung der Diagnoseprävalenz, die nach Geschlecht, Alter, Region und Schweregrad variiert. Die Studie zeigt insgesamt eine sukzessive Abnahme der regionalen Variation und des Prävalenzunterschieds zwischen den Geschlechtern. Weiterhin lässt sie eine zunehmend spezifischere Codierpraxis erkennen.

### Schlagwörter

Abrechnungsdaten, Depression, Diagnoseprävalenz, Genderaspekte, Prävalenz, vertragsärztliche Versorgung

### Zitierweise

Steffen A, Holstiege J, Akmatov MK, Bätzing J. Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/05. Berlin 2019. DOI: 10.20364/VA-19.05. URL: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=102>.

## Abstract (English)

**Depression in ambulatory care in Germany: recent trends in prevalence and regional variation based on nationwide claims data****Background**

Depression is a commonly occurring disorder and a major contributor to disease burden. This study presents nationwide data on the time trends of diagnosed depressive disorders in Germany according to age, sex, region, and severity of diagnosis. Trends in coding of unspecified diagnoses were also investigated.

**Methods**

The study was based on all ambulatory physician billing claims from 2009–2017 from all residents with statutory health insurance in Germany, covering 87% of the total German population. The study population was restricted to persons aged  $\geq 15$  years (62.5 million patients in 2017). Patients with at least one documented ICD-10 diagnosis of F32, F33 or F34.1 were considered cases of depressive disorder. The diagnostic prevalence of depressive disorders was computed for each year according to age, sex, region, and severity of depressive disorder and for the group of unspecified diagnoses. On the level of diagnoses, we investigated the proportion of diagnoses documented by groups of physicians (general practitioners, mental health specialists and others).

**Results**

The diagnostic prevalence of depressive disorders increased from 12.5% in 2009 to 15.7% in 2017 (+26%). The increase was more pronounced among men compared to women (+40% vs. +20%), in young adults compared to older persons, in Eastern compared to Western federal states (+37% vs. +24%), and in rural compared to urban regions (+34% in rural areas vs. +25% in big urban municipalities). Nevertheless, big urban municipalities still showed the highest diagnostic prevalence in 2017 compared to less densely populated regions (17.3% vs. 15.5% in rural areas with low population density). The prevalence in Eastern and Western states was 13.9% (+41%) and 15.9% (+23%) in 2017, respectively. Across the 402 administrative districts, variation decreased over time. The variation coefficient declined from 15% to 13% and the ratio of the highest prevalence to the lowest prevalence decreased from 3.1 to 2.3. The coding frequency of unspecified diagnoses declined over time, particularly in the group of general practitioners. In 2009, 77% of all depression diagnoses documented by general practitioners were unspecified, while 50% were unspecified in 2017.

**Conclusion**

Overall, the study highlights a growing significance of depressive disorders in ambulatory care in Germany. It also demonstrates a reduction of regional and sex disparities as well as a decrease in the documentation of unspecified diagnoses.

## Hintergrund

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen weltweit und gehen mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität und Leistungsfähigkeit einher. National wie international sind depressive Störungen ursächlich für einen Großteil der mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre [1, 2].

Depressionen sind durch gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Antriebslosigkeit und erhöhte Ermüdbarkeit gekennzeichnet [3]. Damit beeinträchtigen sie den Lebensalltag der Betroffenen in zentraler Weise. Außerdem weisen depressive Störungen eine ausgeprägte Komorbidität mit anderen psychischen Störungen auf, insbesondere Angststörungen und Substanzabhängigkeit [4, 5]. Studien dokumentieren zudem eine zweiseitig gerichtete Beziehung zwischen Depressionen und zahlreichen somatischen Erkrankungen, darunter häufige chronische Erkrankungen wie Diabetes, koronare Herzkrankheit, Schlaganfall und Krebserkrankungen [6]. Dabei kann eine depressive Störung einerseits die Entstehung dieser Erkrankungen begünstigen, andererseits kann sie als Komorbidität die Lebensqualität und Prognose verschlechtern [6].

Neben den weitreichenden individuellen Beeinträchtigungen sind Depressionen von hoher volkswirtschaftlicher Bedeutung. Im Jahr 2015 beliefen sich die Kosten, die mit medizinischen Heilbehandlungen, Präventions- oder Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen von Depressionen verbunden waren, auf 8,7 Mrd. Euro [7]. Damit entfielen 2,6 % der gesamten Krankheitskosten auf die Erkrankung Depression. Darüber hinaus sind depressive Störungen mit hohen indirekten Kosten verbunden, bedingt durch eine verminderte berufliche Leistungsfähigkeit der Betroffenen, eine hohe Zahl an Arbeitsunfähigkeitstagen und Frühberentungen [8–10]. So liegen depressive Episoden nach Infektionen der Atemwege und Rückenschmerzen an dritter Stelle in der Rangliste der Arbeitsunfähigkeitstage [9–11]. Im Zeitverlauf zwischen 2000 und 2013 stieg die Anzahl depressionsbedingter Fehlzeiten um etwa 70 % [12], welches die hohe gesellschaftliche Gesamtbelastung und den steigenden Versorgungsaufwand unterstreicht.

Fast jeder fünfte Mensch erkrankt im Laufe seines Lebens an einer Major Depression oder einer Dysthymie [13]. Die 12-Monatsprävalenz der Major Depression wird anhand bevölkerungsrepräsentativer Surveys auf etwa 7 % bis 8 % geschätzt, ohne Hinweise auf eine Zunahme

über längere Zeiträume [14]. Auf Routinedaten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) basierende Studien berichten im Allgemeinen eine höhere Diagnoseprävalenz, die je nach Falldefinition und Studienpopulation zwischen 10 % und 16 % liegt, und zudem über die vergangenen Jahre einen kontinuierlichen Anstieg verzeichnete [15–20]. Als mögliche Gründe für diesen Anstieg werden eine verbesserte Diagnostik sowie die zunehmende Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen diskutiert [21].

Routinedaten der GKV zeigen zudem, dass ein Großteil der Diagnosen auf unspezifische Codierungen zurückzuführen ist [15, 19, 20]. So berichteten Melchior et al. basierend auf Daten von 84 Betriebs- und Innungskrankenkassen, dass etwa 50 % aller Depressionsdiagnosen im Jahr 2011 mit unspezifischen ICD-10-Codierungen versehen waren [20]. Mit Blick auf die Zunahme der Diagnoseprävalenz stellt sich daher auch die Frage, ob zeitliche Trends in der Spezifizierung der Diagnosecodierung existieren.

Sowohl Studien auf Basis von Primär- als auch Sekundärdaten zeigen übereinstimmend, dass Menschen in Großstädten häufiger von depressiven Störungen betroffen sind als in ländlichen Regionen [19, 20, 22–24]. Sekundärdatenanalysen beschreiben überdies regionale Variationen mit höheren Prävalenzen in den alten als in den neuen Bundesländern [19, 20, 22]. In multivariaten Modellen fanden sich jedoch auch signifikant höhere Depressionsprävalenzen im ländlichen Umland und im verdichteten Umland in den westlichen, nicht aber in den östlichen Bundesländern [19]. Mit Blick auf die Häufigkeit von Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund depressiver Störungen gibt es jedoch Hinweise, dass sich die regionalen Unterschiede zwischen den Bundesländern im Zeitverlauf abschwächen [12]. Inwieweit dies auch auf die Diagnoseprävalenz zutrifft, bleibt vorerst unklar.

In einer früheren Analyse bezifferte der Versorgungsatlas die Diagnoseprävalenz depressiver Störungen im Jahr 2007 auf 10 % [19]. Zudem wurde eine ausgeprägte geografisch-räumliche Variation auf Ebene der Kreise beobachtet. Die vorliegende Analyse hat das Ziel, auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017 die Diagnoseprävalenz depressiver Störungen zu bestimmen. Primärer Fokus ist einerseits eine Aktualisierung der im Jahr 2012 im Versorgungsatlas veröffentlichten Diagnoseprävalenzdaten [19]. Andererseits sollen mit der Verfügbarkeit von Abrechnungsdaten aus einem Zeitraum von jetzt neun Jahren die

zeitlichen Trends nach Alter, Geschlecht, Region und Schweregrad der Diagnose untersucht werden. Die Entwicklung unspezifischer Diagnosecodierungen im Vergleich zu spezifischen Kodierungen wird ebenfalls im Zeitverlauf betrachtet.

## Methodik

### Datengrundlage

Datengrundlage für die vorliegende Auswertung bildeten die bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V für die Jahre 2009 bis 2017. Der Datenkörper umfasst alle gesetzlich krankenversicherten Personen, die im Untersuchungszeitraum mindestens einen Arztkontakt im Rahmen des vertragsärztlichen Leistungsgeschehens hatten. Die vertragsärztlichen Abrechnungsdaten enthalten zu jeder pseudonymisierten Patientenidentifikationsnummer Angaben zu Geschlecht, Geburtsjahr, Wohnort, den Krankheitsdiagnosen und

zum Quartal dieser Diagnosen. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf Personen im Alter von  $\geq 15$  Jahren.

### Diagnosen depressiver Störungen und Falldefinition

Die Zieldiagnosen für diese Analyse orientierten sich an den Diagnosen, die als Geltungsbereich der Nationalen Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depressionen definiert wurden [3] und entsprechen der früheren Analyse aus dem Versorgungsatlas [19] sowie weiteren Sekundärdatenstudien [15, 17]. Auf Basis der ärztlich oder psychotherapeutisch dokumentierten Diagnosen gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) wurden Personen identifiziert, die im Untersuchungszeitraum 2009 bis 2017 eine gesicherte Diagnose (Zusatz „G“) einer depressiven Episode (F32), einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) oder einer

**Tabelle 1:** Klassifikation der Diagnosecodes nach Schweregrad

Kategorie des Schweregrads	ICD-10	Bezeichnung	Codierung (spezifisch vs. unspezifisch)
Leichte depressive Störung	F32.0	Leichte depressive Episode	Spezifische Depressionsdiagnose
	F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	
	F34.1	Dysthymie	
Mittelgradige depressive Störung	F32.1	Mittelgradige depressive Episode	
	F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	
Schwere depressive Störung	F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	
	F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen	
	F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	
	F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	
Sonstige/nicht näher bezeichnete depressive Störung	F32.8	Sonstige depressive Episoden	
	F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet	
	F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störung	
	F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet	
	F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert	Sonstige

Dysthymie (F34.1) aufwiesen. In Anlehnung an die frühere Analyse des Versorgungsatlas [19] wurden die Depressionsdiagnosen in vier Kategorien eingeteilt, die den Schweregrad der Störung reflektieren (**Tabelle 1**). Zusätzlich erfolgte eine Einteilung in spezifische bzw. unspezifische Diagnosen. Da die Einzeldiagnose F33.4 keinem Schweregrad zugeordnet werden kann, aber dennoch nicht unspezifisch ist, wurde sie bei dieser Gruppierung nach Schweregrad bzw. Spezifität nicht berücksichtigt.

Nach ICD-10 kann die Diagnose einer depressiven Episode gestellt werden, wenn die Symptome zumindest 14 Tage andauern haben [3]. Bei einer schweren depressiven Episode kann die Diagnose auch nach weniger als zwei Wochen gerechtfertigt sein, wenn die Symptome besonders schwer sind und sehr rasch auftreten [3]. Um auch kurze Episoden in die Berechnung der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen einzuschließen, war der primäre Endpunkt der vorliegenden Arbeit die einmalige Codierung einer depressiven Störung im Kalenderjahr (sogenanntes M1Q-Kriterium). So wurden alle GKV-Versicherten, bei denen in mindestens einem Quartal eines Jahres eine Diagnose aus dem Spektrum depressiver Störungen (vgl. **Tabelle 1**) vorlag, als Fälle gezählt. Als sekundärer Endpunkt fand das M2Q-Kriterium Anwendung (Depressionsdiagnose musste in mindestens zwei Quartalen eines Jahres vorliegen).

### Statistische Analyse

Die prozentuale Verteilung aller dokumentierten Depressionsdiagnosen nach Spezifität und Schweregrad der Diagnose (vgl. **Tabelle 1**) sowie der einzelnen ICD-Viersteller wurde im Zeitverlauf untersucht. Weiterhin wurde quantifiziert, welcher Anteil der Depressionsdiagnosen von welchen Leistungserbringern dokumentiert wurde. Für diese Analyse wurden die Leistungserbringer in drei Gruppen zusammengefasst:

- Hausärztliche Versorgung mit Ärzten für Allgemeinmedizin, hausärztlichen Internisten, Praktischen Ärzten sowie zusätzlich Ärzten für Kinder- und Jugendmedizin und Ärzten für Kinderheilkunde (aus dem Bereich allgemeine fachärztliche Versorgung gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie),
- erkrankungsspezifische Fachspezialisten mit Nervenärzten (umfasst Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie) und Psychotherapeuten (umfasst überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch

tätigen Ärzte, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) aus dem Bereich allgemeine fachärztliche Versorgung gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie) sowie Kinder- und Jugendpsychiater aus dem Bereich der Spezialisierten fachärztliche Versorgung gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie [25],

- alle anderen Facharztgruppen.

Die Diagnoseprävalenz depressiver Störungen wurde pro Jahr als Anteil der Patienten mit depressiver Episode an der Gesamtpopulation der GKV-Versicherten bestimmt. Die Zahl der GKV-Versicherten wurde nach Jahr, Geschlecht, Altersgruppe und KV-Bereich der KM6-Statistik entnommen [26]. Die Diagnoseprävalenz wurde jeweils im Zeitverlauf für die Gesamtpopulation sowie nach Geschlecht, 5-Jahres-Altersgruppen sowie Schweregrad bzw. Spezifität der Diagnose quantifiziert. Hierfür wurden die Patienten bezogen auf ein Kalenderjahr eindeutig einem der vier Schweregrade (leicht, mittel, schwer, unspezifisch) zugeordnet. Wenn in einem Jahr auf Ebene der individuellen Patientin bzw. des individuellen Patienten unterschiedliche Depressionsdiagnosen dokumentiert waren, wurde folgende Hierarchisierung angewendet: Spezifische Depressionsdiagnosen wurden den unspezifischen Depressionsdiagnosen vorgezogen und innerhalb der spezifischen wurden die schweren den leichteren vorgezogen. In die Gruppe mit unspezifischer Codierung fielen somit nur jene Versicherte, für die im jeweiligen Bezugsjahr keine spezifische Diagnose dokumentiert wurde.

### Regionale Variation

Die Diagnoseprävalenz wurde stratifiziert nach siedlungsstrukturellem Kreistyp (kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, dünn besiedelte ländliche Kreise) berechnet, gemäß der Einteilung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) [27]. Weiterhin wurde die Diagnoseprävalenz nach dem Bereich der kassenärztlichen Vereinigung (KV-Bereich) sowie auf Ebene der 402 Kreise (administrative Kreisstruktur mit dem Stand 31. Dezember 2011) untersucht. Die Stärke der Variation der Diagnoseprävalenz zwischen den Kreisen wurde anhand des Extremalquotienten ( $EQ = \text{Quotient aus der höchsten und der niedrigsten Prävalenz}$ ) und des Variationskoeffizienten ( $\text{Quotient aus Standardabweichung und Mittelwert}$ ) quantifiziert. Da die Gesamtpopulation der GKV-Versicherten

nicht auf Kreisebene verfügbar ist [26], wurde für die Berechnung der kreisspezifischen Schätzer die Zahl der Patienten mit Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung in einem Jahr als Nennerpopulation herangezogen. Die rohe sowie alters- und geschlechtsstandardisierte Diagnoseprävalenz depressiver Störungen auf Ebene der KV-Bereiche und Kreise kann im interaktiven Bereich des Versorgungsatlas auf [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de) abgerufen werden. Als Standardbevölkerung wurde die GKV-Versichererpopulation des Jahres 2009 herangezogen.

Anhand des *Global Moran's I* wurde untersucht, ob eine globale räumliche Autokorrelation in Bezug auf die Diagnosestellung depressiver Störungen vorliegt und wie stark diese ist. Ein positiver *Moran's I*-Wert zeigt dabei eine Tendenz zur Clusterbildung gleicher Werte an, wohingegen ein negativer Wert auf eine Cluster-Bildung ungleicher Werte hindeutet. Um lokale Muster in der Diagnoseprävalenz zu identifizieren, wurde das *Local Moran's I* berechnet [28]. Das *Local Moran's I* identifiziert statistisch signifikante lokale räumliche Cluster hoch-hoher bzw. niedrig-niedriger Diagnoseprävalenz sowie räumliche Ausreißer. Die Ergebnisse wurden für die Jahre 2009 und 2017 kartografisch dargestellt.

In einer Mehrebenenanalyse wurde untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen Lage und dem Urbanitätsgrad eines Kreises und der Chance einer Diagnose depressiver Störungen existiert. Die sozioökonomische Lage wurde mittels Deprivationsindex für das Jahr 2012 abgebildet [29]. Basierend auf acht Indikatoren aus den Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen quantifiziert der Deprivationsindex die sozioökonomische Lage eines jeden Kreises. Je höher der Wert des Index, desto höher die regionale sozioökonomische Deprivation. Der Urbanitätsgrad eines Kreises wurde anhand des siedlungsstrukturellen Kreistyps abgebildet (kreisfreie Großstädte, städtische Kreise, ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen, dünn besiedelte ländliche Kreise [27]). Für die Analyse wurde ein hierarchisches logistisches Regressionsmodell mit zwei Ebenen verwendet und adjustierte Odds Ratios mit 95 %-Konfidenzintervallen (KI) berechnet. Auf Individualebene (Ebene 1) wurden die Merkmale Geschlecht und Alter (in 5-Jahres-Alterskategorien) aller Versicherten berücksichtigt. Auf Aggregatebene der 402 Kreise (Ebene 2) gingen der Urbanitätsgrad und der Deprivationsindex (in Quintilen) eines jeden Kreises in die Analyse ein. In einem zweiten Modell wurde zusätzlich für die Versorgungsstruktur auf Kreisebene adjustiert.

Als Maß für die Versorgungsstruktur wurden Quintile der Arztdichte (Anzahl Ärzte je 100.000 Einwohner) aus dem Jahr 2017, jeweils für Hausärzte, Psychologische Psychotherapeuten sowie psychotherapeutisch tätige Ärzte herangezogen [30]. Für die logistische Regressionsanalyse wurde aufgrund der hohen Anforderung an Rechenleistung eine zufällige Stichprobe von 20 % (~12,3 Millionen Versicherte) verwendet. Die Fallzahl pro Kreis war dennoch ausreichend und lag auch in den nach Schweregrad differenzierten Modellen bei >80.

Die Auswertung zur räumlichen Variation erfolgte mit dem Statistikprogramm R Project for Statistical Computing, Version 3.3.3 ([www.r-project.org](http://www.r-project.org)). Alle übrigen Auswertungen erfolgten mit der Statistiksoftware SAS® 9.4.

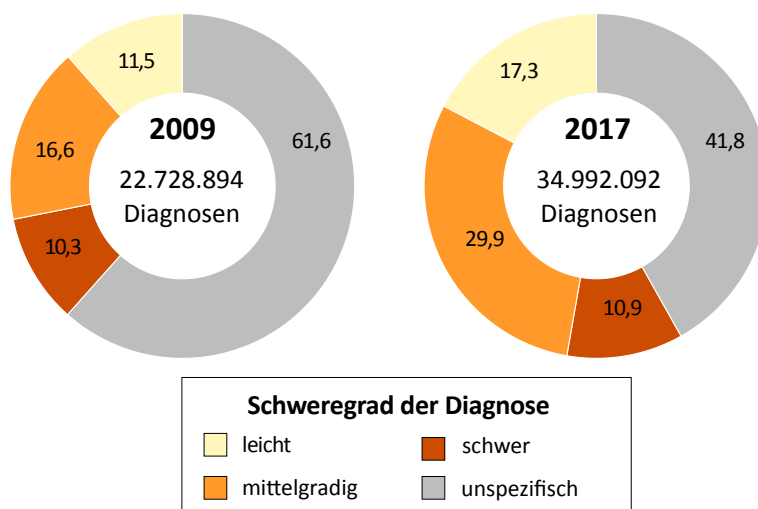
## Ergebnisse

Die Studienpopulation des Untersuchungszeitraums 2009 bis 2017 umfasste pro Jahr zwischen 60,5 und 62,5 Millionen GKV-Versicherte im Alter  $\geq 15$  Jahren.

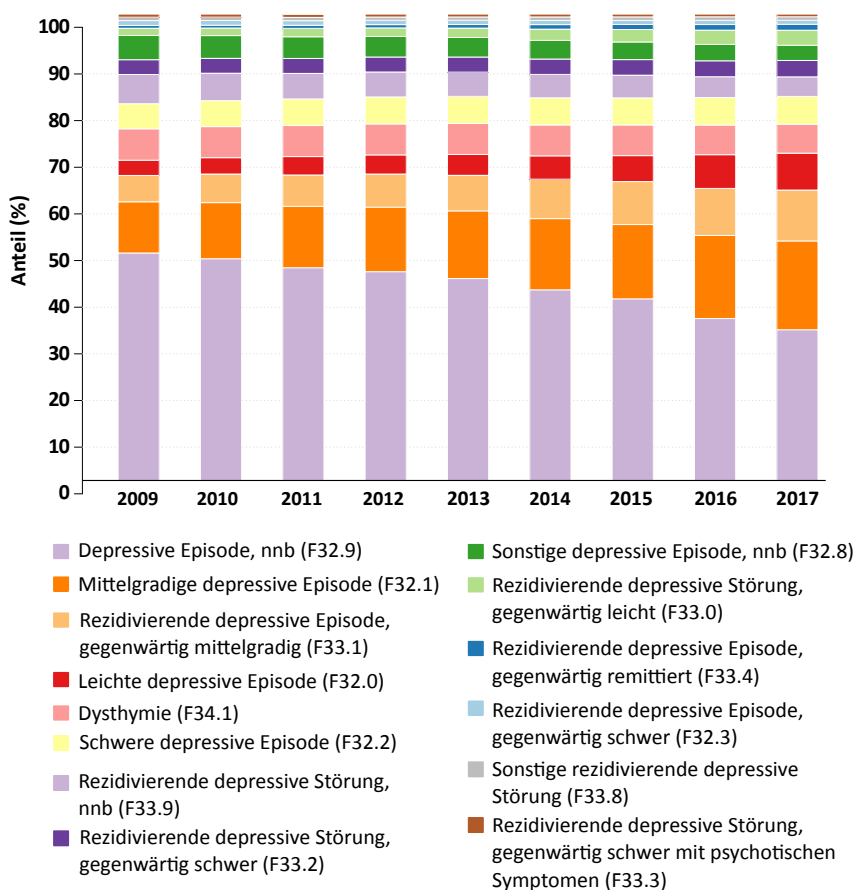
### Häufigkeit dokumentierter Depressionsdiagnosen

Über den Untersuchungszeitraum nahm die Zahl der Depressionsdiagnosen, die im ambulanten Bereich vergeben wurden, mit jedem Jahr zu. Während im Jahr 2009 etwa 25,5 Millionen Depressionsdiagnosen dokumentiert worden sind, waren es im Jahr 2017 fast 40 Millionen. Dies entspricht einer Zunahme von 54 %. Unspezifische Diagnosecodes (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9) machten dabei einen bedeutenden Teil aller dokumentierten Diagnosen aus, wenngleich ihr Anteil über den Beobachtungszeitraum zurückging (**Abbildung 1A**). Während im Jahr 2009 fast 63 % aller Diagnosen unspezifisch codiert wurden, waren es im Jahr 2017 noch etwa 42 %. Dies entspricht einem Rückgang von 30 % und ist insbesondere auf die Diagnose F32.9 (nicht näher bezeichnete depressive Episode) zurückzuführen (**Abbildung 1B**). Sie war die am häufigsten dokumentierte Einzeldiagnose aus dem Spektrum der depressiven Episoden und ihr Anteil an allen Depressionsdiagnosen nahm über den Untersuchungszeitraum von 48 % auf 32 % ab (**Abbildung 1B**). Die stärkste Zunahme verzeichneten mittelgradige depressive Störungen (F32.1 und F33.1), deren Anteil an allen dokumentierten Depressionsdiagnosen von 17 % im Jahr 2009 auf 30 % im Jahr 2017 stieg (**Abbildungen 1A und 1B**). Ebenfalls eine Zunahme verzeichneten

**A: Diagnosehäufigkeit nach Schweregrad**



**B: Anteil einzelner ICD-Diagnosecodes, Viersteller**



**Abbildung 1:** Prozentuale Verteilung von Depressionsdiagnosen nach Schweregrad (A) sowie nach ICD-Viersteller (B) in den Jahren 2009 bis 2017

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von GKV-Versicherten  $\geq 15$  Jahre (60,5 Mio. im Jahr 2009, 62,5 Mio. im Jahr 2017) und alle Diagnosen aus dem Spektrum der depressiven Störungen, die für die Versicherten im Beobachtungszeitraum dokumentiert wurden. Für die Einteilung nach Schweregrad wurden die Diagnosecodes folgendermaßen zusammengefasst: leicht (F32.0, F33.0, F34.1), mittelgradig (F32.1, F33.1), schwer (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) und unspezifisch (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9). Die Diagnose F34.1 wurde in der Analyse nach Schweregrad nicht berücksichtigt.

nbn, nicht näher bezeichnet



leichte depressive Störungen, während der Anteil schwerer Depressionsdiagnosen über die Zeit stabil blieb (11 %).

### Diagnostizierende Fachgruppe

In allen Jahren des Beobachtungszeitraums wurden jeweils 60 % der jährlich dokumentierten Depressionsdiagnosen von der Gruppe der Hausärzte gestellt. **Abbildung 2** zeigt die Ergebnisse für das Jahr 2017. Fachspezifische Ärzte bzw. Psychotherapeuten stellten 12 % aller Diagnosen. Ein relevanter Anteil von knapp 30 % wurde von Leistungserbringern anderer fachärztlicher Disziplinen dokumentiert. Unspezifische Depressionsdiagnosen wurden überwiegend von Hausärzten dokumentiert (70 %). Nicht psychiatrische/psychosomatische Fachärzte stellten 26 % der unspezifischen Diagnosen. Etwa die Hälfte der spezifischen Depressionsdiagnosen wurde von fachspezifischen Ärzten bzw. Psychotherapeuten codiert.

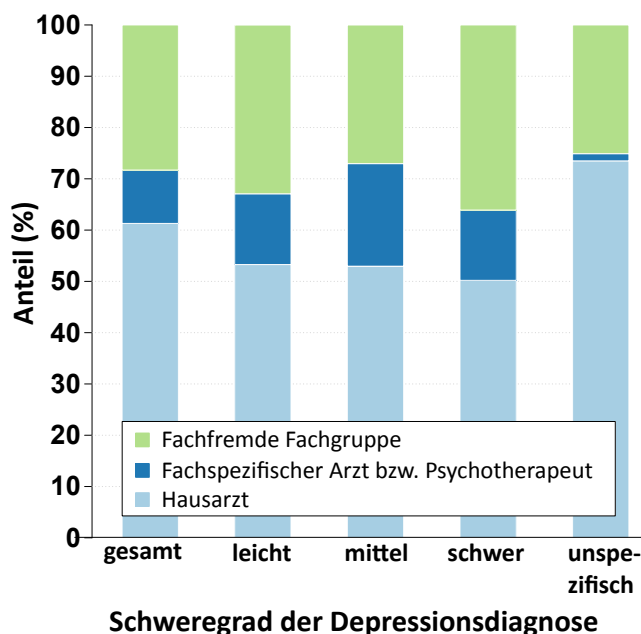
Im Zeitverlauf wurden über alle Fachgruppen hinweg weniger unspezifische Diagnosen codiert, wobei der stärkste Rückgang unspezifischer Diagnosen in der Gruppe der Hausärzte zu verzeichnen war (**Abbildung 3**). Wurden im

Jahr 2009 noch etwa 77 % aller hausärztlichen Depressionsdiagnosen unspezifisch codiert, sank dieser Anteil auf 50 % im Jahr 2017. Fachspezifische Ärzte und Psychotherapeuten wiesen über die Zeit eine vergleichsweise stabile Codierpraxis auf. Unspezifische Depressionsdiagnosen spielten hier eine untergeordnete Rolle (6 % im Jahr 2017).

### Diagnoseprävalenz

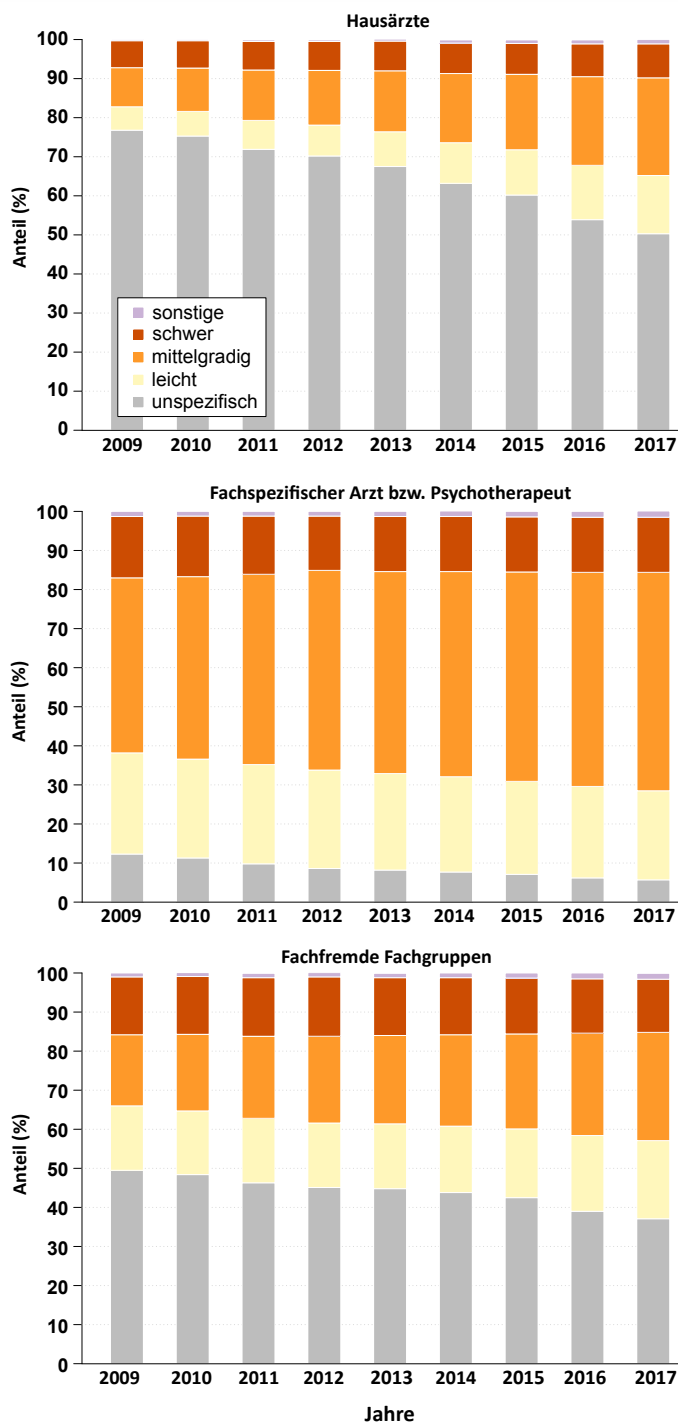
Der Anteil der GKV-Versicherten, die auf Jahresebene mindestens eine Diagnose aus dem Spektrum der depressiven Störungen erhielten, stieg kontinuierlich über die Zeit von 12,5 % im Jahr 2009 auf 15,7 % im Jahr 2017 (+26 %) (**Abbildung 4**). Altersübergreifend lag der Anteil von Patienten mit Diagnosen in mindestens zwei Quartalen eines Jahres bei 8,4 % im Jahr 2009 und bei 11,9 % im Jahr 2017, welches einem Zuwachs von 42 % entspricht.

Frauen erhielten in allen Jahren etwa doppelt so häufig eine Diagnose wie Männer, wenngleich sich der Unterschied zwischen den Geschlechtern mit der Zeit abschwächte (-17 %). So lag die Diagnoseprävalenz im Jahr 2009 bei Frauen etwa 2,2-fach höher als bei Männern (16,6 % vs. 7,6 %),



**Abbildung 2:** Anteil der Depressionsdiagnosen nach diagnostizierender Fachgruppe nach Schweregrad und für die Gruppe unspezifisch codierter Diagnosen im Jahr 2017

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten  $\geq 15$  Jahre. Für die Einteilung nach Schweregrad wurden die Diagnosecodes folgendermaßen zusammengefasst: leicht (F32.0, F33.0, F34.1), mittelgradig (F32.1, F33.1), schwer (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) und unspezifisch (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9). Die Diagnose F34.1 wurde in der Analyse nach Schweregrad nicht berücksichtigt.



**Abbildung 3:** Prozentuale Verteilung der Depressionsdiagnosen nach Schweregrad pro diagnostizierende Fachgruppe in den Jahren 2009 bis 2017

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten  $\geq 15$  Jahre. Die Gruppe der Hausärzte umfasst Allgemeinmediziner, hausärztliche Internisten sowie Kinder- und Jugendmediziner; die Gruppe der erkrankungsspezifischen Fachspezialisten umfasst Nervenärzte, Neurologen, Psychiater sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie psychotherapeutisch tätige Ärzte, Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin, Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aus dem Bereich allgemeine fachärztliche Versorgung gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie sowie Kinder- und Jugendpsychiater aus dem Bereich der spezialisierten fachärztlichen Versorgung gemäß Bedarfsplanungs-Richtlinie [25]; die fachfremde Fachgruppe umfasst alle anderen Facharztgruppen. Für die Einteilung nach Schweregrad wurden die Diagnosecodes folgendermaßen zusammengefasst: leicht (F32.0, F33.0, F34.1), mittelgradig (F32.1, F33.1), schwer (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) und unspezifisch (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9). Die Diagnose F34.1 wurde in der Analyse als sonstige dargestellt.

im Jahr 2017 war sie dann noch knapp 1,9-fach höher (20,1 % vs. 10,8 %). Bei Männern stieg die Diagnoseprävalenz im Beobachtungszeitraum somit stärker an (+40 %) als bei Frauen (+20 %).

Der Geschlechtsunterschied bestand über alle Altersgruppen hinweg (Abbildung 5). Bis zur Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen stieg

die Diagnoseprävalenz depressiver Störungen nahezu linear an und erreichte einen Peak von 26 % bei Frauen und 16 % bei Männern. Danach folgte eine leichte Abnahme bis zur Altersgruppe der 40- bis 74-Jährigen, gefolgt von einem linearen Anstieg, der über das Niveau der 60- bis 64-Jährigen hinausging (31 % bei Frauen, 20 % bei Männern).

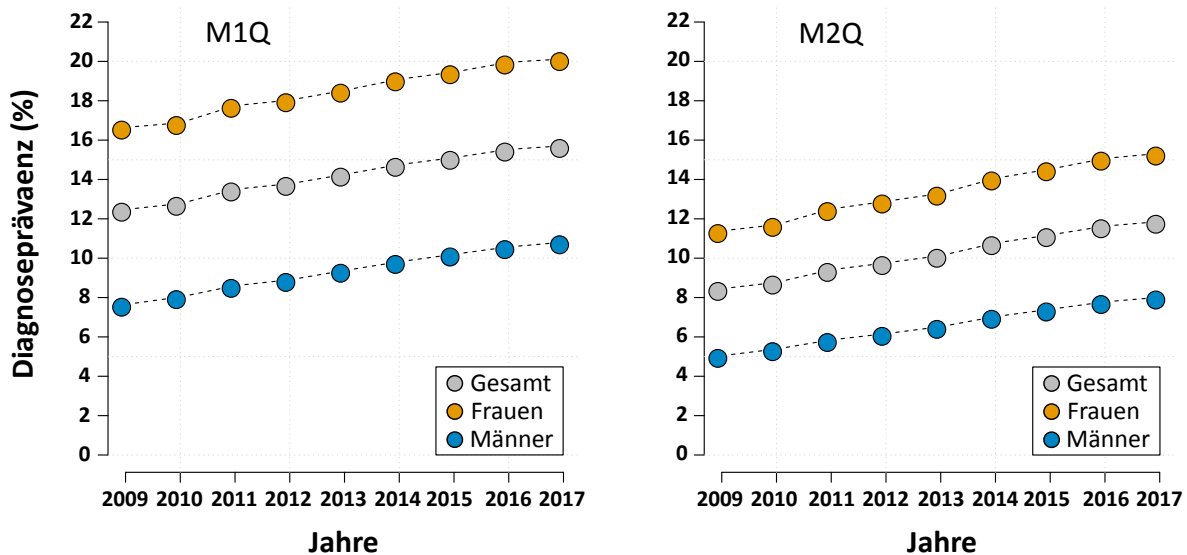


Abbildung 4: Diagnoseprävalenz depressiver Störungen in den Jahren 2009 bis 2017

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten ≥ 15 Jahre.  
 M1Q, Depressionsdiagnose in mindestens einem Quartal des jeweiligen Jahres  
 M2Q, Depressionsdiagnose in mindestens zwei Quartalen des jeweiligen Jahres

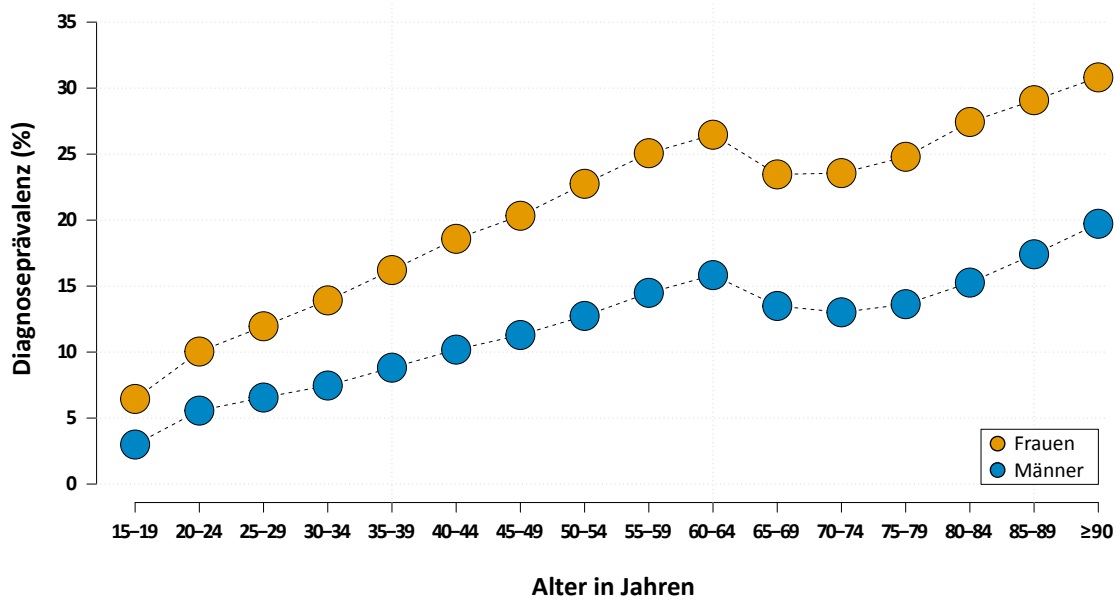
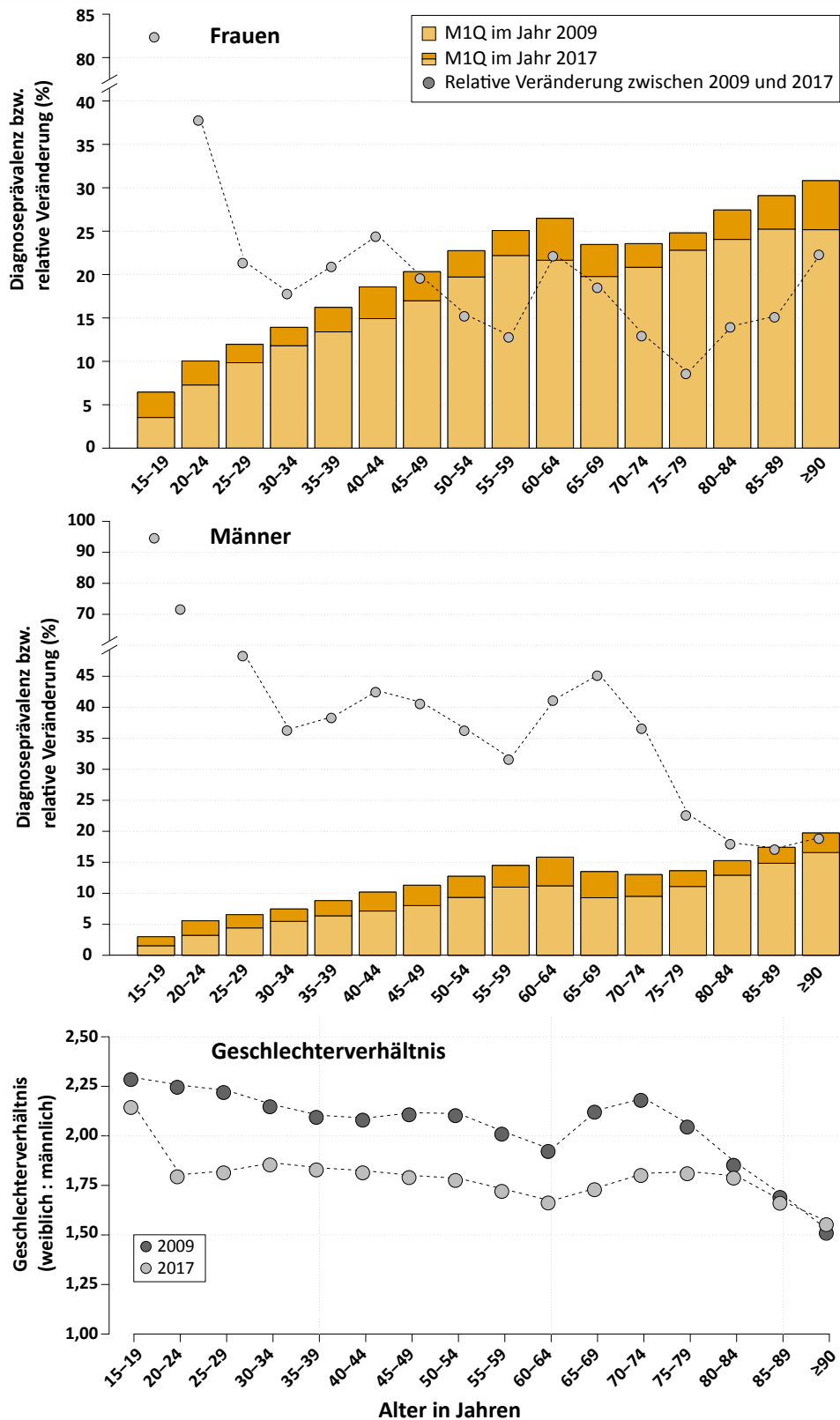


Abbildung 5: Diagnoseprävalenz depressiver Störungen im Jahr 2017 nach Alter

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten ≥ 15 Jahre. Personen wurden als Depressionsfall gezählt, wenn in mindestens einem Quartal des jeweiligen Kalenderjahres eine Diagnose einer depressiven Störung vorlag (M1Q).



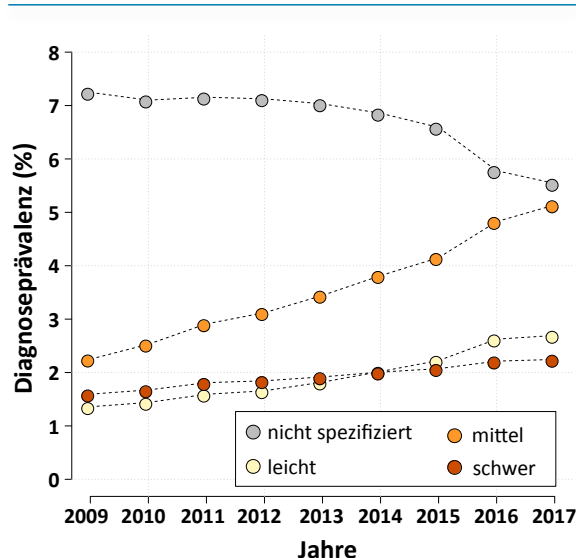
**Abbildung 6:** Diagnoseprävalenz depressiver Störungen in 2009 und 2017 sowie die relative Veränderung der Diagnoseprävalenz nach Geschlecht und Altersgruppe und das Geschlechterverhältnis nach Altersgruppe

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten der Jahre 2009 und 2017 von Versicherten ≥ 15 Jahre. Personen wurden als Depressionsfall gezählt, wenn in mindestens einem Quartal des jeweiligen Kalenderjahres eine Diagnose einer depressiven Störung vorlag (M1Q).

**Abbildung 6** veranschaulicht altersgruppenspezifische Prävalenzwerte für die Jahre 2009 und 2017 als auch korrespondierende relative Veränderungen. Bei beiden Geschlechtern wurde in den beiden jüngsten Altersgruppen (15 bis 19 Jahre und 20 bis 24 Jahre) die mit Abstand größten relativen Zunahmen verzeichnet, auch wenn diese Altersgruppen absolut betrachtet weiterhin die niedrigste Diagnoseprävalenz aufwiesen. Bei Frauen betrug die Zunahme in der Gruppe der 15- bis 19-Jährigen 82 % und bei den 20- bis 24-Jährigen 38 %. Bei Männern belief sich der Zuwachs auf 94 % bzw. 72 %.

Im Zeitverlauf nahm der Prävalenzunterschied zwischen Frauen und Männern in allen Altersgruppen ab. Die stärkste Angleichung erfolgte in der Gruppe der jungen Erwachsenen im Alter von 20 bis 24 Jahren und 25 bis 29 Jahren. In diesen Gruppen sank das Geschlechterverhältnis von 2,3:1 bzw. 2,2:1 im Jahr 2009 auf jeweils 1,8:1 im Jahr 2017. Mit Ausnahme der niedrigsten (15 bis 19 Jahre) und der höchsten ( $\geq 90$  Jahre) Altersgruppen lag das Geschlechterverhältnis der Diagnoseprävalenz im Jahr 2017 in allen Altersgruppen zwischen 1,7:1 und 1,8:1.

Die Diagnoseprävalenz nach Schweregrad zeigt **Abbildung 7**. Über den Untersuchungszeitraum beobachteten wir eine kontinuierliche Abnahme der Diagnoseprävalenz unspezifischer depressiver Störungen von 7,2 % im Jahr 2009 auf 5,5 % im Jahr 2017 (-24 %). Dies bedeutet, dass im Jahr 2017 rund 35 % aller GKV-Versicherten, die in mindestens einem Quartal des Jahres eine Depressionsdiagnose erhalten hatten, ausschließlich eine nicht spezifiziertere Depressionsdiagnose erhalten hatten (im Jahr 2009 waren es 58 %). Auf der anderen Seite verdoppelte sich die Diagnoseprävalenz leichter depressiver Störungen von 1,4 % auf 2,7 % (+98 %) sowie mittelgradiger Depressionen von 2,3 % auf 5,1 % (+128 %). Im Jahr 2017 waren somit etwa 1,7 Millionen von einer leichten und 3,2 Millionen Versicherte von einer mittelgradigen depressiven Störung betroffen. Vergleichsweise moderat stieg die Diagnoseprävalenz schwerer depressiver Störungen von 1,6 % im Jahr 2009 auf 2,2 % im Jahr 2017 (+40 %). Sie entsprach 1,4 Millionen Betroffenen im Jahr 2017. Die stark gegenläufigen Trends der nicht spezifizierten und in besonderem Maße der mittelgradigen depressiven Störungen hoben die große Diskrepanz aus dem Jahr 2009 nahezu auf (vgl. **Abbildung 7**). Während die Diagnoseprävalenz nicht spezifizierter depressiver Störungen im Jahr 2009 3-mal höher war als die Diagnoseprävalenz mittelgradiger Störungen, so lag sie Jahr 2017 nur noch 8 % höher.



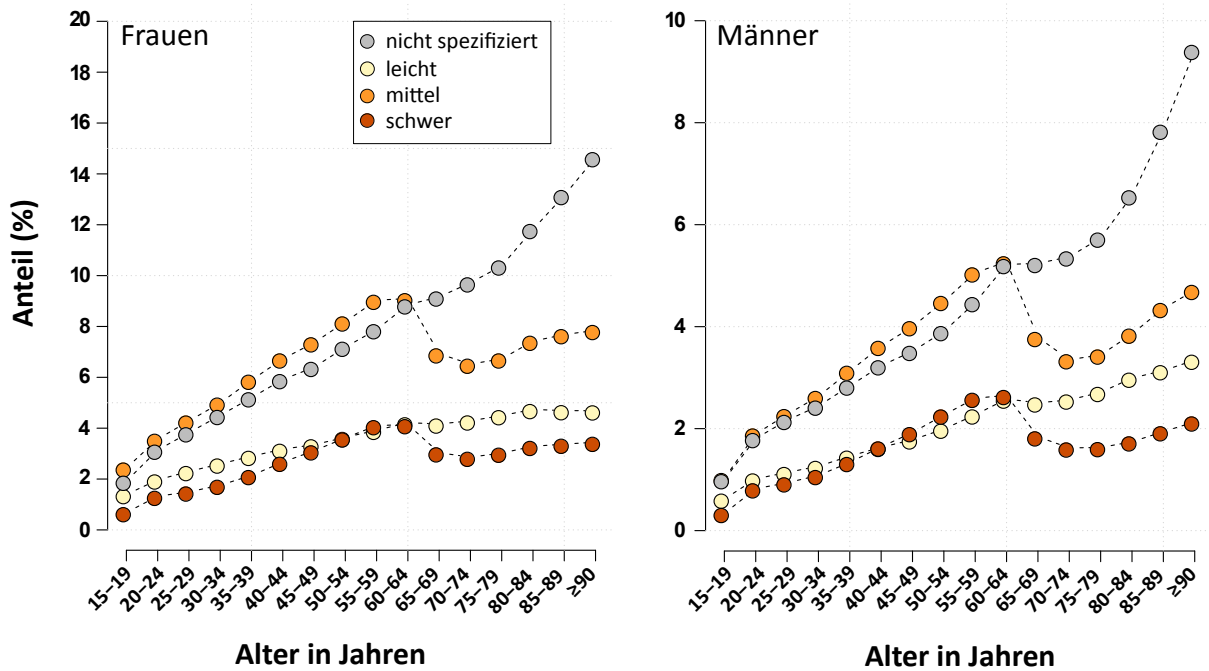
**Abbildung 7:** Diagnoseprävalenz depressiver Störungen in den Jahren 2009 bis 2017 nach Schweregrad

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten  $\geq 15$  Jahre. Für die Einteilung nach Schweregrad wurden die Diagnosecodes folgendermaßen zusammengefasst: leicht (F32.0, F33.0, F34.1), mittelgradig (F32.1, F33.1), schwer (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) und unspezifisch (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9). Die Diagnose F34.1 wurde in der Analyse nach Schweregrad nicht berücksichtigt. Jeder Patient wurde distinkt einer Gruppe zugeteilt auf Basis des höchsten Schweregrads, der dokumentiert wurde.

Ein Blick auf die Darstellung der Diagnoseprävalenz nach Schweregrad und Altersgruppe verdeutlicht, dass die Dokumentation unspezifischer Depressionsdiagnosen mit dem Alter der Versicherten zunehmend an Bedeutung gewinnt (**Abbildung 8**). Bei beiden Geschlechtern lag die Diagnoseprävalenz unspezifischer sowie mittelgradiger depressiver Störungen bis zu einem Alter von 64 Jahren nahezu gleichauf. Während die Prävalenz mittelgradiger Depression ab einem Alter von 65 Jahren zunächst deutlich absank, um dann wieder leicht zu steigen, stieg die Diagnoseprävalenz unspezifischer Depressionen ab einem Alter von 65 Jahren bis ins hohe Alter steil an.

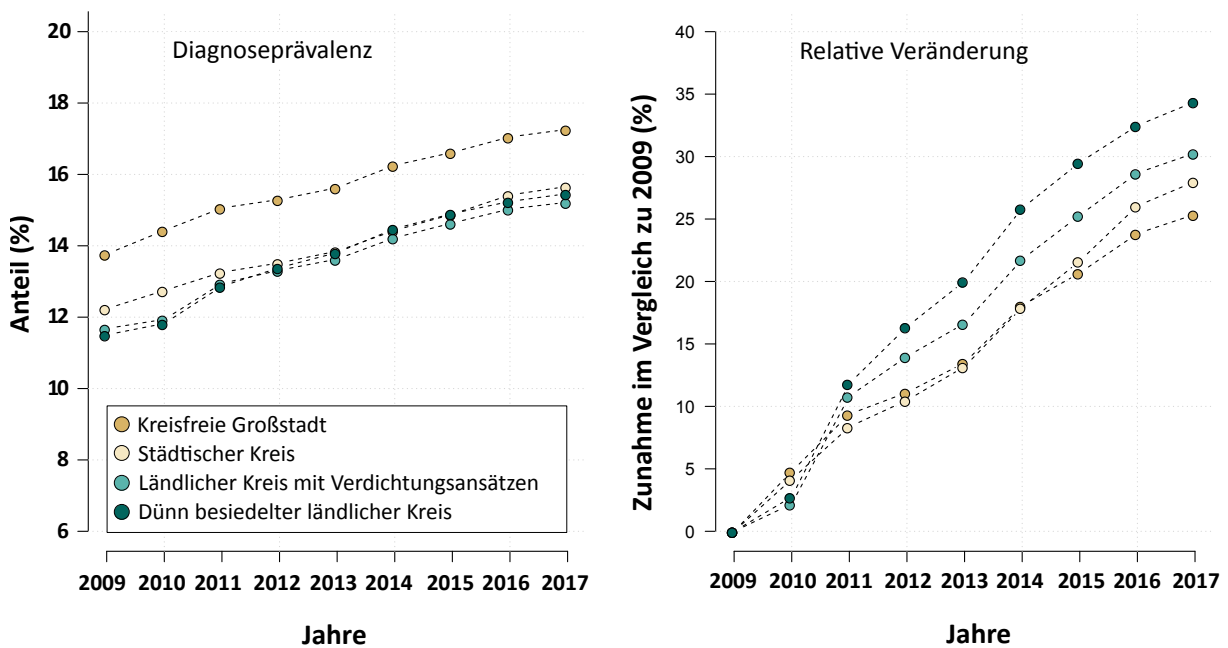
### Regionale Variation und räumliche Autokorrelation

In der Analyse nach Kreistyp lag die Diagnoseprävalenz depressiver Störungen in kreisfreien Großstädten (kreisfreie Städte mit mindestens 100.000 Einwohnern) höher als in den drei weniger stark besiedelten Kreistypen (**Abbildung 9**). So erhielten im Jahr 2017 17,3 % der Versicherten in kreisfreien Großstädten eine Diagnose einer depressiven Störung und damit 13 % mehr als in städtischen Kreisen (15,7 %) und 18 %



**Abbildung 8:** Diagnoseprävalenz depressiver Störungen nach Schweregrad, Alter und Geschlecht

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten ≥ 15 Jahre. Für die Einteilung nach Schweregrad wurden die Diagnosecodes folgendermaßen zusammengefasst: leicht (F32.0, F33.0, F34.1), mittelgradig (F32.1, F33.1), schwer (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) und unspezifisch (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9). Die Diagnose F34.1 wurde in der Analyse nach Schweregrad nicht berücksichtigt. Jeder Patient wurde distinkt einer Gruppe zugeteilt auf Basis des höchsten Schweregrads, der dokumentiert wurde.



**Abbildung 9:** Diagnoseprävalenz depressiver Störungen in den Jahren 2009 bis 2017 sowie deren relative Veränderung nach Kreistyp

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten ≥ 15 Jahre. Personen wurden als Depressionsfall gezählt, wenn in mindestens einem Quartal des jeweiligen Kalenderjahres eine Diagnose einer depressiven Störung vorlag (M1Q).

mehr als in dünn besiedelten ländlichen Kreisen (15,5 %) sowie ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen (15,2 %). Im Zeitverlauf von 2009 bis 2017 war in den weniger stark besiedelten Kreistypen die höchste relative Zunahme zu beobachten. So betrug der Zuwachs in der Diagnoseprävalenz in dünn besiedelten ländlichen Kreisen 34 %, gefolgt von ländlichen Kreisen mit Verdichtungsansätzen mit 30 %. In städtischen Kreisen und kreisfreien Großstädten lag die relative Zunahme bei 28 % und 25 %.

In den alten Bundesländern lag die Diagnoseprävalenz in allen Jahren höher als in den neuen Bundesländern (**Abbildung 10A**). Im Jahr 2009 erhielten 13,0 % der GKV-Versicherten in den alten und 9,5 % in den neuen Bundesländern die Diagnose einer depressiven Störung. Relativ betrachtet verzeichneten die neuen Bundesländer eine stärkere Zunahme der Diagnoseprävalenz (+41 %) als die alten (+23 %) (**Abbildungen 10B** und **10C**), sodass sich der Ost-West-Unterschied verringerte. Die Stadtstaaten Berlin und Hamburg wiesen die höchste Diagnoseprävalenz auf (20 % bzw. 18 %) und lagen damit 25 % bzw. 16 % über dem Bundesdurchschnitt (**Abbildung 10C**). Allerdings fiel die Zunahme im Zeitverlauf unterdurchschnittlich aus. In Sachsen und Sachsen-Anhalt war die niedrigste Prävalenz zu beobachten (12,9 % bzw. 13,5 %). Während die Prävalenzwerte in diesen beiden Bundesländern im Jahr 2009 23 % bzw. 26 % unter dem Bundesdurchschnitt rangierten, lagen sie im Jahr 2017 noch 18 % bzw. 14 % darunter.

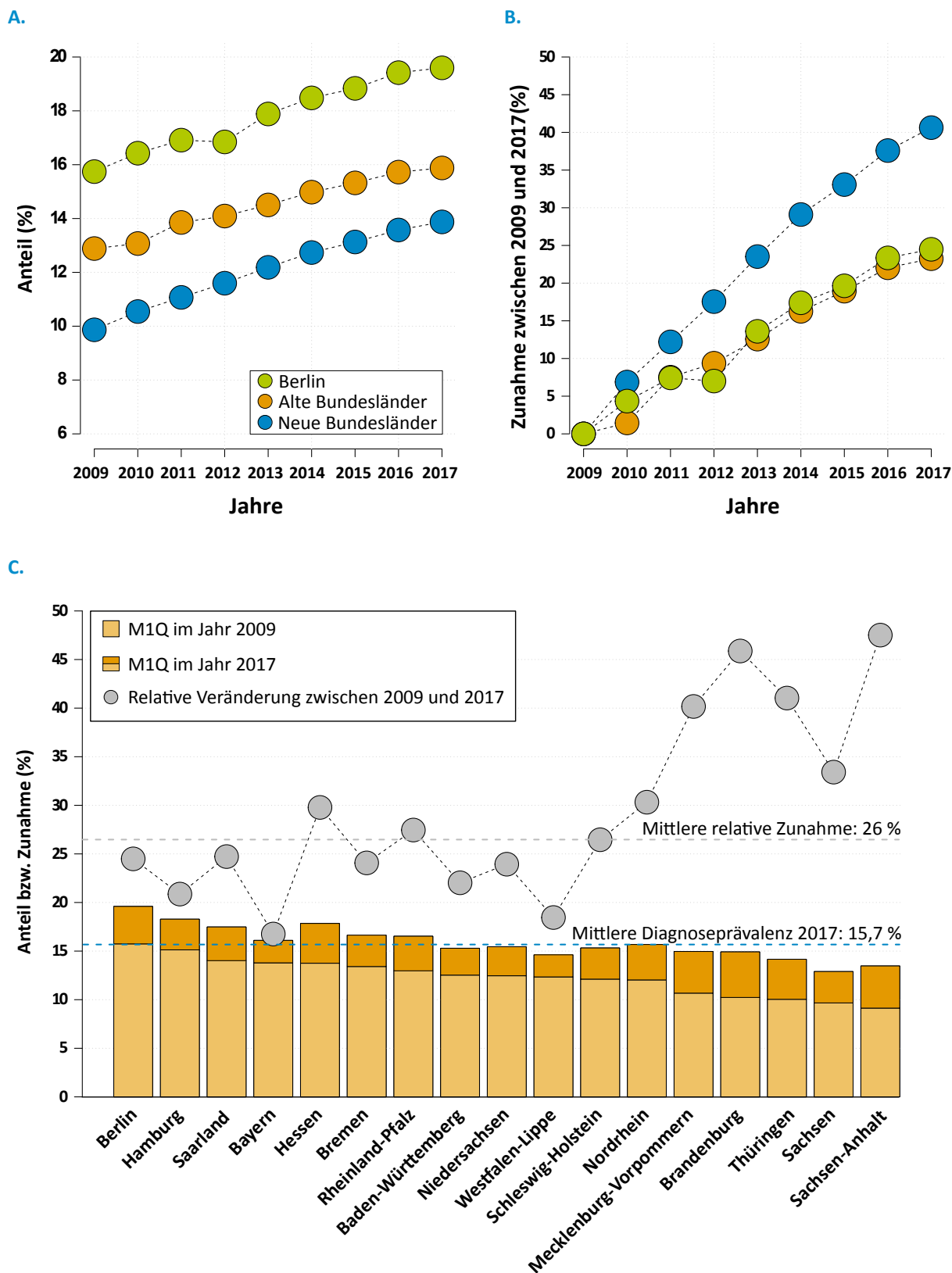
Auf Ebene der 402 Kreise offenbarte sich eine deutliche Verdichtung der Diagnoseprävalenz im Südosten Deutschlands (**Abbildung 11A**). Im Jahr 2017 variierte die M1Q-Diagnoseprävalenz um das 2,3-Fache mit der niedrigsten Prävalenz im Landkreis Wittenberg (11,2 %) und der höchsten in Offenbach am Main (26,3 %). Die mittleren 50 % der Kreise wiesen Prävalenzwerte zwischen 14,6 % (1. Quartil) und 17,2 % (3. Quartil) auf.

Mit Ausnahme des Kreises Straubing, in dem die Diagnoseprävalenz im Jahr 2017 leicht niedriger ausfiel als im Jahr 2009 (−3,6 %), erhielten im Jahr 2017 in allen Kreisen mehr GKV-Versicherte eine Depressionsdiagnose als im Jahr 2009. Dabei wiesen im Allgemeinen Kreise mit niedrigen Diagnoseprävalenzen im Jahr 2009 die höchsten Steigerungen auf (**Abbildung 11B**). So gehörten Kreise aus Sachsen-Anhalt sowie einzelne Kreise aus Thüringen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zu der Gruppe mit der höchsten Zunahme. Spitzenreiter waren die beiden kreisfreien Städte Brandenburg an der Havel und

Offenbach am Main mit einer Zunahme von 80 % bzw. 72 %. Die mittleren 50 % der Kreise wiesen eine Zunahme der Depressionsprävalenz zwischen 22 % und 36 % auf (Interquartilsabstand 14 %).

Die Variation zwischen den Kreisen nahm dabei über den Beobachtungszeitraum ab (EQ=3,1 im Jahr 2009 und EQ=2,3 im Jahr 2017). Der Variationskoeffizient sank von 15 % auf 13 %. In der nach Schweregrad und Spezifität differenzierten Betrachtung ergab sich ein heterogenes Bild. Bei mittelgradigen und schweren depressiven Störungen nahm die Variation im Zeitverlauf ab (z. B. EQ von 4,5 auf 3,5 und Variationskoeffizient von 25 % auf 19 % bei mittelgradigen Störungen). Bei leichten Störungen blieb der Variationskoeffizient stabil (31 %), das Verhältnis von maximaler zu minimaler Prävalenz stieg jedoch von 6,3 auf 8,0. Hinsichtlich unspezifisch codierter Depressionsdiagnosen war in 362 der 402 Kreise eine Abnahme der Diagnoseprävalenz zu verzeichnen (vgl. **Abbildung A-1** im Anhang). Diese fiel in Kreisen der KV-Bereiche Westfalen-Lippe, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg am stärksten aus (−30 %). Im Gegensatz hierzu wurde in zahlreichen Kreisen Brandenburgs und Sachsens-Anhalts eine Zunahme der Diagnoseprävalenz beobachtet, die in der Stadt Brandenburg (+22 %) und dem Saalekreis (+21 %) am höchsten ausfiel.

Das *Global Moran's I* als Maß für die globale räumliche Autokorrelation lag in allen Jahren (2009 bis 2017) zwischen 0,43 und 0,48 (p-Wert <0,0001), wobei in der Tendenz die räumliche Autokorrelation im Laufe des Beobachtungszeitraums abnahm. Damit wies die räumliche Verteilung der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen moderat größere räumliche Zusammenhänge auf als bei zufälliger Verteilung erwartet würde. Die identifizierten lokalen Cluster von hohen bzw. niedrigen Werten mit signifikantem *Local Moran's I* sind in **Abbildung 11C** für die Jahre 2009 und 2017 dargestellt. Im Jahr 2009 erstreckte sich ein großes Cluster niedrig-niedriger Diagnoseprävalenz über die neuen Bundesländer von Sachsen, Sachsen-Anhalt, Teile von Thüringen sowie Brandenburg. Ein über die Jahre beständiges Cluster hoch-hoher Diagnoseprävalenz befand sich im Südosten Bayerns. Im Jahr 2017 zeigte sich außerdem ein ausgeprägtes hoch-hohes Cluster, das sich von Mittel- über Nordosthessen bis ins südliche Niedersachsen erstreckte.



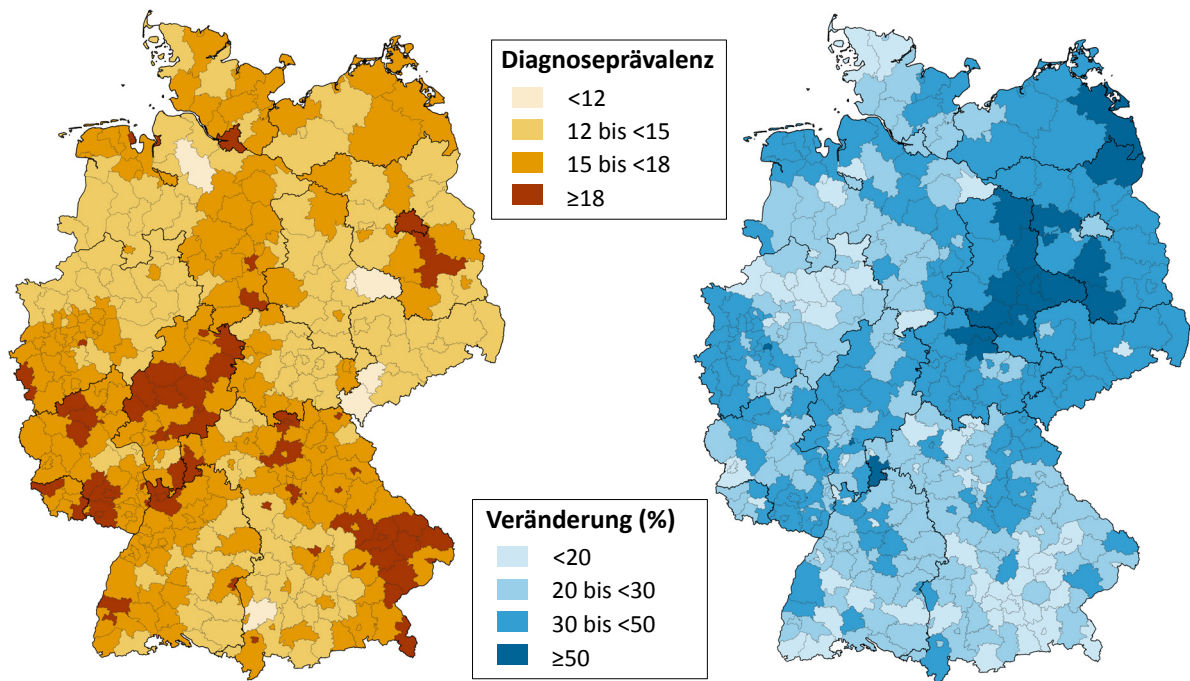
**Abbildung 10:** Diagnoseprävalenz depressiver Störungen in den Jahren 2009 bis 2017 neue und alte Bundesländer (A und B) sowie auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (C)

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten  $\geq 15$  Jahre. Personen wurden als Depressionsfall gezählt, wenn in mindestens einem Quartal des jeweiligen Kalenderjahres eine Diagnose einer depressiven Störung vorlag (M1Q).

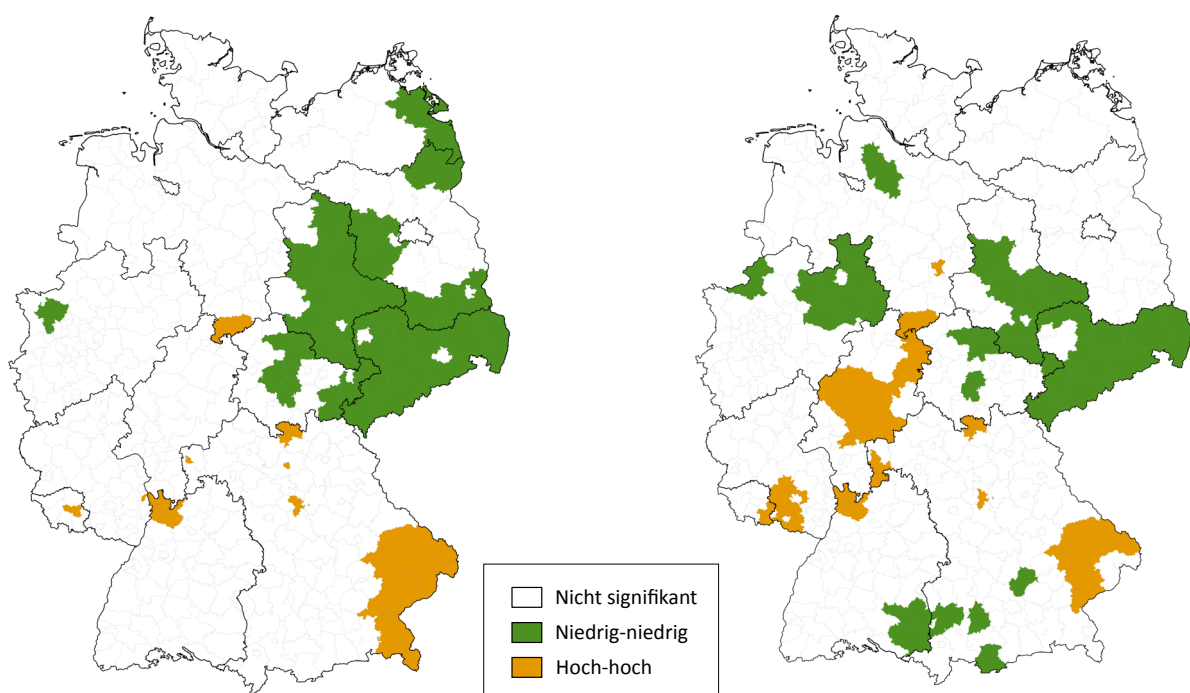


A: Diagnoseprävalenz 2017

B: Veränderung zwischen 2009 und 2017



C: Cluster mit signifikantem *Local Moran's I* für Nachbarschaftseffekte



**Abbildung 11:** Diagnoseprävalenz depressiver Störungen im Jahr 2017 (A), die relative Zunahme der Diagnoseprävalenz im Zeitraum 2009 bis 2017 (B) sowie Cluster mit signifikantem *Local Moran's I* für Nachbarschaftseffekte in Bezug auf die Diagnosestellung einer depressiven Störung für die Jahre 2009 und 2017 (C)

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten ≥15 Jahre. Personen wurden als Depressionsfall gezählt, wenn in mindestens einem Quartal des jeweiligen Kalenderjahres eine Diagnose einer depressiven Störung vorlag (M10).

**Ergebnisse der multivariablen Analyse**

In diesem hierarchischen Regressionsmodell, das auf einer Stichprobe von 20 % der Patienten beruhte, wurden Geschlecht und Alter auf Individualebene und der Kreistyp, Urbanitätsgrad sowie der Deprivationsindex auf Aggregatebene berücksichtigt. Im Allgemeinen wurden die Ergebnisse aus der bivariaten Analyse in diesem

Modell bestätigt. Über alle Diagnosen hatten Frauen eine rund 80 % höhere Chance, eine Depressionsdiagnose zu erhalten als Männer (OR: 1,82; 95 %-KI: 1,81–1,83, **Tabelle 2**). Differenziert nach Schweregrad war dieser Geschlechtseffekt bei mittelschweren und unspezifischen Diagnosen am stärksten. Auch die Assoziationen zwischen Alter und Diagnosestellung fielen

**Tabelle 2:** Odds Ratios (95 %-Konfidenzintervalle) aus dem hierarchischen logistischen Regressionsmodell für die Chance eine Depressionsdiagnose zu erhalten

Variable	Depression gesamt (N = 1.966.650)		Schweregrad der Depressionsdiagnose			
	roh	adjustiert	leicht (N = 338.422)	mittel (N = 642.415)	schwer (N = 280.683)	unspezifisch (N = 693.477)
Frauen vs. Männer	1,85 (1,84–1,86)	1,82 (1,81–1,83)	1,67 (1,65–1,68)	1,74 (1,73–1,76)	1,53 (1,51–1,55)	1,71 (1,70–1,72)
<b>Alter</b>						
15–19	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
20–24	1,68 (1,65–1,71)	1,66 (1,63–1,69)	1,47 (1,41–1,52)	1,57 (1,52–1,61)	2,08 (1,98–2,19)	1,64 (1,59–1,69)
25–29	2,02 (1,99–2,06)	1,98 (1,95–2,02)	1,68 (1,62–1,74)	1,86 (1,81–1,92)	2,34 (2,23–2,46)	1,98 (1,92–2,04)
30–34	2,41 (2,37–2,45)	2,36 (2,32–2,40)	1,92 (1,85–1,99)	2,20 (2,14–2,26)	2,80 (2,66–2,94)	2,32 (2,25–2,39)
35–39	2,97 (2,92–3,02)	2,90 (2,85–2,95)	2,22 (2,14–2,30)	2,73 (2,66–2,81)	3,49 (3,33–3,46)	2,73 (2,66–2,81)
40–44	3,56 (3,50–3,62)	3,48 (3,43–3,54)	2,48 (2,40–2,58)	3,18 (3,09–3,27)	4,45 (4,24–4,67)	3,21 (3,12–3,31)
45–49	4,06 (4,57–4,71)	3,98 (3,92–4,05)	2,72 (2,62–2,81)	3,57 (3,47–3,66)	5,26 (5,02–5,51)	3,58 (3,48–3,68)
50–54	4,64 (4,57–4,71)	4,57 (4,50–4,64)	2,99 (2,89–3,10)	4,01 (3,91–4,11)	6,17 (5,89–6,45)	3,99 (3,88–4,10)
55–59	5,25 (5,17–5,34)	5,19 (5,11–5,27)	3,24 (3,13–3,35)	4,45 (4,34–4,57)	7,03 (6,72–7,36)	4,45 (4,33–4,58)
60–64	5,68 (5,59–5,78)	5,62 (5,53–5,71)	3,57 (3,45–3,70)	4,51 (4,40–4,63)	7,16 (6,72–7,36)	5,06 (4,92–5,20)
65–69	4,76 (4,69–4,84)	4,68 (4,60–4,76)	3,53 (3,41–3,65)	3,27 (3,19–3,36)	4,97 (4,74–5,21)	5,13 (4,98–5,27)
70–74	4,64 (4,56–4,71)	4,53 (4,45–4,60)	3,47 (3,34–3,59)	2,97 (2,89–3,06)	4,58 (4,36–4,81)	5,29 (5,15–5,45)
75–79	4,91 (4,83–4,99)	4,77 (4,69–4,85)	3,67 (3,55–3,80)	3,02 (2,94–3,10)	4,77 (4,55–5,00)	5,62 (5,46–5,77)
80–84	5,51 (5,42–5,60)	5,27 (5,18–5,36)	3,79 (3,66–3,93)	3,30 (3,21–3,39)	5,00 (4,76–5,25)	6,32 (6,15–6,50)
85–89	6,07 (5,96–6,18)	5,64 (5,54–5,75)	3,69 (3,54–3,83)	3,39 (3,28–3,49)	5,13 (4,87–5,41)	7,11 (6,90–7,32)
≥90	6,30 (6,17–6,43)	5,52 (5,40–5,63)	3,45 (3,30–3,61)	3,16 (3,05–3,27)	4,95 (4,67–5,24)	7,35 (7,11–7,59)
<b>Kreistyp</b>						
kreisfreie Großstadt	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
städtische Kreise	0,94 (0,89–1,00)	0,89 (0,84–0,96)	0,94 (0,84–1,05)	0,85 (0,79–0,92)	0,89 (0,78–1,01)	0,96 (0,87–1,06)
ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	0,92 (0,87–0,98)	0,88 (0,82–0,94)	0,86 (0,77–0,97)	0,80 (0,74–0,86)	0,87 (0,76–0,99)	1,03 (0,93–1,14)
dünn besiedelte ländliche Kreise	0,93 (0,87–0,99)	0,89 (0,83–0,95)	0,84 (0,74–0,95)	0,79 (0,72–0,86)	0,85 (0,73–0,98)	1,09 (0,98–1,21)
<b>Deprivation</b>						
niedrigste	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
niedrige	1,05 (0,99–1,12)	1,06 (0,99–1,13)	1,11 (0,98–1,25)	1,09 (1,00–1,18)	1,03 (0,89–1,18)	1,00 (0,90–1,10)
mittlere	1,02 (0,95–1,08)	1,02 (0,95–1,09)	0,98 (0,87–1,11)	1,06 (0,98–1,15)	1,06 (0,92–1,22)	0,96 (0,87–1,07)
hohe	1,01 (0,95–1,07)	0,98 (0,92–1,06)	0,91 (0,80–1,02)	1,02 (0,94–1,11)	0,95 (0,83–1,10)	1,00 (0,90–1,11)
höchste	0,98 (0,92–1,05)	0,94 (0,88–1,02)	0,87 (0,77–0,99)	0,98 (0,90–1,06)	0,88 (0,76–1,02)	0,98 (0,88–1,10)

Das logistische Regressionsmodell basiert auf einer Stichprobe von 20 % der Gesamtstudienpopulation. Versicherte, die ausschließlich den Diagnosecode F33.4 aufwiesen, wurden in dieser Analyse nicht berücksichtigt.

je nach Schweregrad unterschiedlich stark aus. Auffällig war der starke lineare Zusammenhang zwischen Alter und der Chance für eine unspezifische Diagnose. So hatten über 90-Jährige eine 7-fach höhere Chance, eine unspezifische Diagnose zu erhalten, als die Referenzgruppe der Jugendlichen (15–19 Jahre). Bei leichten depressiven Störungen lag die höchste Chance für eine

Diagnose in der Altersgruppe der 80- bis 84-Jährigen. Bei mittelschweren und schweren depressiven Störungen wiesen Versicherte im Alter von 60 bis 64 Jahren die höchste Chance für eine Diagnose auf. Im Vergleich zu Großstädten hatten Versicherte in allen anderen weniger dicht besiedelten Kreisen eine um etwa 10 % verminderte Chance, eine Depressionsdiagnose zu

**Tabelle 3:** Odds Ratios (95 %-Konfidenzintervalle) aus dem hierarchischen logistischen Regressionsmodell für die Chance, eine Depressionsdiagnose zu erhalten, adjustiert für die Versorgungsdichte

Variable	Depression gesamt (N = 1.966.535)	Schweregrad der Depressionsdiagnose			
		leicht (N = 337.649)	mittel (N = 642.711)	schwer (N = 281.250)	unspezifisch (N = 693.073)
<b>Kreistyp</b>					
kreisfreie Großstadt	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
städtische Kreise	1,03 (0,96–1,12)	1,09 (0,95–1,27)	0,93 (0,84–1,03)	0,99 (0,84–1,18)	1,11 (0,98–1,26)
ländliche Kreise mit Verdichtungsansätzen	0,99 (0,91–1,08)	0,99 (0,85–1,15)	0,87 (0,78–0,92)	0,96 (0,80–1,15)	1,15 (1,01–1,30)
dünn besiedelte ländliche Kreise	1,01 (0,93–1,10)	0,97 (0,83–1,13)	0,87 (0,78–0,96)	0,95 (0,79–1,14)	1,22 (1,07–1,39)
<b>Deprivation</b>					
niedrigste	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
niedrige	1,06 (0,99–1,13)	1,11 (0,99–1,25)	1,08 (1,00–1,17)	1,03 (0,89–1,18)	0,99 (0,90–1,10)
mittlere	1,07 (1,00–1,14)	1,04 (0,92–1,18)	1,07 (0,99–1,17)	1,11 (0,96–1,28)	1,02 (0,92–1,14)
hohe	1,04 (0,97–1,12)	0,95 (0,84–1,08)	1,06 (0,97–1,15)	1,01 (0,87–1,16)	1,05 (0,95–1,20)
höchste	1,04 (0,97–1,12)	0,97 (0,85–1,11)	1,05 (0,96–1,15)	0,97 (0,83–1,14)	1,07 (0,95–1,20)
<b>Hausarztichte (Ärzte pro 100.000 Einwohner)</b>					
niedrigste	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
niedrige	1,02 (0,96–1,08)	0,99 (0,89–1,11)	0,97 (0,90–1,04)	1,01 (0,88–1,15)	1,09 (0,99–1,20)
mittlere	1,05 (0,99–1,12)	1,08 (0,96–1,21)	1,00 (0,93–1,08)	0,99 (0,87–1,14)	1,10 (1,00–1,21)
hohe	1,07 (1,00–1,15)	1,07 (0,94–1,21)	0,99 (0,91–1,07)	0,99 (0,85–1,14)	1,18 (1,06–1,31)
höchste	1,07 (1,00–1,15)	1,02 (0,90–1,16)	0,97 (0,90–1,07)	1,06 (0,91–1,23)	1,19 (1,07–1,33)
<b>Dichte der psychologischen Psychotherapeuten</b>					
niedrigste	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
niedrige	0,97 (0,91–1,03)	0,96 (0,85–1,07)	0,95 (0,87–1,02)	1,00 (0,87–1,15)	0,98 (0,89–1,08)
mittlere	0,93 (0,87–0,99)	0,92 (0,82–1,04)	0,94 (0,86–1,01)	0,92 (0,80–1,06)	0,94 (0,85–1,04)
hohe	0,99 (0,92–1,06)	0,99 (0,88–1,13)	1,00 (0,92–1,09)	0,97 (0,84–1,13)	0,97 (0,88–1,08)
höchste	1,13 (1,03–1,24)	1,14 (0,96–1,35)	1,04 (0,92–1,17)	1,16 (0,94–1,42)	1,13 (0,98–1,37)
<b>Dichte der ärztlichen Psychotherapeuten</b>					
niedrigste	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
niedrige	1,09 (1,02–1,16)	1,07 (0,94–1,21)	1,09 (0,99–1,18)	1,22 (1,05–1,41)	1,02 (0,92–1,14)
mittlere	1,07 (1,01–1,14)	1,05 (0,94–1,18)	1,09 (1,00–1,18)	1,17 (1,02–1,34)	0,99 (0,91–1,10)
hohe	1,12 (1,04–1,20)	1,16 (1,01–1,33)	1,11 (1,01–1,22)	1,16 (0,98–1,37)	1,05 (0,93–1,17)
höchste	1,10 (1,01–1,20)	1,10 (0,93–1,30)	1,15 (1,03–1,29)	1,11 (0,91–1,35)	1,02 (0,88–1,17)

Odds Ratios (95 %-KI) sind kontrolliert für Alter und Geschlecht auf Individualebene.

erhalten. Dieser Zusammenhang bestand auch in der stratifizierten Analyse für die drei Gruppen spezifischer Diagnosen (leicht, mittel und schwer). In der Gruppe der unspezifischen Diagnosen war jedoch ein entgegengesetzter Trend zu beobachten. So hatten Versicherte in dünn besiedelten ländlichen Kreisen eine knapp 10 % höhere Chance für eine unspezifische Diagnose als Versicherte in Großstädten, wenngleich keine statistische Signifikanz erreicht wurde (OR: 1,09; 95 %-KI: 0,98–1,21). Zwischen Deprivation und Depressionsdiagnose war kein klarer Zusammenhang erkennbar.

In einem weiteren Regressionsmodell wurde zusätzlich für die Versorgungsdichte auf Kreisebene adjustiert (**Tabelle 3**). Der Zusammenhang zwischen Kreistyp wurde durch die Adjustierung für die Versorgungsdichte für die Gruppen spezifischer depressiver Störungen abgeschwächt, blieb aber für mittelschwere Depressionen bestehen (OR: 0,86; 95 %-KI: 0,78–0,95 für den Vergleich dünn besiedelter Kreise mit kreisfreien Großstädten). In Bezug auf unspezifische Diagnosen verstärkte sich der Zusammenhang mit dem Kreistyp (OR: 1,22; 95 %-KI: 1,07–1,39 für den Vergleich dünn besiedelter Kreise mit kreisfreien Großstädten). Zusätzlich war eine höhere Hausarztichte positiv mit der Chance für eine unspezifische Diagnose verbunden (OR: 1,19; 95 %-KI: 1,07–1,33 für den Vergleich des höchsten Quintils mit dem niedrigsten Quintil).

## Diskussion

Die vorliegende Studie präsentiert aktuelle bundesweite Zahlen zur Entwicklung der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen in der vergangenen Dekade. Die Ergebnisse zeigen eine kontinuierliche Zunahme diagnostizierter depressiver Störungen zwischen 2009 und 2017 um insgesamt 26 %. Im Jahr 2017 erhielt etwa jeder sechste GKV-Versicherte mindestens eine Diagnose einer depressiven Störung, etwa jeder achte erhielt in mindestens zwei Quartalen eine Diagnose. Dabei wurden im Zeitverlauf weniger unspezifische Diagnosen codiert. Die zeitlichen Trends in der Diagnoseprävalenz lassen eine starke Dynamik erkennen, die nach Alter, Geschlecht, Region sowie Schweregrad variiert. Ein ausgeprägter Prävalenzzuwachs bei Männern führte zu einer Abschwächung des Geschlechterunterschieds. Weiterhin offenbarte die Studie eine sukzessive Abnahme der regionalen Variation, wenngleich Unterschiede zwischen den Regionen nach wie vor evident sind.

## Zunahme der Codierqualität

Unsere Studie belegt eine zunehmend spezifischere Codierpraxis der Hausärzte, die sich in stark gegenläufigen Trends der mittelschweren und unspezifischen Depressionsprävalenz darstellt. Über den Beobachtungszeitraum von neun Jahren sank der Anteil unspezifischer Diagnosen um etwa ein Drittel. Insgesamt wird der überwiegende Teil (70 %) aller unspezifischen Diagnosen in der hausärztlichen Versorgung gestellt, welches die regelhaft weniger differenzierte Diagnostik in der hausärztlichen Primärversorgung im Vergleich zur fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung unterstreicht und in Einklang mit früheren Routinedatenstudien steht [17, 20]. Die zunehmend spezifischere Codierung in der hausärztlichen Versorgung ist als sehr positiv zu bewerten, dennoch stellten Hausärzte auch im Jahr 2017 noch in 50 % der Fälle eine unspezifische Depressionsdiagnose. Insgesamt wies ein Drittel der GKV-Versicherten mit einer Depressionsdiagnose im Jahr 2017 ausschließlich eine unspezifische Diagnose auf. Dies bedeutet, dass für 3,5 Millionen GKV-Versicherte mit Depressionsdiagnose anhand der Routinedaten keine Aussage über das Ausmaß der Einschränkungen der Betroffenen oder die Notwendigkeit einer Behandlung getroffen werden kann. Mit der Betrachtung im Zeitverlauf ergänzt unsere Untersuchung die bisherige Evidenz aus Routinedatenstudien, die den Anteil unspezifischer Depressionsdiagnosen lediglich im Querschnitt betrachteten [17, 20]. Bezogen auf das Jahr 2010 ermittelten Gerste und Roick für den „Versorgungsreport 2013/2014“, dass zwei Drittel aller Patienten mit einer depressiven Erstepisode (F32) und ein Drittel aller Patienten mit einer rezidivierenden depressiven Störung (F33) eine unspezifische Diagnose erhielten [17]. In einer umfangreichen Analyse basierend auf Daten von 84 Betriebs- und Innungskrankenkassen waren 50 % aller Depressionsdiagnosen im Jahr 2011 unspezifisch codiert [20].

Weiterhin zeigt unsere Studie, dass sich die Dokumentation unspezifischer Diagnosen von der Vergabe spezifischer Diagnosen unterscheidet. So kristallisierten sich unspezifische Depressionsdiagnosen als Phänomen des hohen Alters und einer geringen Besiedlungsdichte heraus. Außerdem erhöhte sich – im Gegensatz zu spezifischen Diagnosen – die Variation zwischen den Kreisen kontinuierlich über den Beobachtungszeitraum. Es ist bekannt, dass sich Depressionen bei älteren Menschen häufiger in somatischen Beschwerden äußern und die psychische Symptomatik geringer ausgeprägt ist [31]. Studien zeigen außerdem, dass bei Senioren mit depressiver

Symptomatik häufig nicht die geforderten Kriterien der ICD-10 oder des DSM-IV für eine klinische Diagnose erfüllt werden [32, 33], sodass ein Teil der unspezifischen Depressionsfälle bei Älteren auf subklinische Ausprägungen im Sinne der leitliniengerechten Klassifikation zurückzuführen sein könnte. Da mit höherem Alter die Inanspruchnahme ärztlicher Behandlungen steigt, besteht zudem eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass bei älteren Patienten überhaupt eine – wenn auch subklinische – depressive Symptomatik entdeckt und diagnostiziert wird als bei jüngeren [34]. Dass die ICD-10-GM bei Patienten ab 65 Jahren die Codierung einer Depression mit der unspezifischen Schlüsselnummer F32.9 vorsieht („Altersdepression“) [35], kann ebenfalls mitursächlich für die hohe Diagnoseprävalenz unspezifischer depressiver Störungen bei Älteren sein.

#### Prävalenz in Routinedaten vs. Surveydaten

Mit einer altersübergreifenden Diagnoseprävalenz von 15,7 % im Jahr 2017 fügt sich unsere Studie sehr gut in die Befunde bisheriger GKV-Routinedatenstudien ein. Je nach Beobachtungszeitraum, Falldefinition und Studienpopulation wurde in diesen Untersuchungen eine Diagnoseprävalenz zwischen 10 % und 16 % bestimmt [15–20]. Im Vergleich zu bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Surveys, die auf Basis standardisierter klinischer Interviews eine Prävalenz von etwa 8 % ermittelten [14, 15], liegt die Diagnoseprävalenz in Routinedaten deutlich höher. Da anhand des klinischen Interviews ausschließlich Majore Depressionen und Dysthymien erfasst werden und unspezifische depressive Störungen (F32.8, F33.8, F32.9 und F33.9) sowie remittierte rezidivierende depressive Störungen (F33.4) unberücksichtigt bleiben, lassen sich die Prävalenzschätzer aus Primär- und Sekundärstudien nicht uneingeschränkt miteinander vergleichen. Werden in unserer Studie nur Versicherte mit spezifischen Depressionsdiagnosen berücksichtigt, ergibt sich für das Jahr 2017 eine Prävalenz von 10 % (vgl. **Abbildung 5**), welches eine deutlich geringere Abweichung von Prävalenz der Surveydatenanalyse impliziert. In früheren Routinedatenstudien resultierte der Ausschluss unspezifischer Diagnosen in einer substanziell niedrigeren Diagnoseprävalenz im Vergleich zu Surveydaten von 4,9 % [15] bzw. 6 % [20]. Ursächlich für diese erhebliche Diskrepanz zu dem Befund in unserer Studie ist die zunehmend spezifischere Codierpraxis. Die bisherigen Analysen beruhten auf Daten aus dem Jahr 2010 [15] bzw. 2011 [20] – ein Zeitraum, in dem der Anteil unspezifischer Codierungen einen Großteil aller Depressionsdiagnosen ausmachte und bei Ausschluss dieser Diagnosen auch in unserer Studie

zu einer deutlich geringeren Diagnoseprävalenz von 5 % bis 6 % geführt hätte (vgl. **Abbildung 5**). Die Ergebnisse unserer Studie lassen somit die Schlussfolgerung zu, dass anhand aktueller Routinedaten und unter Verwendung spezifischer Codierungen die Depressionsprävalenz aus Surveydaten relativ gut abgebildet werden kann. Auch ist beim Vergleich von Prävalenzschätzern aus Routine- und Surveydaten zu berücksichtigen, dass Surveydaten im Allgemeinen zu einer konservativen Schätzung führen, da Personen mit akuten Depressionen seltener als gesunde Personen an Studien teilnehmen [15, 24].

Die vorliegende Studie wie auch andere Routinedatenstudien [18] zeigen eine Zunahme der Diagnoseprävalenz in der vertragsärztlichen Versorgung im Verlauf der vergangenen Dekade. Zeitgleich ist ein kontinuierlicher Ausbau der Behandlungskapazitäten der spezialisierten Versorgung zu beobachten. Zwischen 2009 und 2018 stieg die Anzahl psychologischer Psychotherapeuten um 62 % und die Anzahl ärztlicher Psychotherapeuten um 18 % [30]. Für eine tatsächliche Zunahme der Morbidität gibt es derzeit keine Hinweise. National wie international zeigen Bevölkerungsstudien mehrheitlich stabile Depressionsprävalenzen in den vergangenen 20 bis 25 Jahren [14, 21, 36]. In einer vergleichenden Analyse zweier Zeiträume (1997 bis 1999 und 2009 bis 2012) im Rahmen der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) wurde beispielsweise eine stabile 12-Monatsprävalenz für Majore Depressionen von 7,4 % ermittelt [14]. Eine These ist, dass die wachsende Bedeutung depressiver Störungen in der vertragsärztlichen Versorgung in Teilen auf eine vermehrte Aufklärung über psychische Störungen und eine gestiegene Aufmerksamkeit auf psychische Gesundheit in der Gesellschaft zurückzuführen ist. In Kombination mit der zunehmenden gesellschaftlichen Akzeptanz psychischer Störungen kann die durch die Aufklärung stetig steigende Gesundheitskompetenz („Mental Health Literacy“) mit einer erhöhten Sensibilität auf Patientenseite einhergehen, die in einer Psychologisierung des „normalen“ Erlebens münden und auch aufseiten der Behandelnden die Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit erschweren kann [37].

#### Stärkster Zuwachs bei jungen Erwachsenen und Angleichung des Geschlechterverhältnisses

Die vorliegende Studie liefert zwei zentrale Ergebnisse zu alters- und geschlechtsabhängigen zeitlichen Trends der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen. In den Altersgruppen der 15- bis 19-Jährigen und 20- bis 24-Jährigen wurden die

größten relativen Zuwächse in der Diagnoseprävalenz verzeichnet. Somit unterstreicht unsere Studie die zunehmende Bedeutung depressiver Störungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in der vertragsärztlichen Versorgung und bekräftigt die Befunde des BARMER Arztreports aus dem Jahr 2018, der ebenfalls eine steigende Belastung junger Erwachsener mit depressiven Störungen dokumentiert [38]. In der BARMER-Studie basierend auf rund 700.000 Versicherten im Alter von 18 bis 25 Jahren stieg die Diagnoseprävalenz depressiver Episoden (F32) zwischen 2005 und 2016 um 70 % auf 6,5 % und die Diagnoseprävalenz rezidivierender depressiver Störungen (F33) um 184 % auf 2,0 %.

Als zweiter relevanter Befund unserer Studie ist die Abnahme der Prävalenzunterschiede zwischen Männern und Frauen hervorzuheben. Prävalenzunterschiede zwischen den Geschlechtern werden in internationalen epidemiologischen Studien stabil belegt [39, 40]. Als Erklärungsansätze für diese Diskrepanzen werden biologische Faktoren, Einflüsse von Geschlechterrollen z. B. im Hinblick auf das Hilfesuchverhalten oder das Erkennen von Depressionen diskutiert [40, 41]. Die größten Unterschiede treten dabei ab der Pubertät bis ins junge Erwachsenenalter auf und nehmen dann sukzessive ab [42], ein Verlauf, der auch in der vorliegenden Analyse sichtbar wurde. In DEGS1 lag das Geschlechterverhältnis (Frauen:Männer) im Jahr 2010 bei knapp 2,2:1, sowohl für selbstberichtete Depressionsdiagnosen als auch für Depressionen, die mithilfe eines klinischen Interviews erhoben wurden [15]. In der BARMER-Studie betrug das Geschlechterverhältnis im Jahr 2016 1,8:1 für depressive Episoden (F32) und 1,9:1 für rezidivierende depressive Störungen (F33). Eine detaillierte geschlechts- und altersabhängige Betrachtung zeitlicher Trends auf Basis einer einheitlichen Datenbasis liegt bislang kaum vor. Stahmeyer et al. beschrieben kürzlich abnehmende Odds Ratios für den Geschlechts- und Altersunterschied in der Diagnoseprävalenz zwischen 2006 und 2015 [18]. Unsere Studie mit Daten aus neun aufeinanderfolgenden Jahren belegt altersübergreifend eine kontinuierliche Angleichung des Geschlechterverhältnisses (–17 %; 1,9:1 im Jahr 2017), insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen (–25 %; 1,8:1 im Jahr 2017). Über die Gründe für diese Annäherung an eine Gleichverteilung lässt sich nur spekulieren. Ältere Studien zeigen eine deutlich niedrigere Inanspruchnahme der ärztlichen Versorgung anlässlich psychischer Gesundheitsprobleme von Männern im Vergleich zu Frauen. In DEGS1-MH (2009–2012) berichteten lediglich

12 % der Männer mit einer 12-Monatsprävalenz einer psychischen Störung (klinisches Interview) im selben Zeitraum auch von einer ärztlichen Inanspruchnahme anlässlich der psychischen Symptome (24 % bei Frauen) [43]. In Bezug auf die Lebenszeitprävalenz einer psychischen Störung lag die Quote der Inanspruchnahme bei 34 % (Männer) bzw. 48 % (Frauen) [43]. Es ist somit denkbar, dass die in unserer Studie beobachtete Abschwächung des Geschlechtsunterschieds Ausdruck einer wachsenden gesellschaftlichen Akzeptanz depressiver Störungen ist, in Kombination mit einer zunehmenden Bereitschaft von (gerade jüngeren) Männern, bei psychischen Problemen professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen. Eine gestiegene Sensibilisierung für depressive Symptome bei Männern könnte zudem zu einer verbesserten Diagnostik geführt haben und die stärkeren Zuwächse in der Diagnoseprävalenz bei Männern im Vergleich zu Frauen erklären. In diesem Zusammenhang gibt es die Theorie, dass Geschlechtsunterschiede möglicherweise artifiziell und auf den Einsatz der generischen psychometrischen Instrumente zurückzuführen sind [40]. Die diagnostischen Kriterien reflektieren vorwiegend frauenspezifische Depressionssymptome, wohingegen männerspezifische Symptome wie Irritabilität, Ärgerattacken und Suchtmittelabusus nicht erfasst werden, welches mit einer Unterschätzung der Depressionsprävalenz bei Männern einherginge. So wurden in einer Studie, die neben einem generischen Instrument zur Erfassung depressiver Symptomatik auch ein Instrument einsetzte, das die männerspezifische Symptomatik erhob, keine nennenswerten Prävalenzunterschiede zwischen Männern und Frauen beobachtet [44].

### Starker Zuwachs in ländlichen Regionen

Sowohl in früheren Querschnittsanalysen basierend auf Routinedaten als auch in Surveys wurden ausgeprägte regionale Disparitäten in der Prävalenz depressiver Störungen sowie hinsichtlich depressionsbedingter Arbeitsunfähigkeiten beobachtet [12, 19, 20, 22, 24, 45]. So wiesen die neuen Bundesländer im Allgemeinen eine niedrigere Diagnoseprävalenz auf als die alten und in großstädtischen Kreisen lag die Prävalenz höher als in ländlichen Regionen [19, 20, 22, 24]. Diese regionalen Unterschiede sind auch in der vorliegenden Auswertung evident, doch offenbart unsere Studie eine sukzessive Angleichung diagnostizierter depressiver Störungen auf allen räumlichen Ebenen zwischen 2009 und 2017. Der stärkere Zuwachs in ländlichen verglichen mit städtischen Kreisen könnte in der Reform der Bedarfsplanungs-Richtlinie zum 01. Januar 2013 mitbegründet sein [25]. Im Zuge der Reform

ergaben sich knapp 1.400 Neuzulassungen für Psychotherapeuten, insbesondere im ländlichen Raum, sodass von einer zunehmend besseren Versorgung von Betroffenen in ländlichen Kreisen auszugehen ist.

Allerdings lassen die Ergebnisse unserer Studie den Schluss zu, dass ein Teil dieser regionalen Angleichung auf einen Anstieg der unspezifischen Depressionsdiagnosen in den neuen Bundesländern zurückzuführen ist. Im Vergleich zu beinahe allen Kreisen der alten Bundesländer verzeichnete die Diagnoseprävalenz unspezifischer Diagnosen in zahlreichen, meist ländlichen, Kreisen der neuen Bundesländer einen Zuwachs. Diese divergierende Entwicklung drückte sich auch in einer Zunahme der Variation der unspezifischen Depressionsprävalenz zwischen den Kreisen aus (Variationskoeffizient: +37 %). Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass unabhängig von der Versorgungsdichte, Versicherte in dünn besiedelten ländlichen Kreisen eine 22 % höhere Chance für eine unspezifische Diagnose haben als Versicherte in kreisfreien Großstädten. Im Gegensatz hierzu war die Chance auf eine mittelschwere Depressionsdiagnose in ländlichen Kreisen signifikant niedriger als in kreisfreien Großstädten. Diese Diskrepanzen bestanden auch nach Kontrolle für regional variierende Versorgungsstrukturen (Arzt- bzw. Psychotherapeutendichte).

### Stärken und Limitationen

Als Stärken der vorliegenden Arbeit sind das populationsbasierte Design sowie der große Datenkörper hervorzuheben, der krankenkassenübergreifende Daten der vertragsärztlichen Inanspruchnahme von fast 90 % der deutschen Bevölkerung umfasst. Eine weitere Stärke ist der lange Beobachtungszeitraum, der detaillierte Analysen der zeitlichen Trends in der Diagnoseprävalenz nach Bevölkerungssubgruppen und Region ermöglicht. Als wesentliche Limitation dieser Studie muss die Natur der Abrechnungsdaten als Basis epidemiologischer Untersuchungen angeführt werden. Die Grundlage der Analysen bilden vertragsärztlich dokumentierte Diagnosen, die primär der Abrechnung von Leistungen sowie der Begründung von Verordnungen und Arbeitsunfähigkeiten dienen. Die berechnete Diagnoseprävalenz hängt somit in hohem Maße von der Präzision und Validität der Diagnose-dokumentation ab. Insbesondere die hohe Zahl unspezifischer Depressionsdiagnosen ist klinisch und epidemiologisch nicht zu erwarten und legt die Vermutung nahe, dass sie spezifische Vorgehensweisen in der Codierpraxis reflektiert und eine Restkategorie mit eingeschränkter

bzw. heterogener klinischer Relevanz darstellt. In diesem Zusammenhang spielen möglicherweise auch die ergänzenden Codierhilfen der ICD-10-GM eine Rolle. Zu dem Code F32.9 werden im Alphabetischen Verzeichnis mehrere Schlagworte aufgeführt, darunter z. B. „Altersdepression“ oder auch „Erschöpfungsdepression“ [35]. Beide Beispiele stellen keine diagnostisch scharf abgegrenzten Störungsbilder dar, könnten im Versorgungsalltag aber dennoch zu einer entsprechenden Codierung anregen. Ob in den Fällen einer unspezifischen Codierung die Kriterien einer spezifischen Codierung also nicht erfüllt waren, eine unzureichend differenzierte Codierung vorgenommen wurde oder aber ein in den Codierhilfen genanntes klinisches Bild gemeint wurde, kann mit den vorliegenden Daten nicht aufgelöst werden. Weiterhin kann nicht ausgeschlossen werden, dass einmal kodierte Diagnosen in den Daten fortgeschrieben werden, ohne die Ausprägung der Symptomatik erneut zu prüfen, welches insbesondere bei einer episodisch auftretenden Erkrankung – wie der Depression – zu einer verzerrten Prävalenzschätzung führen könnte. Trotz der Limitationen der Daten für epidemiologische Prävalenzschätzungen liefert diese bundesweite Vollerfassung des vertragsärztlichen Leistungsgeschehens wichtige Einblicke in die Bedeutung depressiver Störungen im Versorgungsalltag.

### Schlussfolgerungen

Die Studie unterstreicht die zunehmende Bedeutung depressiver Störungen in der vertragsärztlichen Versorgung und offenbart eine starke Dynamik in der Entwicklung der Diagnoseprävalenz, die nach Geschlecht, Alter, Region und Schweregrad variiert. Die Studie lässt eine Zunahme der Codierqualität erkennen und zeigt insgesamt eine sukzessive Angleichung der Diagnoseprävalenz auf allen räumlichen Ebenen, wobei deutliche regionale Unterschiede nach wie vor evident sind. Ein ausgeprägter Prävalenzzuwachs bei Männern führte zu einer Abschwächung des Geschlechterunterschieds. Insbesondere im hausärztlichen Versorgungsbereich gibt es Hinweise auf spezifischere ICD-10-Diagnosecodierung im Untersuchungszeitraum.

## Literaturverzeichnis

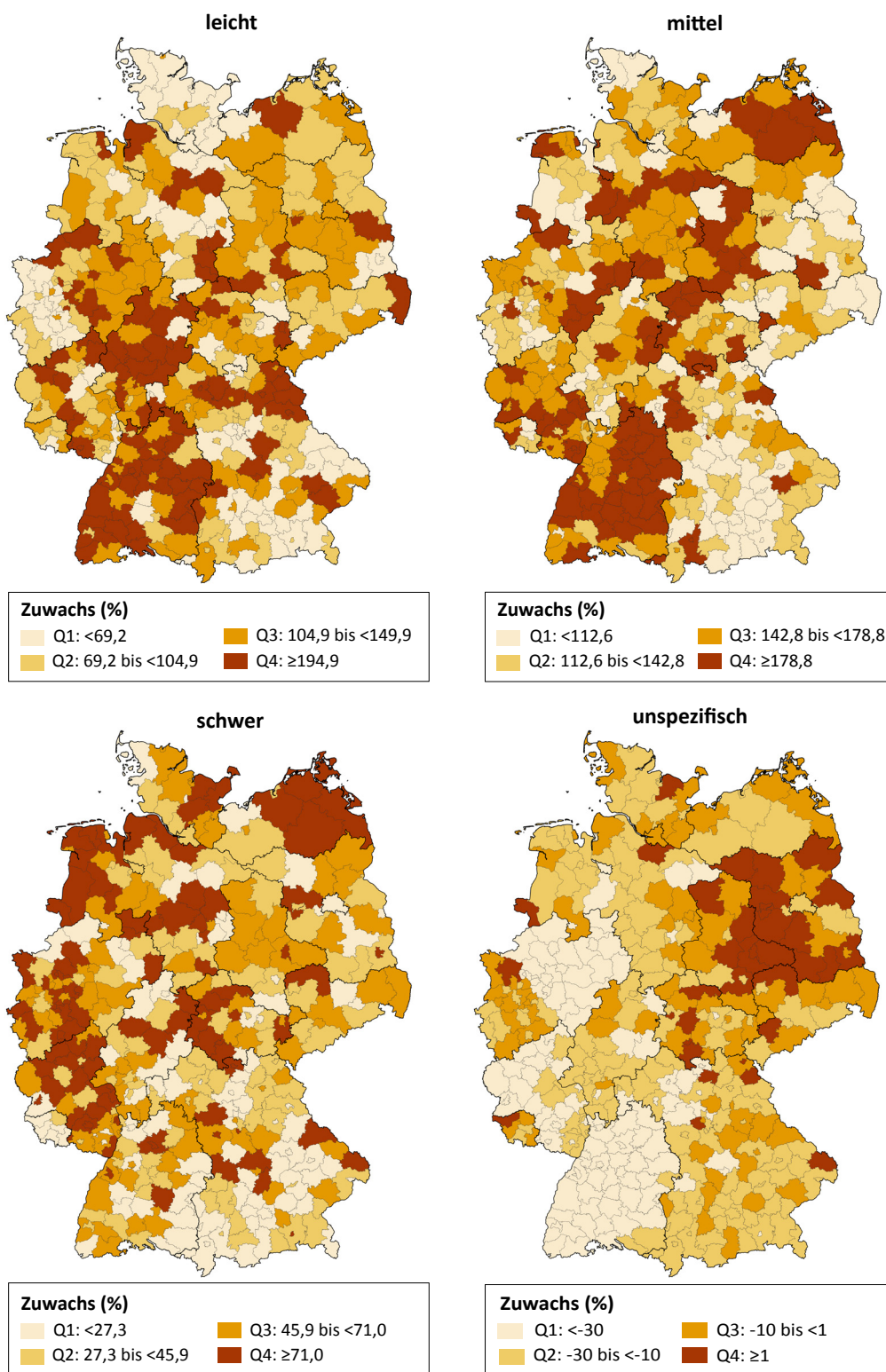
1. GBD 2016 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 328 diseases and injuries for 195 countries, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017; 390 (10100): 1211–59.
2. Plass D, Vos T, Hornberg C, Scheidt-Nave C, Zeeb H, Kramer A. Trends in disease burden in Germany: results, implications and limitations of the Global Burden of Disease study. *Dtsch Arztebl Int* 2014; 111 (38): 629–38.
3. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 2. Auflage, Version 5. URL: <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf> [letzter Zugriff: 25.01.2019].
4. Hirschfeld RM. The comorbidity of major depression and anxiety disorders: recognition and Management in primary care. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2001; 3 (6): 244–54.
5. Kessler RC, Merikangas KR, Wang PS. Prevalence, comorbidity, and service utilization for mood disorders in the United States at the beginning of the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol* 2007; 3: 137–58.
6. Voinov B, Richie WD, Bailey RK. Depression and chronic diseases: it is time for a synergistic mental health and primary care approach. *Prim Care Companion CNS Disord* 2013; 15 (2).
7. Statistisches Bundesamt. Krankheitskosten 2015. Wiesbaden 2019. URL: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/logon?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23631-0003&sachmerkmal=ICD10Y&sachschluessel=ICD10-F32-F34&transponieren=true> [letzter Zugriff: 12.04.2019].
8. Statistisches Bundesamt. Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung. Wiesbaden 2019. URL: [http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/\\_XWD\\_PROC?\\_XWD\\_104/2/XWD\\_CUBE.DRILL/\\_XWD\\_132/D.946/14321](http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_104/2/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_132/D.946/14321) [letzter Zugriff: 25.01.2019].
9. Meyer M, Wenzel J, Schenkel A. Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2017. In: Badura B, Ducki A, Schröder H, Klose J, Meyer M (Hg.). Fehlzeiten-Report 2018: Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg 2018; 331–536.
10. Grobe T, Steinmann S, Gerr J. TK Gesundheitsreport 2018 – Arbeitsunfähigkeiten. Techniker Krankenkasse. Hamburg 2018. URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2034000/60cd049c105d066650f9867da5b4d7c1/gesundheitsreport-au-2018-data.pdf> [letzter Zugriff: 12.04.2019].
11. Marschall J, Hildebrandt S, Zich K, Tisch T, Sörensen J, Nolting H-D. DAK-Gesundheitsreport 2018. DAK-Gesundheit. Hamburg 2018. URL: <https://www.dak.de/dak/download/gesundheitsreport-2018-pdf-2073702.pdf> [letzter Zugriff: 13.06.2019].
12. Grobe T, Steinmann S. Depressionsatlas – Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. Techniker Krankenkasse. Hamburg o. J. URL: <https://www.tk.de/resource/blob/2026640/c767f9b02cabb-c503fd3cc6188bc76b4/tk-depressionsatlas-data.pdf> [letzter Zugriff: 12.04.2019].
13. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62 (6): 593–602.
14. Bretschneider J, Janitzka S, Jacobi F, et al. Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997–1999 vs. 2009–2012. *BMC Psychiatry* 2018; 18 (1): 394.
15. Grobe TG, Kleine-Budde K, Bramesfeld A, Thom J, Bretschneider J, Hapke U. [Prevalences of Depression Among Adults: Comparative analysis of a nationwide survey and routine data]. *Gesundheitswesen* 2018.
16. Grobe T, Steinmann S, Szecsenyi J. BARMER Arztreport 2017. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse Band 1. Barmer



- Hauptverwaltung. Wuppertal o. J. URL: <https://www.barmer.de/blob/99196/40985c83a99926e5c12eeca0a50e0ee/data/dl-barmer-arztreport-2017.pdf> [letzter Zugriff: 20.01.2019].
17. Gerste B, Roick C. Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland – Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. URL: [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/Buchreihen/Versorgungsreport/2013-2014/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido\\_vsr20132014\\_kap02.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/Buchreihen/Versorgungsreport/2013-2014/Kapitel%20mit%20Deckblatt/wido_vsr20132014_kap02.pdf) [letzter Zugriff: 25.06.2019].
  18. Stahmeyer JT, Kuhlmann K, Eberhard S. The frequency of depression diagnoses in different groups of insured persons—a routine data analysis of the years 2006 to 2015. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2018.
  19. Erhart M, von Stillfried D. Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 12/06. Berlin 2012. DOI: 10.20364/VA-12.06. URL: <https://www.versorgungsatlas.de/themen/alle-analysen-nach-datum-sortiert/?tab=6&uid=3> [letzter Zugriff: 12.04.2019].
  20. Melchior H, Schulz H, Härter M. Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung. Gütersloh 2014. URL: [https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user\\_upload/Faktencheck\\_Depression\\_Studie.pdf](https://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf) [letzter Zugriff: 12.04.2019].
  21. Richter D, Berger K. Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatr Prax* 2013; 40 (04): 176–82.
  22. 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 (3): 329–35.
  23. Jacobi F, Hofler M, Siegert J, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23 (3): 304–19.
  24. Busch M, Maske U, Ryl L, Schlack R, Hapke U. Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2013; 56: 733–739.
  25. Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA). Richtlinie über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 18. Oktober 2018, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 16.01.2019 B4 vom 16. Januar 2019, in Kraft getreten am 17. Januar 2019. URL: [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1743/BPL-RL\\_2018-10-18\\_iK\\_2019-01-17.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1743/BPL-RL_2018-10-18_iK_2019-01-17.pdf) [letzter Zugriff: 25.06.2019].
  26. Bundesministerium für Gesundheit. Mitglieder und Versicherte – Informationen rund um Mitglieder und Versicherte der GKV. Statistik über Versicherte gegliedert nach Status, Alter, Wohnort und Kassenart (Stichtag jeweils zum 1. Juli des Jahres). Berlin 2019. URL: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/zahlen-und-fakten-zur-krankenversicherung/mitglieder-und-versicherte.html> [letzter Zugriff: 06.02.2019].
  27. Laufende Raumbearbeitung des Bundesinstituts für Bau-, Stadt und Raumforschung (BBSR). Raumabgrenzungen. Siedlungsstrukturelle Kreistypen. Bonn o. J. URL: <https://www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbearbeitung/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Kreistypen/kreistypen.html> [letzter Zugriff: 28.09.2018].
  28. Anselin L. Local Indicators of Spatial Association—LISA. *Geogr Anal* 1995; 27 (2): 93–115.

29. Kroll L SM, Hoebel J, Lampert T. Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2 (2): 103–20.
30. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gesundheitsdaten – Regionale Verteilung der Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung. Berlin 2019. URL: <http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php> [letzter Zugriff: 17.05.2019].
31. Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2012; 200 (4): 275–81.
32. Luppá M, Sikorski C, Luck T, et al. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life—systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2012; 136 (3): 212–21.
33. Riedel-Heller SG, Weyerer S, König H-H, Luppá M. Depression im Alter. *Nervenarzt* 2012; 83 (11): 1373–8.
34. Maske UE, Hapke U, Riedel-Heller SG, Busch MA, Kessler RC. Respondents' report of a clinician-diagnosed depression in health surveys: comparison with DSM-IV mental disorders in the general adult population in Germany. *BMC Psychiatry* 2017; 17 (1): 39.
35. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Informatik. ICD-10-GM 2019 Alphabetisches Verzeichnis: Deutscher Ärzteverlag 2018.
36. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, Norman RE, Vos T, Whiteford HA. Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depress Anxiety* 2014; 31 (6): 506–16.
37. Thom J, Bretschneider J, Kraus N, Handerer J, Jacobi F. Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2019; 62 (2): 128–39.
38. Grobe T, Steinmann S, Szecsenyi J. BARMER Arztreport 2018. Barmer Hauptverwaltung. Wuppertal 2018. URL: <https://www.barmer.de/blob/144368/08f7b513fdb6f06703c6e9765ee9375f/data/dl-barmer-arztreport-2018.pdf> [letzter Zugriff: 17.04.2019].
39. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22 (5): 429–36.
40. Karger A. Gender differences in depression. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz* 2014; 57 (9): 1092–8.
41. 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.
42. Albert PR. Why is depression more prevalent in women? *J Psychiatry Neurosci* 2015; 40 (4): 219–21.
43. Mack S, Jacobi F, Gerschler A, et al. Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23 (3): 289–303.
44. Martin LA, Neighbors HW, Griffith DM. The experience of symptoms of depression in men vs women: analysis of the National Comorbidity Survey Replication. *JAMA Psychiatry* 2013; 70 (10): 1100–6.
45. Thom J, Kuhnert R, Born S, Hapke U. 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; 2 (3): 72–80.

Anhang



**Abbildung A-1:** Relative Veränderung der Diagnoseprävalenz zwischen 2009 und 2017 nach Schweregrad

Datengrundlage sind bundesweite vertragsärztliche Abrechnungsdaten von Versicherten ≥ 15 Jahre. Für die Einteilung nach Schweregrad wurden die Diagnosecodes folgendermaßen zusammengefasst: leicht (F32.0, F33.0, F34.1), mittelgradig (F32.1, F33.1), schwer (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3) und unspezifisch (F32.8, F32.9, F33.8, F33.9). Die Diagnose F34.1 wurde in der Analyse nach Schweregrad nicht berücksichtigt. Jeder Patient wurde distinkt einer Gruppe zugeteilt auf Basis des höchsten Schweregrads, der dokumentiert wurde.