

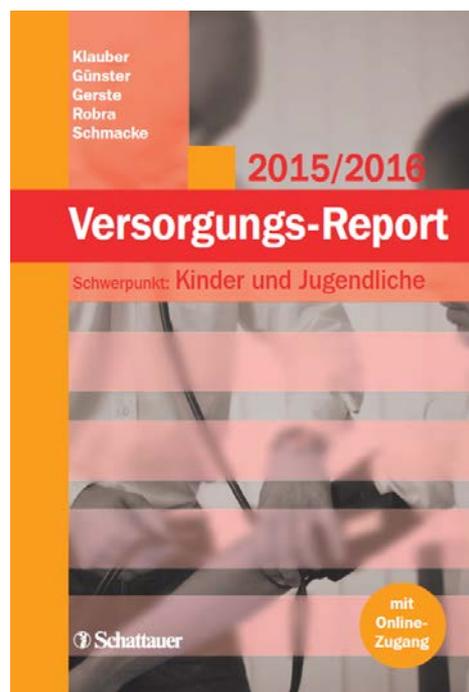
Versorgungs-Report 2015/2016

„Kinder und Jugendliche“

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

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 309-327



15	Prävalenz und Inzidenz depressiver Erkrankungen in Deutschland im Jahr 2012	
	Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen.....	309
	<i>Bettina Gerste und Christiane Roick</i>	
15.1	Einleitung	310
15.2	Methoden	311
15.2.1	Aufgriff und Diagnosevalidierung.....	311
15.2.2	Schweregraddefinition bei den Prävalenz- und Inzidenzanalysen.....	313
15.3	Ergebnisse.....	314
15.3.1	Administrative Prävalenz depressiver Erkrankungen	314
15.3.2	Administrative Inzidenz depressiver Erkrankungen	317
15.4	Diskussion	318
15.4.1	Entwicklung der Prävalenz depressiver Erkrankungen	318
15.4.2	Depressionsprävalenz in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Krankheitsschwere.....	320
15.4.3	Regionale Unterschiede in der Depressionsprävalenz	322
15.4.4	Inzidenz depressiver Erkrankungen.....	322
15.4.5	Allgemeine Limitationen der vorliegenden Untersuchung	324
15.5	Zusammenfassung und Ausblick.....	325

15 Prävalenz und Inzidenz depressiver Erkrankungen in Deutschland im Jahr 2012

Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen

Bettina Gerste und Christiane Roick

Abstract

Aus den anonymisierten Abrechnungsdaten aller AOK-Versicherten wurden die administrativen Prävalenz- und Inzidenzraten unipolarer Depressionen bzw. depressiver Episoden für 2010 und 2012 ermittelt und alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Wohnbevölkerung von Deutschland hochgerechnet. Die Inzidenzrate depressiver Erkrankungen lag 2012 bei 1,14% und war damit im Vergleich zu 2010 (1,16%) weitgehend unverändert. Die Prävalenz unipolarer Depressionen ist seit 2010 weiter gestiegen und erreichte im Jahr 2012 einen Wert von 12,0%. Die stärkste Zunahme der administrativen Prävalenz und Inzidenz fand sich bei den leichten Depressionen. Unipolare Depressionen wurden bei Frauen weiterhin etwa doppelt so häufig wie bei Männern kodiert, aber im Zeitverlauf (2010 bis 2012) nahm die Depressionsprävalenz bei den Männern stärker zu als bei den Frauen. Die Ergebnisse unterstreichen, dass die Awareness von Ärzten und Patienten für depressive Symptome weiter gewachsen ist und depressive Verstimmungen nun auch bei Männern zunehmend besser diagnostiziert werden.

Der Anteil unspezifischer Depressionsdiagnosen ging von 2010 bis 2012 leicht zurück. Das deutet darauf hin, dass sich Ärzte und Psychotherapeuten zunehmend um eine spezifische Kodierung der Depressionsschwere bemüht haben. Unter den spezifischen Depressionsdiagnosen wurden mittelgradige Episoden am häufigsten dokumentiert, gefolgt von schweren Episoden. Die Depressionsprävalenz war in den neuen Bundesländern niedriger als in den alten Bundesländern und den Stadtstaaten.

Künftige Studien sollten genauer analysieren, warum die Depressionsprävalenz in routinedatenbasierten Analysen mittlerweile deutlich höher ist als die in repräsentativen Bevölkerungsbefragungen mit standardisierten Diagnosekriterien ermittelte Prävalenz.

Using anonymous billing data for all AOK insurees, administrative prevalence and incidence rates of unipolar depression or depressive episodes for 2010 and 2012 were determined and extrapolated to the German population. The incidence rate of depressive disorders was 1.14% in 2012 and thus largely unchanged compared to 2010 (1.16%). The prevalence of unipolar depression has increased since 2010 and reached 12.0% in 2012. The largest increase in the

administrative prevalence and incidence was found for mild depression. Unipolar depression was still coded about twice as often for women than for men, but over time (2010 to 2012) depression prevalence among men increased more than among women. The results emphasize that the awareness of physicians and patients for depressive symptoms has grown and depressive moods are by now increasingly better diagnosed in men.

The proportion of unspecific depression diagnoses decreased slightly from 2010 to 2012. This suggests that physicians and psychotherapists have endeavored a more specific coding of depression severity. Among the specific depression diagnoses, moderate episodes have been documented most frequently, followed by severe episodes. Depression prevalence was lower in the former East Germany than in the old federal states and the city states.

Future studies should analyse in more detail why depression prevalence determined by routine data-based analyses is significantly higher than that in representative population surveys with standardised diagnostic criteria.

15.1 Einleitung

Wegen der hohen Prävalenz depressiver Störungen und den sich daraus ergebenden erheblichen krankheitsbedingten Belastungen für die Betroffenen und den resultierenden besonderen Anforderungen an die Gesundheitsversorgung widmete sich der Versorgungs-Report 2013/2014 dem Schwerpunktthema Depression (Klauber et al. 2014). Er enthielt unter anderem Beiträge zur hausärztlichen und medikamentösen Versorgung depressiver Erkrankungen sowie zu innovativen Versorgungsansätzen und Möglichkeiten einer verbesserten Versorgungsorientierung. Darüber hinaus wurde anhand von Routinedaten aller erwachsenen AOK-Versicherten die administrative Prävalenz und Inzidenz unipolarer Depressionen untersucht (Gerste und Roick 2014). Dabei wurde festgestellt, dass die Depressionsprävalenz von 2007 bis 2010 um über 19% angestiegen war und im Jahr 2010 mit 11,1% einen Wert erreicht hatte, der deutlich über der Prävalenzrate von 8,2% lag, die mit standardisierten Diagnosekriterien in einer etwa zeitgleich durchgeführten repräsentativen Bevölkerungsbefragung ermittelt wurde (Jacobi et al. 2015; Jacobi et al. 2014). Auffällig war damals zudem, dass sehr häufig nur unspezifische Depressionsdiagnosen vergeben wurden. Darüber hinaus fanden sich Hinweise auf eine zum Teil eingeschränkte Validität der in den Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen.

Fast zeitgleich mit dem Erscheinen des Versorgungs-Reports 2013/2014 veröffentlichte die Bertelsmann-Stiftung eine neue Ausgabe des Faktenchecks Gesundheit, in der ebenfalls die Diagnostik und Behandlung von Depressionen in Deutschland untersucht wurde (Melchior et al. 2014). Diese auf Routinedaten von über 6 Millionen BKK- und IKK-Versicherten basierende Studie gelangte trotz einiger methodischer Unterschiede zu ähnlichen Ergebnissen wie die Analyse anhand von AOK-Daten. Sie ermittelte für das Jahr 2011 eine auf die GKV standardisierte administrative Depressionsprävalenz von 11,6% und stellte fest, dass die Hälfte aller Depressionsdiagnosen unspezifisch kodiert wird.

Im vorliegenden Beitrag soll nun im Sinne eines Monitorings die weitere Entwicklung der administrativen Prävalenz und Inzidenz depressiver Erkrankungen seit dem Jahr 2010 analysiert und diskutiert werden.

15.2 Methoden

Für die vorliegende Analyse wurde auf die anonymisierten Abrechnungsdaten aller AOK-Versicherten der Jahre 2007 bis 2012 zurückgegriffen.¹ Die Prävalenz- und Inzidenzberechnungen beziehen sich auf die Jahre 2010 und 2012. Wegen des gewählten Diagnosevalidierungsverfahrens musste dabei jedoch in einigen Fällen bis ins Jahr 2007 zurückgegangen werden. Alle im Ergebnisteil präsentierten epidemiologischen Daten wurden alters- und geschlechtsstandardisiert auf die Wohnbevölkerung von ganz Deutschland hochgerechnet.²

15.2.1 Aufgriff und Diagnosevalidierung

Tabelle 15–1 zeigt die Zieldiagnosen der Prävalenz- und Inzidenzanalysen. Die Auswahl der Zieldiagnosen für die Prävalenzanalyse orientierte sich an den Diagnosen, die als Geltungsbereich der Nationalen Versorgungsleitlinie Unipolare Depressionen (NVL) definiert wurden: depressive Erstepisoden (ICD-10 F32) sowie rezidivierende Depressionen (ICD-10 F33) und dysthyme Störungen (ICD-10 F34.1) (DGPPN 2009; DGPPN 2015). Auf eine Berücksichtigung der in der NVL ebenfalls erwähnten rezidivierenden kurzen depressiven Episoden (F38.1) wurde verzichtet, weil diese Diagnose extrem selten gestellt wird (<0,1% aller Depressionsdiagnosen) und weil in Prävalenzanalysen anderer Arbeitsgruppen, die eine wichtige Vergleichsbasis für die vorliegenden Ergebnisse bilden (Erhart und Stillfried 2012; Melchior et al. 2014), diese Diagnose ebenfalls nicht berücksichtigt wurde.

In den Analysen wurden grundsätzlich alle Personen berücksichtigt, die einen Krankenhausaufenthalt mit Zieldiagnose als Haupt- oder Nebendiagnose im Berichtsyear aufwiesen. Bei Personen, die nicht stationär behandelt wurden und die ausschließlich über ambulante Zieldiagnosen identifiziert werden konnten, erfolgte eine zusätzliche Validierung mithilfe bestätigender Diagnosen aus einem weiteren Behandlungsquartal. Hierbei wurden ausschließlich gesicherte Diagnosen berücksichtigt. Der episodenhafte Verlauf depressiver Erkrankungen erfordert dabei – anders als bei gängigen kalenderjahresbezogenen Betrachtungen – einen Aufgreifmodus mit individuell definiertem Validierungs-Zeitraum, da es andernfalls zu einer Unterschätzung der administrativen 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 wurden drei aufeinanderfolgende Quartale durchsucht, um eine gefundene ambulante Zieldiagnose durch eine zweite Diagnose in einem anderen Quartal der Episode zu bestäti-

1 Näheres zu den verwendeten Daten findet sich im Kapitel 18 dieses Bandes.

2 Erläuterungen zur Hochrechnung finden sich in Kapitel 18.

Tabelle 15–1

Zieldiagnosen und Hierarchien für die Prävalenz- und Inzidenzanalysen

Priorität	ICD10-Diagnose	Bezeichnung
Prävalenzanalysen		
1 schwer	F33.2/3	Schwere rezidivierende Depression mit oder ohne psychotische Symptome
	F32.2/3	Schwere depressive Ersterkrankung mit oder ohne psychotische Symptome
2 mittel	F33.1	Mittelschwere rezidivierende Depression
	F32.1	Mittelschwere depressive Ersterkrankung
3 leicht	F33.0	Leichte rezidivierende Depression
	F32.0	Leichte depressive Ersterkrankung
4 sonstige	F33.8/9	Sonstige oder nicht näher bezeichnete rezidivierende Depression
	F32.8/9	Sonstige oder nicht näher bezeichnete depressive Ersterkrankung
	F33.4	Gegenwärtig remittierte rezidivierende Depression
	F33; F32	Rezidivierende Depression oder depressive Ersterkrankung (dreistellige Diagnosen)
5 Dysthymie	F34.1	Dysthymie
Inzidenzanalysen		
1 schwer	F32.2/3	Schwere depressive Ersterkrankung mit oder ohne psychotische Symptome
2 mittel	F32.1	Mittelschwere depressive Ersterkrankung
3 leicht	F32.0	Leichte depressive Ersterkrankung
4 sonstige	F32.8/9	Sonstige oder nicht näher bezeichnete depressive Ersterkrankung
	F32	Dreistellige Diagnose der depressiven Ersterkrankung

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

gen. Mindestens ein Diagnosequartal musste dabei im Beobachtungsjahr liegen. Die Diagnose-bestätigenden Einträge mussten aus dem unmittelbar vorangegangenen Zeitraum stammen: Ausgehend vom jeweils letzten Diagnosequartal im Berichtsjahr wurden im individuellen Zeitfenster Diagnosen gesucht, die das Vorliegen einer Krankheitsperiode in den beiden davor liegenden Quartalen bestätigen. 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 berichtet werden kann.

Da depressive Erkrankungen insbesondere durch Suizide mit einer erhöhten Mortalität verbunden sind (DGPPN 2009) und ein systematischer Ausschluss von Sterbefällen eine Unterschätzung der Prävalenz/Inzidenz zur Folge hätte, wurden im Berichtsjahr Verstorbene mit einer Zieldiagnose eingeschlossen – unabhängig von einer Diagnosevalidierung durch eine Zieldiagnose in einem weiteren Quartal.

Zur Validierung inzidenter Depressionen wurde eine zweijährige Diagnosefreiheit vor der erstmaligen Dokumentation einer depressiven Episode im Zieljahr der Inzidenzanalyse gefordert. Dazu wurden Patienten mit mindestens einer F3x-Kodierung³ (außer F34.1 und F38.1) in den acht Quartalen vor Beginn der depressiven

3 Auch Verdachtsdiagnosen und Diagnosen mit dem Zusatz „Zustand nach“ wurden ausgeschlossen.

Tabelle 15–2

Größe der Studienpopulationen

Beobachtungszeitraum	Prävalenz	Inzidenz
AOK-Versicherte		
2010	2 201 315	221 480
2012	2 357 729	209 774
Hochrechnung		
2010	6 656 056	680 472
2012	7 087 619	629 715
Analyse Diagnosequalität/Inanspruchnahme (Kapitel 16)		
2011/12 (nur AOK)	–	177 305

Versorgungs-Report 2015/2016

WldO

Episode (F32/F32.x) ausgeschlossen. Zudem wurden Patienten ausgeschlossen, bei denen im Berichtsjahr eine rezidivierende depressive Störung (F33/F33.x) dokumentiert worden war.

Alle eingeschlossenen Patienten mussten im Analysezeitraum ununterbrochen bei der AOK versichert sein. Je nach Analysemodus waren die geforderten Versicherungszeiten unterschiedlich:

- Prävalenzanalyse: zwei Jahre durchgehend bei der AOK versichert (Berichtsjahr und wegen möglicher einstreuer Fälle auch im Vorjahr); Sterbefälle des Berichtsjahrs eingeschlossen.
- Inzidenzanalyse: vier Jahre durchgehend bei der AOK versichert (Berichtsjahr und drei Vorjahre); Sterbefälle des Berichtsjahrs eingeschlossen.

Zur Berechnung der Jahresprävalenzen und -inzidenzen der Jahre 2010 und 2012 wurden vier verschiedene Untersuchungspopulationen gebildet. Für diese vier Populationen wurde jeweils ein Mindestalter von 18 Jahren am 1. 1. des Aufgreifjahres gefordert. Die Anzahl der jeweils eingeschlossenen Patienten ist in Tabelle 15–2 dargestellt.

15.2.2 Schweregraddefinition bei den Prävalenz- und Inzidenzanalysen

Jede Person des Prävalenzkollektivs wurde eindeutig einem von fünf Schweregraden zugeordnet, beim Inzidenzkollektiv waren es vier Schweregrade (Tabelle 15–1). Lagen unterschiedliche Diagnosen im Berichtsjahr einschließlich des individuellen retrospektiven Diagnosevalidierungszeitraums vor, wurde der Patient der Diagnosegruppe mit der jeweils höchsten Priorität zugeordnet (Kategorie 1 bezeichnet die höchste, Kategorie 4 bzw. 5 die niedrigste Priorität). Die Priorität wurde dabei nach der Schwere der Krankheitssymptomatik bestimmt (schwerere Symptomatik hatte eine höhere Priorität als leichtere Symptomatik) sowie nach der Spezifizierung der Diagnosen (spezifische Diagnosen hatten eine höhere Priorität als unspezifische Diagnosen). Bei der hierarchischen Einordnung der Dysthymie musste eine Abwägung zwischen der Dauer der Erkrankung (in der Regel länger als einzelne depressive Episoden) und der Schwere der Symptomatik (in der Regel leichter als bei de-

pressiven Episoden) getroffen 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 2009). Wegen ihres chronischen, über mehrere Jahre andauernden Verlaufs ist die Dysthymie für die Betroffenen jedoch trotzdem mit beträchtlichen subjektiven Leiden und Beeinträchtigungen verbunden.

Durch die Schweregradeinstufung anhand der Diagnose mit der höchsten Priorität könnte bei Kodierung unterschiedlicher Schweregrade eventuell eine leichte Verzerrung in Richtung höherer Krankheitschwere entstehen, wenn die schwerere Diagnose irrtümlich gestellt wurde. Eine Fehlkodierung bei leichteren Formen fällt dagegen nicht ins Gewicht.

15.3 Ergebnisse

15.3.1 Administrative Prävalenz depressiver Erkrankungen

Für das Jahr 2012 wurde eine Prävalenzrate depressiver Erkrankungen von 12,0% ermittelt. Die Depressionsprävalenz war bei Frauen mit 15,8% gut doppelt so hoch wie bei Männern mit 7,9%. Bei beiden Geschlechtern stieg die Depressionsprävalenz mit zunehmendem Alter nahezu kontinuierlich an und erreichte in der Altersgruppe der 60- bis 64-Jährigen ihren ersten Gipfel (Frauen 21,6%, Männer 11,8%; Abbildung 15–1). Nach dem Eintritt in das Rentenalter ging die Depressionsprävalenz zunächst etwas zurück, stieg aber mit fortschreitendem Alter wieder an und erreichte einen zweiten Gipfel bei Frauen in der Altersgruppe 85 bis 89 Jahre (23,4%) sowie bei Männern in der Altersgruppe 90 bis 94 Jahre (13,7%).

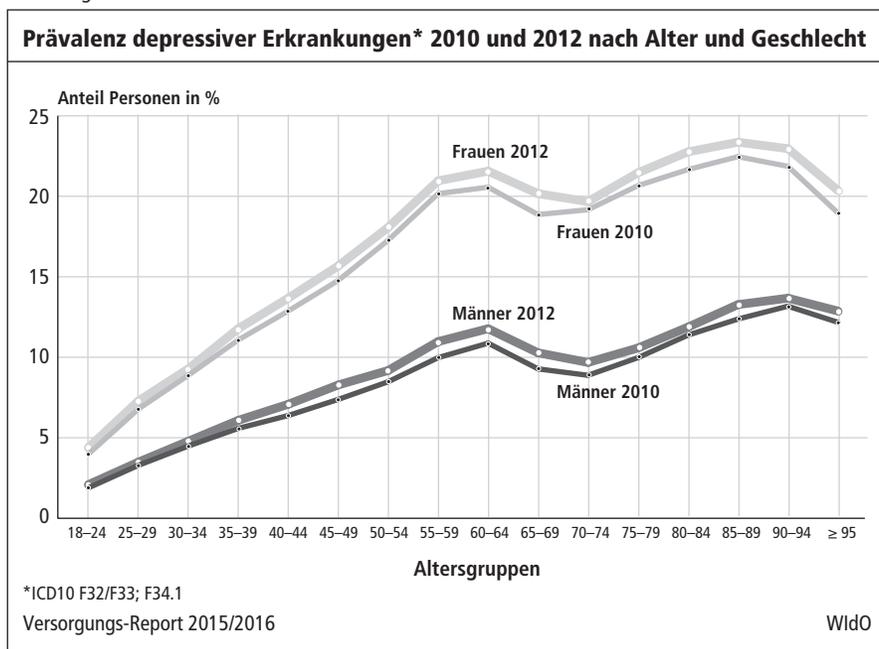
Im Jahr 2010 lag die dokumentierte Prävalenz depressiver Erkrankungen noch bei 11,1%. Von 2010 bis 2012 war somit ein Prävalenzanstieg um 7,4% zu verzeichnen (Tabelle 15–3⁴). Dabei fiel die Prävalenzzunahme bei den Männern stärker als bei den Frauen aus (10% vs. 6%).

Die Analyse der 2012 dokumentierten Depressionsdiagnosen nach dem Schweregrad (Tabelle 15–3) zeigt, dass bei 52% der Patienten mit Depression nur unspezifische Diagnosen vergeben wurden (F32/33, F32/33.8/9) oder eine gegenwärtig remittierte rezidivierende Depression (F33.4) vorlag. Unter den spezifischen Depressionsdiagnosen waren mittelgradige und schwere Depressionen am häufigsten (F32/33.1: 22,7%, F32/33.2/3: 16,2% aller Personen mit Depressionsdiagnose im Jahr 2012). Am seltensten wurden leichte Depressionen (F32/33.0: 6,6%) kodiert.

Betrachtet man den Anteil der einzelnen Schweregrade an allen depressiven Erkrankungen und vergleicht dabei die Jahre 2010 und 2012, so fällt auf, dass der Anteil dysthymer Störungen und schwerer Depressionen weitgehend unverändert

⁴ Die in der Tabelle aufgeführten Prävalenzdaten des Jahres 2010 (Anzahl der Personen mit Zielerkrankung) unterscheiden sich geringfügig von den im Versorgungs-Report 2013/2014 für dieses Jahr publizierten Daten. Der Grund dafür liegt in einer veränderten Berechnungslogik der Permanent-Versicherung und den bei Routinedaten üblichen laufenden Aktualisierungen.

Abbildung 15-1



geblieben ist, während der Anteil sonstiger Depressionen leicht zurückgegangen ist (von 55,9 auf 52,0%) und der Anteil leichter und mittelschwerer Depressionen etwas angestiegen ist (von 5,7/19,8 auf 6,6/22,7%).

Betrachtet man die Veränderung der Depressionsprävalenz von 2010 auf 2012 (Tabelle 15-3), so zeigt sich, dass die Zunahme der Gesamtprävalenz vor allem

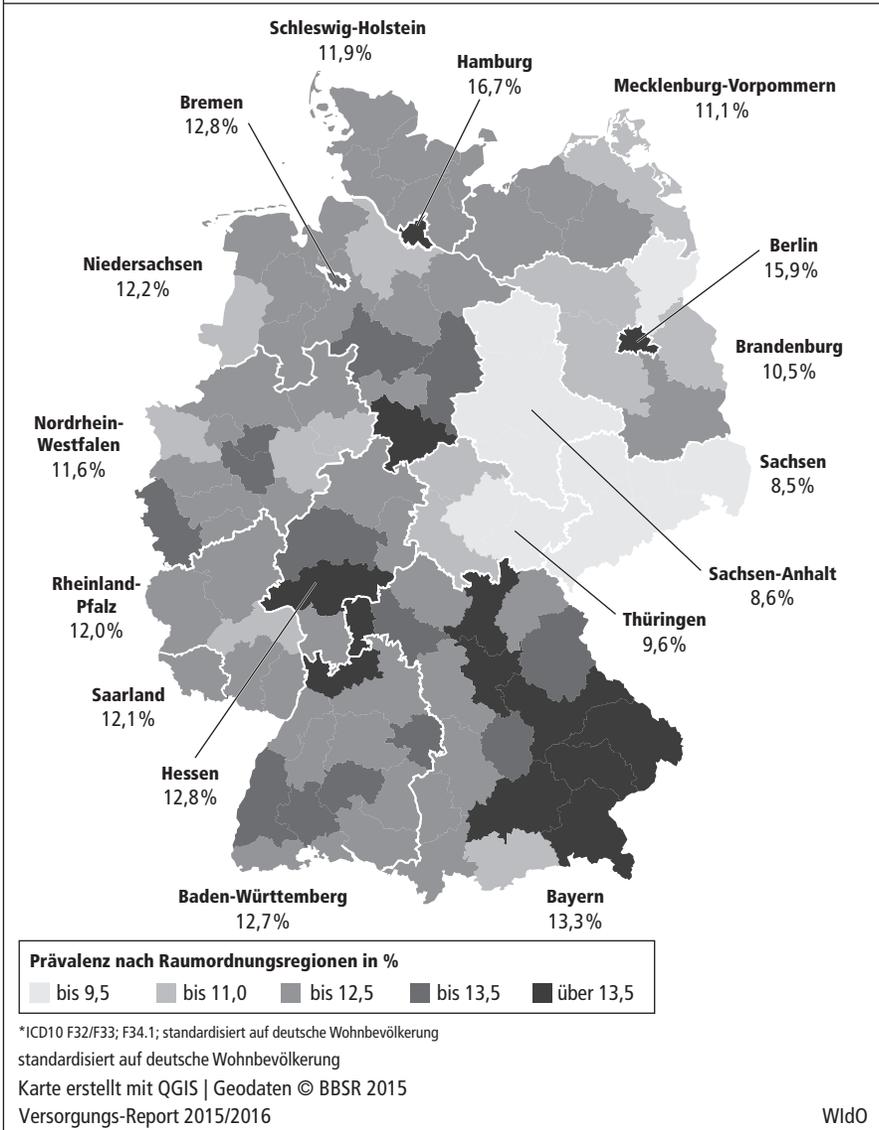
Tabelle 15-3

Prävalenz depressiver Erkrankungen 2010 und 2012 nach Schweregrad (standardisiert)

Schweregrad nach ICD-10	Anzahl (und prozentualer Anteil) der Personen mit Zielerkrankung		Prävalenzrate		Veränderung der Prävalenzrate 2010-2012
	2010	2012	2010	2012	
Schwer (F32.2; F33.2 sowie F32.3; F33.3)	1 074 742 (16,1%)	1 145 095 (16,2%)	1,8%	2,0%	7,6%
Mittel (F32.1; F33.1)	1 319 081 (19,8%)	1 610 573 (22,7%)	2,2%	2,8%	23,0%
Leicht (F32.0; F33.0)	379 488 (5,7%)	470 786 (6,6%)	0,6%	0,8%	25,0%
Sonstige (F32; F32.8, F32.9; F33; F33.8; F33.9; F33.4)	3 721 769 (55,9%)	3 685 170 (52,0%)	6,2%	6,1%	-0,2%
Dysthymie F34.1	160 976 (2,4%)	175 995 (2,5%)	0,3%	0,3%	10,2%
Insgesamt	6 656 056 (100%)	7 087 619 (100%)	11,1%	12,0%	7,4%

Abbildung 15-2

Prävalenz depressiver Erkrankungen* nach Raumordnungsregionen und pro Bundesland 2012



auf eine Zunahme leichter und mittelschwerer Depressionen (+25,0% bzw. +23,0%) zurückzuführen ist. Schwere Depressionen und Dysthymien haben dagegen im Beobachtungszeitraum deutlich weniger zugenommen (+7,6 bzw. +10,2%). Bei den unspezifischen Depressionen findet sich sogar ein leichter Rückgang (-0,2%).

Abbildung 15–2 zeigt, dass es in Deutschland große regionale Unterschiede in der Depressionsprävalenz gibt. So ist die Prävalenzrate in den Stadtstaaten und allen alten Bundesländern teilweise deutlich höher als in den neuen Bundesländern. Die Streuung der Depressionsprävalenz über die Raumordnungsregionen reicht von 6,7% in der Region Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg bis 16,7% in Hamburg.

15.3.2 Administrative Inzidenz depressiver Erkrankungen

Im Jahr 2012 wurde bei 1,1% der Erwachsenen ab 18 Jahren erstmals eine depressive Episode diagnostiziert. Die Inzidenz lag bei Frauen (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 15–3). Danach ging sie bis zum Alter von 65 bis 69 Jahren zunächst zurück (1,0%), stieg dann aber wieder an und erreichte bei den 85- bis 89-Jährigen einen zweiten Höhepunkt (2,0%).

Betrachtet man die inzidenten Fälle des Jahres 2012 in Abhängigkeit vom Schweregrad der Depression (Tabelle 15–4), so sind über die Hälfte aller inzidenten Fälle (51,8%) sonstige oder nicht näher bezeichnete depressive Episoden (F32.8/9;

Abbildung 15–3

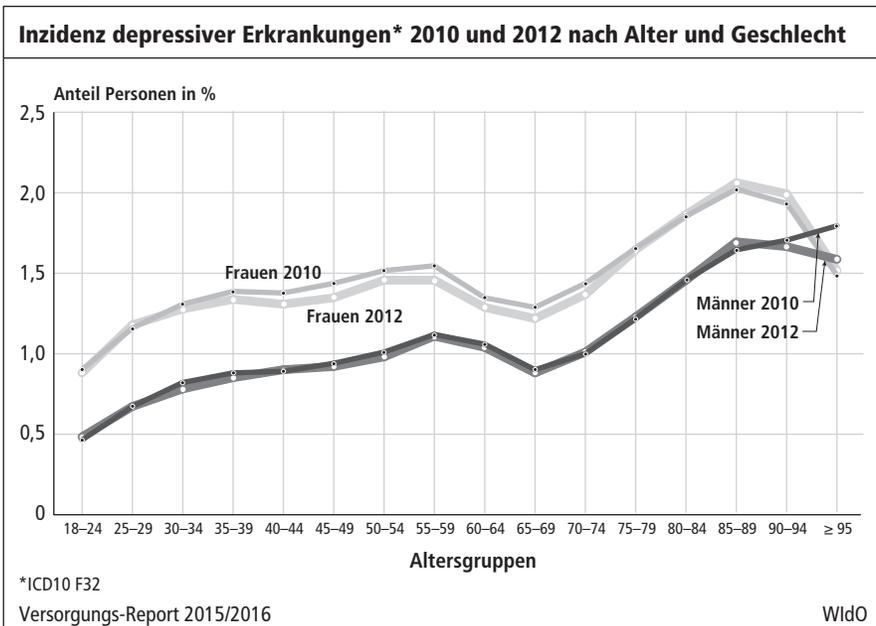


Tabelle 15–4

Inzidenz depressiver Erkrankungen 2010 und 2012 nach Schweregrad (standardisiert)

Schweregrad nach ICD-10	Anzahl (und prozentualer Anteil) der Personen mit Zielerkrankung		Inzidenzrate		Veränderung der Inzidenzrate 2010–2012
	2010	2012	2010	2012	
Schwer (F32.2; F32.3)	86 587 (12,7 %)	79 966 (12,7 %)	0,15 %	0,15 %	–1,4 %
Mittel (F32.1)	153 608 (22,6 %)	159 180 (25,3 %)	0,26 %	0,29 %	10,2 %
Leicht (F32.0)	57 566 (8,5 %)	64 468 (10,2 %)	0,10 %	0,11 %	18,1 %
Sonstige (F32; F32.8; F32.9)	382 711 (56,2 %)	326 101 (51,8 %)	0,65 %	0,58 %	–9,8 %
Insgesamt	680 472 (100 %)	629 715 (100 %)	1,16 %	1,14 %	–1,8 %

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

F32). Alle anderen Fälle wurden spezifisch kodiert: leichte depressive Episoden waren darunter mit 10,2% relativ selten, mittelschwere Fälle mit 25,3% am häufigsten. Schwere depressive Erstepisoden fanden sich bei 12,7% der Patienten.

Im Zeitverlauf betrachtet ist die Rate der in den Routinedaten dokumentierten depressiven Neuerkrankungen weitgehend unverändert geblieben (2010: 1,16%, 2012: 1,14%). Auch in der alters- und geschlechtsspezifischen Analyse fanden sich kaum Unterschiede in den Inzidenzraten der Jahre 2010 und 2012 (Abbildung 15–3).

Bei den vier Schweregraden verlief die Entwicklung der Inzidenzraten allerdings unterschiedlich. So fand sich eine Abnahme der Inzidenz bei den unspezifischen Diagnosen (–9,8%) und eine Zunahme bei den leichten und mittelschweren Episoden (+18,1% bzw. +10,2%). Dagegen blieb die Inzidenzrate schwerer depressiver Episoden weitgehend unverändert (–1,4%, Tabelle 15–4).

15.4 Diskussion

15.4.1 Entwicklung der Prävalenz depressiver Erkrankungen

Die administrative Prävalenz unipolarer Depressionen bei Erwachsenen wurde bereits im letzten Versorgungsreport untersucht, wobei Werte von 9,3% für 2007 bzw. 11,1% für 2010 ermittelt wurden (Gerste und Roick 2014). Die vorliegende Analyse, die ebenfalls auf AOK-Daten beruht, zeigt nun, dass die administrative Prävalenz seitdem weiter gestiegen ist und 2012 einen Wert von 12,0% erreicht hat. In anderen routinedatenbasierten Studien, die sich auf einen ähnlichen Beobachtungszeitraum bezogen, wurden vergleichbare Prävalenzraten ermittelt. So stellten Erhart und Stillfried (2012) für die Population der erwachsenen GKV-Versicherten mit Vertragsarztkontakt im Jahr 2007 eine dokumentierte Depressionsprävalenz von 10,2% fest, während Melchior et al. (2014) auf Basis von IKK- und BKK-Daten für das Jahr 2011 eine auf die GKV standardisierte administrative Prävalenz von 11,6% fanden.

Der seit Jahren zu beobachtende nahezu kontinuierliche Anstieg der dokumentierten Depressionsprävalenz deutet darauf hin, dass die ärztliche Sensitivität für das Erkennen depressiver Erkrankungen, aber auch die Bereitschaft der Betroffenen, professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, deutlich gewachsen sind (Jacobi 2009). Dafür spricht auch die aktuelle DEGS1-MH-Studie, die Hinweise auf eine verbesserte Behandlungsrate depressiver Erkrankungen gefunden hat (Wittchen und Jacobi 2012).

Während die dokumentierte Depressionsprävalenz von 2007 bis 2010 insgesamt noch um 19,3% anstieg (6,4% pro Jahr) (Gerste und Roick 2014), ließ sich von 2010 bis 2012 nur noch ein Anstieg von insgesamt 7,4% beobachten (3,7% pro Jahr). Die verlangsamte Prävalenzzunahme könnte darauf hindeuten, dass in der Diagnostik depressiver Störungen nach und nach ein Sättigungseffekt erreicht wird und dass das aus älteren Studien noch bekannte Phänomen der Unterdiagnostik depressiver Störungen (Wittchen und Pittrow 2002; Jacobi et al. 2002; Sielk et al. 2009) zunehmend an Bedeutung verliert.

Für letztere Vermutung spricht auch, dass in der jüngsten repräsentativen Befragung der deutschen Allgemeinbevölkerung anhand standardisierter Diagnosekriterien keine höhere, sondern sogar eine deutlich niedrigere Depressionsprävalenz beobachtet wurde. So 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 (Jacobi et al. 2015; Jacobi et al. 2014). In routinedatenbasierten Analysen wurden dagegen im gleichen Zeitraum administrative Prävalenzraten von 11,1 bis 11,6% festgestellt (Gerste und Roick 2014; Melchior et al. 2014).

Diese erhebliche Diskrepanz ist vermutlich teilweise auf methodische Unterschiede zwischen den erwähnten routinedatenbasierten Analysen und der bevölkerungsbasierten Befragung zurückzuführen (u. a. Einschluss aller Versicherten ab 18 Jahren versus altersbegrenzte Befragung von 18- bis 79-Jährigen). Es ist jedoch fraglich, ob die im Vergleich zu standardisierten Bevölkerungsbefragungen um über ein Drittel höhere Depressionsprävalenz in routinedatenbasierten Analysen allein auf methodische Unterschiede zurückzuführen ist. Möglicherweise hat die wachsende Awareness von Ärzten und Patienten in den letzten Jahren 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 eigentlich eine subklinische Symptomatik aufweisen. Ein Indiz dafür könnte sein, dass sich von 2010 bis 2012 die stärkste Zunahme der administrativen Prävalenz bei den leichten Depressionen fand (+25%). Dass zwischen den Ergebnissen routinedatenbasierter Prävalenzanalysen und repräsentativer Bevölkerungsbefragungen erhebliche und bislang nicht hinreichend aufgeklärte Unterschiede bestehen, verdeutlicht auch die Tatsache, dass in routinedatenbasierten Studien seit Jahren ein kontinuierlicher Prävalenzanstieg beobachtet wird, während die Ergebnisse von Bevölkerungsbefragungen dafür sprechen, dass sich die tatsächliche Prävalenz depressiver Störungen im Zeitverlauf nicht verändert hat (Wittchen et al. 2011; Richter und Berger 2013; Jacobi et al. 2015; Jacobi et al. 2014; Jacobi et al. 2013; Baxter et al. 2014).

15.4.2 Depressionsprävalenz in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Krankheitsschwere

Ein Ergebnis, das sich zwischen routinedatenbasierten Analysen und Bevölkerungsbefragungen nicht unterscheidet, ist die Beobachtung, dass unipolare Depressionen bei Frauen etwa doppelt so häufig auftreten wie bei Männern (Erhart und Stillfried 2012; Melchior et al. 2014; Jacobi et al. 2015; Jacobi et al. 2014). Die vorliegende Untersuchung bestätigt diesen Zusammenhang. Sie zeigt aber darüber hinaus auch, dass die administrative Depressionsprävalenz von 2010 auf 2012 bei Männern stärker als bei Frauen zugenommen hat. Von Männern ist bekannt, dass sie größere Probleme als Frauen haben, mit einem Arzt über ihre seelische Verfassung zu sprechen (Stiehler und Weißbach 2013). Gleichzeitig stehen bei depressiv erkrankten Männern oft andere Symptome als bei Frauen im Vordergrund (Martin et al. 2013). Die beobachtete stärkere Zunahme der administrativen Depressionsprävalenz bei Männern ist daher ein Indiz dafür, dass die Erkrankung durch die gewachsene Awareness für depressive Verstimmungen auch bei Männern zunehmend besser diagnostiziert wird.

Die vorliegende Analyse von AOK-Daten zeigt in Übereinstimmung mit anderen routinedatenbasierten Analysen, dass die administrative Depressionsprävalenz im jungen Erwachsenenalter (18- bis 24 Jahre) am niedrigsten ist (Gerste und Roick 2014; Erhart und von Stillfried 2012; Melchior et al. 2014). Später steigt sie kontinuierlich an, bis sie um das 60. Lebensjahr einen ersten Gipfel erreicht. Danach geht die Depressionsprävalenz für einige Jahre leicht zurück, steigt aber mit fortschreitendem Alter wieder an. Im Alter von etwa 85 bis 90 Jahren wird schließlich die höchste administrative Depressionsprävalenz erreicht. Dieser in Routinedatenanalysen wiederholt bestätigte Altersverlauf (Gerste und Roick 2014; Erhart und Stillfried 2012; Melchior et al. 2014) steht im Widerspruch zu dem in bevölkerungsbasierten Befragungen beobachteten Altersverlauf. So wurde in der DEGS1-MH-Studie die höchste Jahresprävalenz unipolarer Depressionen bei 18- bis 34-Jährigen beobachtet und die niedrigste Prävalenz bei 65- bis 79-Jährigen (Jacobi et al. 2015). In einer methodisch weitgehend vergleichbaren Voruntersuchung von 1998/99 war das noch nicht so: Hier war die Depressionsprävalenz bei den 18- bis 29-Jährigen am niedrigsten und bei den 40- bis 49-Jährigen sowie den 50- bis 65-Jährigen am höchsten bzw. zweithöchsten (Menschen über 65 wurden damals nicht untersucht) (Wittchen et al. 2010). Die Wissenschaftler von DEGS1-MH schließen daraus, dass jüngere Menschen in den letzten Jahren vulnerabler für depressive Erkrankungen geworden seien (Ballwieser 2012). Erstaunlich ist jedoch, dass sich dieser Befund in den Routinedaten nicht wiederfindet, sondern dass hier eher Menschen um das 60. Lebensjahr und Menschen im hohen Lebensalter (85+, die in beiden bevölkerungsbasierten Befragungen nicht erfasst wurden) als besonders depressionsgefährdet erscheinen. Möglicherweise nehmen jüngere Menschen mit einer depressiven Störung seltener medizinische Versorgung in Anspruch als ältere depressiv Erkrankte. Dagegen spricht aber die oben diskutierte Beobachtung, dass die in Routinedaten dokumentierte Depressionsprävalenz bereits deutlich über der in repräsentativen Befragungen ermittelten Prävalenz liegt.

Wie die vorliegende Analyse zeigt, erhielt im Jahr 2012 über die Hälfte aller Patienten mit einer unipolaren Depression keine nach dem Schweregrad ihrer Er-

krankung spezifizierten Diagnosen. Ein ganz ähnliches Ergebnis fand sich auch im Faktencheck Gesundheit (Melchior et al. 2014). Erhart und Stillfried (2012), die im Gegensatz zu den beiden vorgenannten Studien keine stationären Diagnosedaten nutzen konnten, stellten sogar fest, dass knapp zwei Drittel aller Depressionspatienten nur unspezifische Diagnosen erhielten. Die vorliegende Analyse zeigt jedoch, dass der Anteil unspezifischer Depressionsdiagnosen an allen Depressionsdiagnosen von 2010 bis 2012 leicht zurückgegangen ist, während der Anteil spezifischer Kodierungen leicht gestiegen ist. Das deutet darauf hin, dass sich Ärzte und Psychotherapeuten in den letzten Jahren zunehmend um eine spezifische Kodierung der Depressionsschwere bemüht haben.

Die vorliegende Untersuchung bestätigt zudem die Ergebnisse früherer routinedatenbasierter Analysen, die übereinstimmend zeigen, dass unter den spezifischen Depressionsdiagnosen mittelgradige Episoden am häufigsten dokumentiert werden, gefolgt von schweren Episoden (Gerste und Roick 2014; Erhart und Stillfried 2012; Melchior et al. 2014). 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).

Nur bei 2,5% aller Patienten mit einer unipolaren Depression wurde im Jahr 2012 eine Dysthymie dokumentiert. Im Faktencheck Gesundheit lag der Anteil der Dysthymie-Patienten bei 7% (Melchior et al. 2014). Diese moderate Diskrepanz erklärt sich wahrscheinlich dadurch, dass im Faktencheck Gesundheit nur eine Dysthymie-Diagnose im Beobachtungsjahr gefordert wurde, während in der vorliegenden Untersuchung zur Validierung einer ambulanten Diagnose eine zweite Dysthymie-Diagnose in einem anderen Quartal gefordert wurde. Durch das Validierungskriterium konnten somit in der vorliegenden Untersuchung weniger Patienten mit einer Dysthymie gezählt werden als im Faktencheck Gesundheit. Bemerkenswert ist jedoch, dass in der DEGS1-MH-Studie der Anteil der unipolar Depressiven, bei denen eine Dysthymie diagnostiziert wurde, mit 21% deutlich höher als in den beiden Routinedatenanalysen war (Jacobi et al. 2015). Diese Diskrepanz könnte darauf hindeuten, dass der chronische Verlauf und die Schwere depressiver Symptomatik in der Routineversorgung nicht immer angemessen berücksichtigt werden und statt einer Dysthymie eher eine nicht näher bezeichnete depressive Episode kodiert wird.⁵

⁵ In der vorliegenden Studie wurde, ebenso wie im Faktencheck Gesundheit, eine Diagnosehierarchie verwendet, die beim Vorliegen unterschiedlicher unipolarer Depressionsdiagnosen den Patienten der Diagnose mit dem höheren Schweregrad zuordnete. Dadurch wurden Patienten mit einer Double Depression (Vorliegen einer Dysthymie und einer Episode einer Major Depression) der Major Depression zugeordnet. In der DEGS1-MH-Studie wurde dagegen keine Diagnose-Hierarchie verwendet, sodass Patienten mit einer Double Depression im Beobachtungszeitraum beiden Krankheitsbildern (Dysthymie und Major Depression) zugeordnet wurden. Nur bei der Gesamtprävalenz unipolarer Depressionen wurden Patienten mit Double Depression nur einmal berücksichtigt. Deshalb addieren sich in DEGS1-MH die Prävalenzraten für die Dysthymie (1,7%) und die Major Depression (6,8) auf einen Wert, der höher ist als die Gesamtprävalenz unipolarer Depressionen (8,2%) (Jacobi et al. 2015). Durch diesen methodischen Unterschied muss der Dysthymieanteil in den routinedatenbasierten Analysen zwangsläufig etwas unter dem Dysthymie-Anteil in DEGS1-MH liegen. Allerdings sollte der Unterschied weniger drastisch als tatsächlich beobachtet ausfallen, da die Prävalenzrate der Double Depression nach Angaben der DEGS1-MH Autoren nur bei 0,3% liegt (Wittchen und Jacobi 2012).

15.4.3 Regionale Unterschiede in der Depressionsprävalenz

Die vorliegende Analyse zeigt – ebenso wie bereits der Versorgungs-Report 2013/2014 (Gerste und Roick 2014) – große regionale Unterschiede in der administrativen Depressionsprävalenz. So streuten die regionalen Prävalenzwerte von 6,7% in der Region Anhalt-Bitterfeld-Wittenberg bis zu 16,7% in Hamburg. Auch im Faktencheck Gesundheit wurden regionale Unterschiede mit einer ähnlich breiten Streuung beobachtet (Melchior et al. 2014).

Wie bereits im Versorgungs-Report 2013/2014 (Gerste und Roick 2014) dargestellt war auch in der vorliegenden Untersuchung die administrative Depressionsprävalenz in den neuen Bundesländern niedriger als in den alten Bundesländern und den Stadtstaaten. Bereits im Bundesgesundheitsurvey 1998 wurde festgestellt, dass die Jahresprävalenz unipolarer Depressionen in den neuen Bundesländern deutlich niedriger als in den alten Bundesländern ist (Jacobi et al. 2004). Eine Analyse von Vertragsarztdateen des Jahres 2004 ergab, dass diese Unterschiede auch unter Kontrolle von sozialen Einflussfaktoren und Arbeitslosigkeit bestehen bleiben (Bramesfeld et al. 2010). Die DEGS1-MH-Studie wurde hinsichtlich der regionalen Unterschiede in der Depressionsprävalenz noch nicht abschließend ausgewertet, zeigt aber bereits, dass die Prävalenz affektiver Störungen in Regionen mit über 500 000 Einwohnern signifikant erhöht ist (Jacobi et al. 2015). Auch eine Untersuchung von Vertragsarztdateen des Jahres 2007 belegt eine höhere Depressionsprävalenz in den alten Bundesländern und in kernstädtischen Regionen (Erhart und Stillfried 2012). Unter Kontrolle sozialer und arbeitsmarktbedingter Einflussfaktoren sowie der Leistungserbringerdichte bestand in dieser Analyse allerdings nur noch eine signifikant höhere Depressionsprävalenz in ländlichen und verdichteten Umlandregionen der alten Bundesländer. Gleichzeitig zeigt diese Studie auch, dass die Depressionsprävalenz in Regionen mit hoher Dichte an Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten signifikant größer ist. Die hohe Leistungserbringerdichte könnte nach Erhart und Stillfried auch 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, der Anteil leichter Depressionen war jedoch schwach mit der Anbieterdichte assoziiert.

Auch im Faktencheck Gesundheit wurde ein mittelstarker positiver Zusammenhang zwischen der administrativen Depressionsprävalenz und der Dichte an Hausärzten, psychiatrischen Fachärzten und Psychotherapeuten festgestellt (Melchior et al. 2014). Dagegen fand sich kein bedeutsamer Zusammenhang zwischen der regionalen Depressionsprävalenz und der Dichte psychiatrischer Krankenhausbetten.

15.4.4 Inzidenz depressiver Erkrankungen

Die administrative Inzidenzrate depressiver Erkrankungen lag 2012 bei 1,14% und war damit im Vergleich zu 2010 (1,16%) weitgehend unverändert, aber etwas höher als noch 2007 (0,96%) (Gerste und Roick 2014). Insgesamt hat die Inzidenz depressiver Episoden von 2007 bis 2012 um 19,0% zugenommen, während die Prävalenz unipolarer Depressionen im gleichen Zeitraum mit 28,2% noch etwas stärker zuge-

nommen hat. Diese Diskrepanz erklärt sich zum Teil dadurch, dass dysthyme Störungen, die von 2007 bis 2012 zunehmend in den Routinedaten dokumentiert wurden, zwar in der Prävalenzanalyse, aber nicht in der Inzidenzanalyse erfasst wurden. Allerdings machen dysthyme Störungen nur einen kleinen Teil der unipolaren Depressionen aus, sodass ihre Zunahme nicht allein den stärkeren Anstieg der Prävalenzrate erklären kann. Der Hauptgrund für die stärkere Zunahme der Prävalenzrate liegt wahrscheinlich darin, dass – entsprechend dem chronisch rezidivierenden Verlauf depressiver Erkrankungen – die Mehrheit der in früheren Jahren inzident Erkrankten über einen relativ langen Zeitraum weiter medizinisch versorgt wird und so in den Folgejahren der Gruppe der prävalenten Fälle zuzuordnen ist. Eine steigende Neuerkrankungsrate kann so bei chronisch rezidivierenden Krankheitsverläufen zu einer noch deutlicher steigenden Prävalenzrate führen.

Die Nationale Versorgungsleitlinie Depression gibt eine jährliche Inzidenzrate unipolarer Depressionen von 1 bis 2% an (DGPPN 2009; DGPPN 2015). In einer großen kanadischen Studie wurde für einen Zwei-Jahres-Zeitraum eine Inzidenzrate der Major Depression von 2,9% ermittelt (Wang et al. 2010). Eine aktuelle Metaanalyse von bevölkerungsrepräsentativen Studien, in denen die Depression mit standardisierten Diagnosekriterien erfasst wurde, fand analog dazu eine gepoolte jährliche Inzidenz der Major Depression von 3,0% (Ferrari et al. 2013). Die in der vorliegenden routinedatenbasierten Studie ermittelte Inzidenzrate liegt etwas unter den Ergebnissen der internationalen Studien, aber innerhalb des von der Nationalen Versorgungsleitlinie angegebenen Inzidenzbereichs.

Wie bereits im Versorgungs-Report 2013/2014 (Gerste und Roick 2014) war die administrative Inzidenzrate depressiver Episoden auch in der vorliegenden Untersuchung bei Frauen wieder deutlich höher als bei Männern. Sowohl 2010 als auch 2012 erhielt über die Hälfte aller Patienten mit einer dokumentierten inzidenten Depression nur unspezifische Diagnosen. Unter den spezifischen Depressionsdiagnosen waren mittelgradige Episoden am häufigsten und leichte am seltensten. Damit passen die Ergebnisse der Inzidenzanalyse gut zu den bereits diskutierten Erkenntnissen aus der Prävalenzanalyse, wo ebenfalls ein deutliches Überwiegen des weiblichen Geschlechts sowie ein Überwiegen der unspezifischen Diagnosen beobachtet wurden. Unter den spezifischen Depressionsdiagnosen entfiel auch in der Prävalenzanalyse der größte Anteil auf die mittelgradigen Episoden.

Bei Betrachtung der schweregradspezifischen Inzidenzraten im Zeitverlauf fällt auf, dass die Dokumentation inzidenter unspezifischer Depressionen, die von 2007 auf 2010 noch um 7,3% zugenommen hatte (Gerste und Roick 2014), von 2010 auf 2012 um 9,8% zurückgegangen ist. Dagegen fand sich bei den leichten depressiven Episoden die stärkste Zunahme der Inzidenzrate, und dies sowohl von 2007 auf 2010 als auch von 2010 auf 2012. Die vorliegenden Ergebnisse weisen somit darauf hin, dass in der Routineversorgung in den letzten Jahren zunehmend spezifische Depressionsdiagnosen vergeben wurden und dass insbesondere leichte Depressionen zunehmend erkannt und dokumentiert wurden.

Die altersbezogene Analyse der Inzidenz zeigte 2012 – genau wie bereits 2010 (Gerste und Roick 2014) – einen zweigipfligen Verlauf mit den niedrigsten Inzidenzraten im jungen Erwachsenenalter und den höchsten Inzidenzraten im sehr hohen Lebensalter (85 bis 89 Jahre). Epidemiologische Studien sprechen jedoch dafür, dass die ersten depressiven 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). Nach Wittchen et al. liegt das mittlere Ersterkrankungsalter bei der Depression zwischen dem 25. und 30. Lebensjahr (Wittchen et al. 2010). Für Patienten aus deutschen Hausarztpraxen wurde ein mittleres Ersterkrankungsalter von 34 Jahren errechnet (Wittchen und Pittrow 2002). Die Diskrepanz zwischen diesen befragungsbasierten Ergebnissen und den vorliegenden routinedatenbasierten Erkenntnissen könnte darauf hindeuten, dass viele Menschen nicht beim ersten Auftreten einer klinisch relevanten Depressionssymptomatik, sondern erst bei späteren Episoden gezielt wegen dieser Beschwerden Kontakt zum medizinischen Versorgungssystem aufnehmen. Möglicherweise ist die dokumentierte Inzidenz der Depression aber auch deshalb im Alter höher, weil dann der Arzt aufgrund körperlicher Beschwerden häufiger aufgesucht werden muss und dabei auch depressive Begleiterkrankungen diagnostiziert werden.

15.4.5 Allgemeine Limitationen der vorliegenden Untersuchung

Die vorliegenden Analysen basieren auf zu Abrechnungszwecken generierten Daten. Sie vermitteln deshalb nur Informationen über Menschen, die medizinische Versorgung in Anspruch genommen haben und deren depressive Erkrankung auch in den Abrechnungsdaten kodiert wurde. Da die Depressionsdiagnosen nicht nach einheitlichen Kriterien erhoben wurden, ist 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.

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 der Versicherten bei unterschiedlichen Krankenkassen fehlen.

Eine weitere Limitierung der vorliegenden Untersuchung besteht schließlich darin, dass die Daten zur Behandlung in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) größtenteils nicht berücksichtigt werden konnten.⁶ Dadurch könnte die dokumentierte Depressionsprävalenz und -inzidenz in der vorliegenden Untersuchung unterschätzt werden. Allerdings würde sich das Fehlen von Daten aus PIAs nur auf die

6 Die technischen Standards zur elektronischen Übermittlung von PIA-Abrechnungsdaten an die Krankenkassen waren im Berichtszeitraum (2010 bis 2012) noch nicht etabliert, die Datenübermittlung begann erst 2012. Eine flächendeckende Auswertung von PIA-Daten war erst ab 2013 möglich. Nur aus den PIAs, die nach EBM abrechneten, waren im Untersuchungszeitraum Leistungs- und Diagnosedaten im hier untersuchten Datenpool verfügbar. Diese PIA-Daten waren jedoch nicht als solche erkennbar, da mit den vorliegenden Informationen des Datenkranzkes nach § 295 SGB V nicht rekonstruierbar ist, ob ein Abrechnungsfall aus einer PIA stammt.

ermittelten Prävalenz- und Inzidenzraten auswirken, wenn die Depressionsdiagnose im gesamten Berichtsjahr weder im stationären Bereich auftrat noch im vertragsärztlichen Bereich entsprechend den Validierungskriterien kodiert wurde.

15.5 Zusammenfassung und Ausblick

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass die administrative Prävalenz unipolarer Depressionen von 2010 bis 2012 weiter gestiegen ist. Die stärkste Zunahme fand sich bei den leichten Depressionen. Unipolare Depressionen wurden bei Frauen weiterhin etwa doppelt so häufig wie bei Männern kodiert, im Zeitverlauf nahm die Depressionsprävalenz bei den Männern jedoch stärker zu als bei den Frauen. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass die Awareness von Ärzten und Patienten für depressive Symptome insgesamt gewachsen ist und depressive Verstimmungen nun auch bei Männern zunehmend besser diagnostiziert werden.

Über die Hälfte aller Patienten mit einer unipolaren Depression erhielt 2012 keine nach dem Schweregrad ihrer Erkrankung spezifizierte Diagnose. Der Anteil unspezifischer Depressionsdiagnosen ging aber von 2010 bis 2012 leicht zurück, während der Anteil spezifischer Kodierungen leicht gestiegen ist. Das zeigt, dass sich Ärzte und Psychotherapeuten in den letzten Jahren zunehmend um eine spezifische Kodierung der Depressionsschwere bemüht haben.

Da die vorliegende Untersuchung auf Routinedaten basiert, hat sie jedoch nur eine begrenzte Aussagekraft und wirft einige neue Forschungsfragen auf, die idealerweise in einer Kombination aus Routinedatenanalysen und Befragungen von Patienten und Leistungsanbietern untersucht werden sollten. Künftige Studien sollten sich insbesondere damit auseinandersetzen, warum die in routinedatenbasierten Analysen festgestellten Depressionsprävalenzen mittlerweile deutlich höher sind als die in standardisierten Bevölkerungsbefragungen ermittelten Prävalenzraten. Dabei sollte zum einen geprüft werden, ob es in der Routineversorgung noch in dem aus älteren Studien bekannten Ausmaß zu einer Unterdiagnostik depressiver Störungen kommt bzw. in welchem Umfang aktuell auch Fehldiagnosen (z. B. Klassifizierung dysthymischer Störungen als depressive Episoden) oder Überdiagnosen (z. B. Einstufung subklinischer Beschwerden als depressive Episoden) vorkommen. Zudem sollte analysiert werden, warum die Depressionsprävalenz im jungen Erwachsenenalter in routinedatenbasierten Analysen am niedrigsten, aber in aktuellen bevölkerungsbasierten Befragungen am höchsten ist. Darüber hinaus sollte näher untersucht werden, welche Gründe es für die erheblichen regionalen Unterschiede in der Depressionsprävalenz gibt. Dazu sind Studien erforderlich, in denen neben der regionalen Alters- und Geschlechtsstruktur auch andere Einflussfaktoren wie regionale Unterschiede im sozioökonomischen Status, im Bildungsniveau, in der Arbeitssituation, dem Familienstand, im Bevölkerungsdichte, den Einstellungen zu psychischen Erkrankungen, aber auch regionale Unterschiede in der Leistungserbringerdichte berücksichtigt werden.

Literatur

- Ballwieser D. Diagnose Depression: Jüngere Menschen sind verwundbarer geworden. Spiegel-Online, 14. Juni 2012. <http://www.spiegel.de/gesundheit/diagnose/gesundheitsreport-degs-jugendliche-leiden-haeufiger-unter-depressionen-a-838843.html> (12. August 2015).
- 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: 506–16.
- 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, de Girolamo G et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*; 9: 90.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK et al. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung. Berlin, Düsseldorf: DGPPN, ÄZQ, AWMF 2009.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. Langfassung. 2. Auflage, Konsultationsfassung, Stand: 20.07.2015. <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-konsultation.pdf> (12. August 2015).
- Erhart M, von Stillfried D. 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.
- Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, Norman R, Patten SB, Vos T. et al. Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 2013; 43: 471–81.
- Gerste B, Roick C. Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland. Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N (Hrsg). *Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression*. Stuttgart: Schattauer 2014; 21–54.
- 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, Hofler M, Siegert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L. et al. Twelve-months prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 304–19.
- Jacobi F, Hofler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L. et al. Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *Int J Methods Psychiatr Res* 2015.
- Jacobi F, Hoyer J, Wittchen HU. Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf der Grundlage des Bundesgesundheits surveys. *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.
- Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N. *Versorgungs-Report 2013/2014. Schwerpunkt: Depression*. Stuttgart: Schattauer 2014.
- 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: 1100–6.

- Melchior H, Schulz H, Härter M. Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. 2014. http://faktencheck-gesundheit.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf (10. August 2015).
- Richter D, Berger K. Nehmen psychische Störungen zu? Update einer systematischen Übersicht über wiederholte Querschnittsstudien. *Psychiatr Prax* 2013; 40: 176–82.
- Sielk M, Altiner A, Janssen B, Becker N, de Pilars MP, 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.
- Stiehler M, Weißbach L. Männergesundheitsbericht 2013. Im Fokus: Psychische Gesundheit. Bern: Huber 2013.
- 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: 158–63.
- Wittchen HU, Jacobi F. Was sind die häufigsten psychischen Störungen in Deutschland? 2012. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Degs/degs_w1/Symposium/degs_psychische_stoerungen.pdf?__blob=publicationFile
- 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, 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.