bifg. BARMER Institut für Gesundheitssystemforschung

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 21

BARMER Arztreport 2020

Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?

Thomas G. Grobe, Susanne Steinmann, Joachim Szecsenyi

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 21

BARMER Arztreport 2020

Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?

Thomas G. Grobe, Susanne Steinmann,
Joachim Szecsenyi

Impressum

Herausgeber:
BARMER
Postfach 11 07 04
10837 Berlin

Autoren:
Thomas G. Grobe, Susanne Steinmann,
Joachim Szecsenyi
aQua – Institut für angewandte
Qualitätsförderung und Forschung
im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Konzeption, Redaktion und
fachliche Prüfung:
Nora Hoffmann, Ursula Marschall,
Anna Laura Meyke, Nicole Osterkamp,
Melanie Pankratz, Christina Wittkop
BARMER, Berlin und Wuppertal

Fachpsychotherapeutische Beratung
zum Schwerpunktthema:
Dipl.-Psych. Carmen Bender
Psychologische Psychotherapeutin,
stellv. Leiterin
des Kompetenz-Centrums für Psychiatrie
und Psychotherapie
der MDK-Gemeinschaft und
des GKV-Spitzenverbandes

Design und Realisation:
zweiband.media GmbH, Berlin

Druck und Bindung:
Medienhaus Plump GmbH, Rheinbreitbach
Printed in Germany
ISBN: 978-3-946199-46-5 (Print)
ISBN: 978-3-946199-47-2 (PDF)

Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die grammatikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint.

Die Datenanalysen bis einschließlich 2016 beziehen sich auf den Datenbestand der vormaligen BARMER GEK. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort ... 6

Zusammenfassung ... 8

1 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen ... 36
1.1 Hintergrund ... 36
1.2 Verfügbarkeit und Umfang der Daten zur ambulanten Versorgung ... 39
1.3 Methoden, Standardisierung, Übertragbarkeit ... 41

2 Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen ... 46
2.1 Inanspruchnahme in Quartalen und Kalenderjahren ... 46
2.1.1 Quartalsergebnisse ... 46
2.1.2 Jahresergebnisse ... 48
2.1.3 Variationen im Jahresverlauf ... 50
2.2 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht ... 53
2.3 Fachärztliche Behandlungshäufigkeit ... 57
2.3.1 Betroffene und Behandlungsfälle 2018 nach Fachgebieten ... 57
2.4 Anzahl kontaktierter Ärzte – Arztwechsel ... 62
2.5 Regionale Variationen der Inanspruchnahme ... 68
2.6 Ambulante Diagnosen ... 69
2.6.1 Diagnoseraten ... 71
2.7 Diagnosen – differenzierte Betrachtung ... 94
2.7.1 Ambulante Diagnosen und reale Erkrankungshäufigkeiten ... 94
2.7.2 Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen ... 96
2.8 Untersuchungen zur Früherkennung ... 113
2.8.1 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ... 113
2.8.2 Weitere Früherkennungsuntersuchungen ... 120

3 Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung? ... 126
3.1 Ziele ... 127
3.1.1 Versichertenbefragung ... 127
3.2 Hintergrund und Methoden ... 128
3.2.1 Grundzüge der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ... 128
3.2.2 Wesentliche Neuerungen durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 ... 132
3.2.3 Abrechnungsmöglichkeiten ambulanter psychotherapeutischer Leistungen vor sowie ab April 2017 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ... 136
3.2.4 Datenbasis und grundlegende Methodik der Analysen von Routinedaten ... 143
3.2.5 Versichertenbefragung – Fragebogen, Stichprobenziehung, Rücklauf, Auswertungsmethoden ... 146
3.3 Psychotherapeutische Sprechstunden und Psychotherapie aus Patientenperspektive ... 151
3.3.1 Zugang zur Psychotherapeutischen Sprechstunde ... 152
3.3.2 Einschätzung und Konsequenzen der Psychotherapeutischen Sprechstunde aus Patientensicht ... 154
3.3.3 Zugang zu einer nachfolgenden ambulanten Psychotherapie ... 158
3.3.4 Art, Umfang und Einschätzung der ambulanten Psychotherapie aus Patientensicht ... 160
3.4 Routinedaten – ambulante psychotherapeutische Versorgung in den Jahren 2009 bis 2018 ... 165
3.4.1 Aktuelle Situation sowie Entwicklung der Versorgungsstrukturen 2009 bis 2018 ... 165
3.4.2 Kontakte zu Psychotherapeuten 2009 bis 2018 ... 185
3.4.3 Inanspruchnahmen psychotherapeutischer Leistungen 2009 bis 2018 ... 197
3.5 Versorgungsabläufe – Behandlungsanlässe ... 216
3.5.1 Versorgungsabläufe ... 216
3.5.2 Behandlungsanlässe – Prädiktoren der psychotherapeutischen Behandlung 225

Anhang 242
Standardpopulation Bevölkerung 242
Indirekte Standardisierung, kleinräumige Analyse 244
Tabellenanhang 247

Verzeichnisse 270
Abkürzungsverzeichnis 270
Abbildungsverzeichnis 272
Tabellenverzeichnis 277
Literaturverzeichnis 281
Autorenverzeichnis 284

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

die guten Nachrichten vorweg: Die Menschen sind mit der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland zufrieden, vor allem vertrauen sie ihrem Therapeuten. Insgesamt wird jedoch über die psychotherapeutische Versorgung seit Jahren kontrovers diskutiert. In einem Punkt sind sich aber alle einig. Menschen, die eine psychotherapeutische Versorgung benötigen, brauchen schnell und unkompliziert Hilfe. Die Hürden sollten so gering wie möglich sein. Im Jahr 2017 wurde die Psychotherapie-Richtlinie mit dem Ziel reformiert, den Zugang niedrigschwelliger zu gestalten. Seither muss in der Praxis zum Beispiel eine Psychotherapeutische Sprechstunde angeboten werden. Allein im Jahr 2018, also im ersten Jahr nach der Reform, wurde sie neun Millionen Mal abgerechnet. War die Reform also ein Erfolg? Oder gibt es weiterhin Defizite in der Versorgung? Der aktuelle BARMER Arztreport widmet sich diesem kontroversen Thema und untersucht die Auswirkungen der Reform. Die Auswertung basiert auf rund acht Millionen Versichertendaten. Ergänzt wurde sie um eine repräsentative Befragung unter 2.000 BARMER-Versicherten. Somit liegt erstmals eine umfassende wissenschaftliche Untersuchung zu diesem Thema vor.

Die Ergebnisse des Reports belegen, dass die Reform gute Impulse gesetzt hat. Die Menschen bekommen schneller Zugang zur Versorgung. Das ist ein wichtiger Schritt im Sinne der Patientinnen und Patienten. Es gibt aber immer noch Verbesserungsmöglichkeiten in der psychotherapeutischen Versorgung. In den meisten Fällen (89,2 Prozent) wird der erste Termin für eine Psychotherapeutische Sprechstunde direkt zwischen Therapeut und Patient vereinbart. In nur 7,9 Prozent der Fälle werden Termine über die Terminservicestellen (TSS) der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart. Die Versichertenbefragung zeigt jedoch auch, dass die TSS nicht in allen Fällen helfen konnten. Das genau ist aber ihre Aufgabe. Sie sollen einen Termin zur Sprechstunde oder zur daraus resultierenden, zeitnah erforderlichen Therapie oder auch eine Akutbehandlung ermöglichen.

Wichtig ist es zudem, dass die Menschen mit einer, soweit das ihre Erkrankung zulässt, realistischen Erwartungshaltung eine Therapie beginnen. Denn nur so kann die Patientin oder der Patient die schrittweisen Erfolge einer Psychotherapie bei sich selbst feststellen und auch wertschätzen lernen. Dies ist der Start in die Therapie. Der Therapeut vereinbart mit den Betroffenen im Rahmen der Behandlungsplanung realistische Ziele und versucht von Beginn an, unrealistische Erwartungen mit den Patientinnen und Patienten zu klären und realistische Behandlungsziele zu erarbeiten. Alles andere führt zu unnötiger Frustration, was eine Genesung der Patientinnen und Patienten zusätzlich erschwert. Eine angemessene Erwartungshaltung könnte die Zufriedenheit mit dem Ergebnis der Therapie noch steigern. Denn hier gibt es durchaus noch Verbesserungsbedarf, wie der Arztreport belegt.

Mein Dank gilt auch in diesem Jahr in besonderer Weise Dr. Thomas Grobe und Susanne Steinmann vom aQua-Institut in Göttingen, die den BARMER Arztreport federführend betreuen, sowie Dipl.-Psych. Carmen Bender für ihre fachliche Expertise zum Schwerpunktthema. Den Leserinnen und Lesern des Reports wünsche ich eine anregende und aufschlussreiche Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
BARMER
Berlin, im März 2020

Zusammenfassung

Besonderheiten und Schwerpunkt

Der BARMER Arztreport 2020 liefert – als Fortführung des seit dem Jahr 2006 erschienenen GEK-Reports ambulant-ärztliche Versorgung und des von 2010 bis 2016 erschienenen BARMER GEK Arztreports sowie des BARMER Arztreports 2018 und 2019 – bereits zum 14. Mal einen aktuellen und umfassenden Überblick zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Traditionell besteht der Arztreport aus wiederkehrenden und jeweils aktualisierten Routineauswertungen sowie aus einem Kapitel zu einem jeweils wechselnden Schwerpunktthema.

Berichtet werden im aktualisierten Routineteil des vorliegenden Reports vorrangig Ergebnisse aus dem Jahr 2018. Grundlage der Auswertungen bildeten anonymisierte Daten zu zwischenzeitlich mehr als neun Millionen Versicherten der BARMER. Neben Daten ab dem Beobachtungsjahr 2005, die in Form eines einheitlichen Datenbestands nach einer Fusion der BARMER und GEK im Jahr 2010 betrachtet werden konnten, schließen die Auswertungen zum Arztreport ab dem Jahr 2017 auch Daten zu vormaligen Versicherten der Deutschen BKK ein, die mit der BARMER GEK zum 1. Januar 2017 zur neuen BARMER fusionierte.

Die Ergebnisse werden im Arztreport – wie in den vorausgehenden Jahren und sofern nicht explizit abweichend erwähnt – in einer entsprechend der Geschlechts- und Altersstruktur der deutschen Bevölkerung standardisierten Form präsentiert. Für die Standardisierung konnte auf aktuelle Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2018 zurückgegriffen werden, die dankenswerterweise vom Statistischen Bundesamt vorab bereitgestellt wurden. Dies ermöglicht eine Übertragung der Ergebnisse auf die deutsche Gesamtbevölkerung, die unbeeinflusst von der spezifischen Geschlechts- und Altersstruktur der hier konkret betrachteten Versichertenpopulation bleibt. Im diesjährigen Schwerpunktkapitel befasst sich der Report mit Veränderungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017.

Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen

Datenvolumina

Die im Report betrachteten Versicherten der BARMER inklusive der vormaligen Versicherten der Deutschen BKK bildeten 2018 – bezogen auf die nachweislich im Inland wohnhaften Versicherten – einen Anteil von etwa 10,9 Prozent der Bevölkerung in Deutschland. Vor dem Hintergrund methodischer Überlegungen beziehen sich Auswertungen zu einzelnen Kalenderjahren im Report jeweils auf genau diejenigen Versicherten, die in allen vier Quartalen des betrachteten Jahres jeweils mindestens einen Tag bei der BARMER beziehungsweise bis 2016 bei der BARMER GEK versichert waren. Im Jahr 2018 waren dies 9,13 Millionen Versicherte. Die Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten der BARMER umfassten im Jahr 2018 Angaben zu insgesamt 85,6 Millionen Behandlungsfällen mit 378,9 Millionen dokumentierten Diagnoseschlüsseln und 661,4 Millionen Abrechnungsziffern. Im Gesamtauswertungszeitraum von 2005 bis 2018 konnte auf Angaben zu 1,055 Milliarden Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfällen mit 4,297 Milliarden Diagnoseangaben und 7,979 Milliarden Abrechnungsziffern zurückgegriffen werden. Hiermit ergibt sich eine extrem breite Auswertungsbasis.

Grunddaten und Kennziffern – Behandlungsrate

Innerhalb des Jahres 2018 hatten nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten 93,3 Prozent der Bevölkerung Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Damit lag die Behandlungsrate etwa auf dem Vorjahresniveau. Entsprechend ermittelte Behandlungsraten lagen auch in den vorausgehenden Jahren bereits durchgängig oberhalb von 90 Prozent.

Behandlungsfälle und Arztkontakte

Im Jahr 2018 wurden nach den vorliegenden und unter Zugrundelegung der Bevölkerungsstruktur in Deutschland geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnissen je Person durchschnittlich 8,56 Behandlungsfälle im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung abgerechnet. Ein Behandlungsfall fasst dabei – bedingt durch die quartalsweise Abrechnung der Ärzte – grundsätzlich jeweils alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt beziehungsweise in einer abrechnenden Praxis innerhalb eines Quartals eines Jahres zusammen. Dabei spielt es keine Rolle, aus welchen Gründen ein Patient den Arzt innerhalb eines Quartals aufsucht. So würden beispielsweise die Krankschreibung und Behandlung eines Patienten wegen Grippe im Januar sowie mehrmalige Praxisbesuche beim selben Arzt zur Blutdruckeinstellung im März eines Jahres grundsätzlich im Rahmen ein und desselben Behandlungsfalls abgerechnet.

Durchschnittlich wurden mit den 8,56 Behandlungsfällen bei jedem Versicherten in jedem der vier Quartale des Jahres 2018 Leistungen von etwas mehr als zwei unterschiedlichen Ärzten beziehungsweise Arztpraxen abgerechnet. Gegenüber dem Vorjahr, in dem die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle mit 8,58 Fällen je Versicherten auf dem höchsten Stand seit dem Jahr 2005 lag, ist die Fallzahl 2018 um 0,2 Prozent leicht zurückgegangen.

Mit Einführung der pauschalierten Vergütungen im Jahr 2008 sind zum Teil auch mehrfache Patientenkontakte an unterschiedlichen Tagen mit Angabe lediglich einer Abrechnungsziffer und der Dokumentation eines Abrechnungsdatums abgegolten. Arztkontakte lassen sich auf Basis der verfügbaren Routinedaten seither nicht mehr quantifizieren. Dass es seit dem Jahr 2008 zu grundlegenden Veränderungen hinsichtlich der vergleichsweise hohen Kontaktzahlen in Deutschland gekommen ist, erscheint eher unwahrscheinlich, lässt sich jedoch nicht verifizieren.

Einfluss von Alter und Geschlecht

Geschlechts- und altersgruppenspezifische Auswertungen zur Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung 2018 zeigen vergleichbare Muster wie in zurückliegenden Jahren.

Ausgaben für ärztliche Behandlungen

Im Jahr 2018 galt für einen überwiegenden Teil der ärztlich abgerechneten Leistungen ein vom Erweiterten Bewertungsausschuss bundesweit und kassenübergreifend festgelegter einheitlicher Orientierungspunktwert von 10,6543 Cent je Punkt. Unter Rückgriff auf diese Orientierungspunktwerte ließen sich für das Jahr 2018 approximative jährliche Behandlungskosten in Höhe von durchschnittlich 583,06 Euro pro Versicherten und Jahr für die ambulante ärztliche Versorgung ermitteln (Kosten für ambulant abgerechnete ärztliche Leistungen inklusive Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten, jedoch ohne Kosten für Verordnungen von Arznei- oder Heil- und Hilfsmitteln und ohne zahnärztliche sowie kieferorthopädische Behandlungen). Der entsprechende Wert hatte im Jahr 2017 bei 572,12 Euro gelegen. Von 2017 auf 2018 ist es damit zu einem Anstieg der durchschnittlichen jährlichen Behandlungskosten pro Kopf der Bevölkerung um 1,9 Prozent gekommen.

Während männliche Versicherte durchschnittliche Kosten in Höhe von 508 Euro verursachten, lag der Wert für die ambulant-ärztliche Versorgung von Frauen bei durchschnittlich 656 Euro pro Jahr. Angaben zu Ausgaben für Versicherte in einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen sind Abbildung 2.5 sowie Tabelle A 6 im Anhang zu entnehmen. Diese variierten zwischen 229 Euro bei 20- bis 24-jährigen Männern und durchschnittlich 1.214 Euro je Jahr bei Männern im Alter zwischen 80 und 84 Jahren. Während im mittleren Lebensalter die Ausgaben bei Frauen merklich über denen bei Männern liegen, verursachen ab einem Alter von etwa 70 Jahren Männer durchschnittlich höhere Ausgaben. Geschlechts- und altersabhängig unterscheiden sich ambulante Behandlungskosten damit erheblich. Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass altersabhängige Unterschiede in anderen Leistungsbereichen, beispielsweise bei den Krankenhausbehandlungskosten, typischerweise noch stärker ausgeprägt sind.

Behandlungen nach Facharztgruppen

Insgesamt 35,5 Prozent der Behandlungsfälle wurden im Jahr 2018 von allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausärzten abgerechnet (Tabelle 2.4). Ihr geschätzter Anteil an der Vergütung lag bei 31,2 Prozent. Ein einzelner hausärztlicher Behandlungsfall

verursachte approximative Kosten in Höhe von rund 60 Euro (Tabelle 2.5), im Jahr 2018 wurden insgesamt durchschnittlich etwa 182 Euro für die hausärztliche Versorgung jedes Versicherten aufgewendet. Überwiegend der hausärztlichen Versorgung zuordnen lassen sich in einer erweiterten Definition zudem die durchschnittlich 32 Euro pro Versicherten, die altersübergreifend im Jahr 2018 für die kinderärztliche Versorgung angefallen sind.

Fall- und damit auch quartalsbezogen die höchsten Kosten fielen mit durchschnittlich 447 Euro für Behandlungsfälle bei psychologischen Psychotherapeuten an (Tabelle 2.5). Dabei ist zu bedenken, dass Leistungen von Psychotherapeuten nicht delegiert werden können und in der Regel fast immer einen langen Patientenkontakt voraussetzen, weshalb Psychotherapeuten zugleich die Berufsfachgruppe mit den therapeutenbezogen geringsten Behandlungsfallzahlen bilden dürften. Im Durchschnitt über alle Versicherten wurden pro Kopf schätzungsweise etwa 36 Euro pro Jahr für die Behandlung bei psychologischen Psychotherapeuten ausgegeben. Weitere Zahlen sind den genannten Tabellen zu entnehmen.

Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten beziehungsweise Arztpraxen

Für einen überwiegenden Teil von Versicherten werden innerhalb eines Jahres Leistungen von mehr als einem Arzt oder Praxisteam erbracht. Während patientenseitige Kontakte zu Ärzten unterschiedlicher Fachdisziplinen vorrangig auf unterschiedliche gesundheitliche Probleme oder einen weiter gefächerten fachlichen Abklärungsbedarf hindeuten, ließen sich Kontakte zu mehreren Ärzten derselben Fachdisziplin unter bestimmten Umständen eher im Sinne eines Ärztehoppings interpretieren.

Im Jahr 2018 wurden nach altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten bei mehr als der Hälfte der Bevölkerung (56,0 Prozent) Leistungen von vier oder mehr Praxen abgerechnet, nur 44 Prozent erhielten innerhalb des Jahres Leistungen von drei oder weniger Praxen. Beschränkt man die Zählung der unterschiedlichen patientenseitig kontaktierten Ärzte beziehungsweise Betriebsstätten auf die Zählung von Praxen mit vorrangig kurativen Fachgruppenzuordnungen (also unter Vernachlässigung der vorrangig diagnostisch im Auftrag tätigen Gruppen wie beispielsweise Radiologen, Pathologen,

Labormediziner), hatten noch 41,5 Prozent der Bevölkerung innerhalb des Jahres Kontakt zu vier oder mehr entsprechenden Praxen (Abbildung 2.7). Im Durchschnitt wurden von einem Versicherten im Jahr 2018 3,45 unterschiedliche behandelnde Ärzte beziehungsweise Arztpraxen aufgesucht. Im Jahr 2017 hatte der Wert noch bei 3,46 gelegen. Nur 11,6 Prozent der Versicherten suchten mehr als sechs unterschiedliche behandelnde Ärzte auf, und bei etwa 2,5 Prozent der Versicherten wurden Leistungen von mehr als zehn unterschiedlichen Betriebsstätten behandelnder Ärzte abgerechnet.

Innerhalb einzelner Fachgruppen wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Ärzte kontaktiert. So hatten nach Hochrechnungen der BARMER-Zahlen im Jahr 2018 65,0 Millionen Einwohner beziehungsweise 78,4 Prozent der Bevölkerung Deutschlands mindestens einmal Kontakt zu einem allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausarzt. 55,0 Prozent der hausärztlichen Patienten kontaktierten innerhalb des Jahres genau einen Hausarzt, nur 4,0 Prozent kontaktierten vier oder mehr unterschiedliche Hausarztpraxen. Enthalten sind in dieser Zählung dabei auch alle Wechsel der Arztpraxis, die sich ohne primäre Patientenintention, beispielsweise bei Praxisschließungen während einer Urlaubszeit oder durch den Umzug der Patienten, ergeben. Noch geringere Wechselraten als bei Hausärzten finden sich bei Arztgruppen, die allgemein weniger regelmäßig besucht werden (Tabelle 2.6).

Regionale Variationen

Für alle regionalen Auswertungen im Arztreport werden Versicherte entsprechend ihrem Wohnort zugeordnet – versichertenbezogene Kennzahlen zu Regionen beziehen sich entsprechend immer auf die dort wohnhaften Versicherten und alle ihnen individuell zugeordneten Leistungen oder Diagnosen. Es wird damit primär die gesundheitliche Situation und Versorgung von Versicherten in bestimmten Wohnregionen beschrieben. Ob die ärztliche Versorgung gegebenenfalls auch außerhalb der Wohnregion des Versicherten stattfindet, spielt bei den berichteten Kennzahlen keine Rolle. So lassen sich beispielsweise die im Arztreport aufgezeigten höheren ambulanten Behandlungskosten in den Stadtstaaten nicht als Folge einer Nutzung der dort niedergelassenen Ärzte durch Patienten aus dem Umland erklären.

Approximative Abschätzungen der Behandlungskosten unter Annahme einheitlicher Punktwerte ergaben nach einer Geschlechts- und Altersstandardisierung – wie bereits im Vorjahr – vorrangig in den Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen sowie in Bayern überdurchschnittliche versichertenbezogene Kosten mit Überschreitungen des Bundesdurchschnitts, in den beiden erstgenannten Ländern dabei um mehr als zehn Prozent. In Bayern lagen die geschlechts- und altersstandardisierten Behandlungskosten 4,0 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Für alle neuen Bundesländer konnten demgegenüber, bereinigt um demografisch bedingte Unterschiede, Behandlungskosten unterhalb des Bundesdurchschnitts ermittelt werden.

Diagnosen

Diagnoseangaben aus der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden aus wissenschaftlicher Sicht grundsätzlich ein ausgesprochen relevantes Datensegment. Seit dem Erhebungsjahr 2008 werden ambulante Diagnoseangaben auch bei der morbiditätsbezogenen Verteilung finanzieller Ressourcen zwischen den Krankenkassen genutzt. Im Mittel wurden je Person im Rahmen der ambulanten Versorgung nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten innerhalb des Jahres 2018 34,5 formal gültige Diagnoseschlüssel (von beliebigen und gegebenenfalls auch unterschiedlichen Ärzten) erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies 2,86 Milliarden dokumentierten Diagnoseschlüsseln. Dabei fanden sich im Jahr 2018 je Person innerhalb des Jahres durchschnittlich 13,1 unterscheidbare Diagnoseangaben (auf dreistelliger ICD-10-Ebene), darunter 10,5 unterschiedliche Diagnoseschlüssel je Person im Sinne von Erkrankungen (Abbildung 2.9). Grundsätzlich sind mit den Daten Aussagen zur bevölkerungsbezogenen Häufigkeit für eine Vielzahl von Erkrankungen möglich, zu denen anderweitig kaum aktuelle oder nur sehr vage Informationen verfügbar sind. Diagnoseangaben zu extrem großen Populationen, wie zu den hier betrachteten Versicherten der BARMER, erlauben zudem Differenzierungen, die anderweitig nicht realisiert werden können.

Die Auswertungen im Report präsentieren populationsbezogen ermittelte Diagnosehäufigkeiten regelmäßig ungefiltert „wie ärztlich dokumentiert". Einerseits werden in Bezug auf eine Reihe von Diagnosen dadurch möglicherweise keinesfalls optimale Schätzer für die reale Erkrankungshäufigkeit im Sinne eines Goldstandards geliefert. Andererseits ist nur bei diesem Vorgehen ein unverfälschter Einblick in die primäre Dokumentationspraxis im Rahmen der ambulanten Versorgung gewährleistet. Möglichkeiten zur Validierung einzelner Diagnosen sind recht unterschiedlich und müssen mit Bedacht gewählt und schließlich auch dokumentiert werden, sofern das Vorgehen im wissenschaftlichen Sinne nachvollziehbar sein soll. Dies ist bei Darstellungen, die primär die Betrachtung aller verwendeten Diagnosekodes einschließen, kaum adäquat zu leisten. Vor diesem Hintergrund sollte jede im Report dokumentierte Diagnoserate kritisch diskutiert werden. Dies gilt allerdings auch für alle möglicherweise alternativ verfügbaren Schätzer zu Erkrankungshäufigkeiten. Neben altersübergreifenden Kennzahlen zu Diagnosehäufigkeiten liefert der Arztreport traditionell auch Auflistungen zu häufigen Diagnosen in bestimmten Altersgruppen.

Früherkennungsuntersuchungen

Auch für das Jahr 2018 beinhaltet der Arztreport wieder routinemäßig ermittelte Auswertungsergebnisse zu Früherkennungsuntersuchungen, deren Nutzung über spezifische bundesweit verwendete Abrechnungsziffern in den Daten dokumentiert wird (siehe hierzu Kapitel 2.8 mit Informationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Sinne von Cervix-Abstrichen und Abtasten der Prostata, zur Früherkennung von Darmkrebs, Brustkrebs und Hautkrebs sowie dem Pulsoxymetrie-Screening, Screening auf Bauchaortenaneurysmen und dem Check-up 35). Insbesondere in jüngeren Altersgruppen werden vergleichbare Angebote zur Früherkennungen von Frauen häufiger als von Männern genutzt. Von den aufgezählten Maßnahmen am häufigsten wurden Cervix-Abstriche durchgeführt. 2018 dürften sich rund 16,7 Millionen Frauen in Deutschland einer entsprechenden Untersuchung unterzogen haben, was einem Anteil von knapp 40 Prozent entspricht.

Schwerpunkt: Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?

Im Jahr 2017 wurde die Psychotherapie-Richtlinie, welche maßgebliche Regelungen zu Formen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung beinhaltet, reformiert. Wesentliche Ziele der Reform bestanden in der Verbesserung des Zugangs zu Psychotherapeuten und dabei insbesondere in einer Beschleunigung des Zugangs, um im Falle notwendiger Therapien dem Ziel einer möglichst zeitnahen Versorgung näher zu kommen. Hierzu wurden im Zuge der Reform neue Versorgungselemente beziehungsweise Leistungen definiert, zu denen insbesondere die „Psychotherapeutische Sprechstunde" sowie die „Psychotherapeutische Akutbehandlung" zählen, welche seit dem zweiten Quartal 2017 von den Psychotherapeuten abgerechnet werden können.

Im Schwerpunktkapitel des vorliegenden Arztreports wird die aktuelle Situation hinsichtlich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beschrieben und mit der Situation vor der Reform der Psychotherapie-Richtlinie verglichen. Übergeordnet geht es dabei um die Fragen, zu welchen Veränderungen der ambulanten Versorgung es im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie gekommen ist, wie die aktuelle Versorgungssituation nach der Reform aussieht und wie diese zu bewerten ist. Berücksichtigt wurden bei den Darstellungen, neben den umfangreichen Analyseergebnissen basierend auf Routinedaten, auch Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Versorgung aus Patientenperspektive. Die Informationen hierzu beruhen auf einer Befragung von mehr als 2.000 Versicherten der BARMER im September 2019.

Hintergrund und Methoden

Viele Menschen dürften sich noch nicht intensiv mit den Möglichkeiten zur ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in Deutschland auseinandergesetzt haben. Nach Eindrücken aus Befragungsangaben dürfte es selbst betroffenen Patienten zum Teil schwerfallen, einzelne Elemente dieser Versorgung zu differenzieren. Ein einleitender Teil zum Schwerpunkt liefert daher zunächst einen allgemeinen Überblick zu Elementen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sowie zu den Veränderungen im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017. Elemente der ambulanten

psychotherapeutischen Versorgung, Behandlungsabläufe sowie wesentliche Begrifflichkeiten werden dabei in Abbildung 3.1 zusammengefasst. Dargestellt werden anschließend die Abrechnungsmöglichkeiten von spezifischen Leistungen im Rahmen der ambulanten Versorgung von psychischen Störungen. Diese bestimmen maßgeblich die Auswertungsmöglichkeiten von Routinedaten. Schließlich werden Grundzüge der verwendeten Methoden bei der Auswertung von Routinedaten sowie von Befragungsergebnissen dargestellt.

Befragungsergebnisse - Psychotherapeutische Sprechstunden und Psychotherapie aus Patientenperspektive

Im September 2019 waren 10.000 Versicherte der BARMER im Alter ab 18 Jahre angeschrieben worden, bei denen im vierten Quartal 2018 erstmals eine Psychotherapeutische Sprechstunde abgerechnet worden war. Bei den Befragten konnte demnach davon ausgegangen werden, dass sie knapp ein Jahr vor der Befragung eine Psychotherapeutische Sprechstunde besucht hatten. 2.038 Personen nahmen an der Befragung mit einem anonymen Rückversand des Fragebogens teil. Von acht Prozent der Befragungsteilnehmer wurde die Teilnahme an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde weder direkt noch indirekt bestätigt. Bei diesen Diskrepanzen dürfte auch eine noch unzureichende Bekanntheit sowie die nicht immer offensichtliche Abgrenzbarkeit von Psychotherapeutischen Sprechstunden gegenüber anderen Therapieeinheiten eine Rolle gespielt haben.

Zugang zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

Einleitend wurden Teilnehmer an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde gefragt, wie sie von der Psychotherapeutischen Sprechstunde erfahren hatten. Rund 45 Prozent der Sprechstundenteilnehmer waren von ihren Ärzten über die Sprechstunde informiert worden, 30 Prozent waren durch eigene Recherchen auf das Versorgungsangebot gestoßen, 22 Prozent hatten entsprechende Informationen von Bekannten oder Freunden erhalten.

Die erste Terminvereinbarung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde erfolgte weit überwiegend direkt mit der psychotherapeutischen Praxis. Über die Terminservicestellen

wurden nach Angaben der Versicherten lediglich 7,9 Prozent der erstmaligen Termine mit den Therapeuten vereinbart. Sie spielten demnach Ende 2018 bei der Terminvermittlung für Psychotherapeuten eine eher untergeordnete Rolle.

Insgesamt hatten vor Beginn einer Psychotherapeutischen Sprechstunde rund 14 Prozent der Befragten Kontakt zu einer Terminservicestelle. Vergleichsweise positiv wurde die Erreichbarkeit der Terminservicestellen eingestuft. Am größten war die Unzufriedenheit hinsichtlich des vermittelten Termins. 35 Prozent der Bewertungen von vorgeschlagenen Terminen entfielen auf die Kategorien weniger zufrieden oder unzufrieden.

Einschätzung und Konsequenzen der Psychotherapeutischen Sprechstunde aus Patientensicht

Merklich positiver als die Einschätzungen zur Terminservicestelle fielen die Einschätzungen von Patienten zur Psychotherapeutischen Sprechstunde selbst aus. Insbesondere die Zuwendung der Therapeuten wurde sehr positiv bewertet. Etwas weniger positiv fallen demgegenüber Einschätzungen der Patienten im Hinblick auf die Nachvollziehbarkeit und Eignung von Empfehlungen sowie die Unterstützung zur Umsetzung empfohlener Maßnahmen aus.

Knapp zehn Prozent der Befragten gaben explizit und ausschließlich an, dass ihnen in der Psychotherapeutischen Sprechstunde keine (weiteren) Maßnahmen empfohlen wurden. Mit Abstand am häufigsten wurde von den übrigen Patienten die Empfehlung einer ambulanten Verhaltenstherapie angegeben, merklich seltener Empfehlungen von tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und noch seltener Empfehlungen analytischer Psychotherapien. Insgesamt erhielten drei Viertel der befragten Sprechstundenteilnehmer die Empfehlung für mindestens eine Form der ambulanten Psychotherapie. Unter gleichzeitiger Berücksichtigung auch von Empfehlungen zu psychotherapeutischen Reha- oder Krankenhausbehandlungen lag der Anteil der Sprechstundenteilnehmer mit einer Empfehlung zur Psychotherapie bei 81 Prozent. Nach einer Psychotherapeutischen Sprechstunde erhalten demnach rund vier Fünftel aller Teilnehmer eine Psychotherapie-Empfehlung. Nicht alle Befragungsteilnehmer mit einer Psychotherapie-Empfehlung nahmen anschließend auch an einer entsprechenden Therapie teil, wofür unterschiedliche Ursachen angegeben wurden. Erstaunlich war, dass immerhin 26 Prozent aus der

entsprechenden Subgruppe von Befragten angaben, dass dies am mangelnden Wissen über Zugangswege zu Therapieplätzen gelegen hätte.

Zugang zu einer nachfolgenden ambulanten Psychotherapie

Für den überwiegenden Anteil der Teilnehmer an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde, bei dem bis spätestens zum Befragungszeitpunkt eine Psychotherapie begonnen hatte, begann diese Psychotherapie nach Selbstangaben verhältnismäßig zeitnah. Bei lediglich 16 Prozent verstrichen zwischen Psychotherapeutischer Sprechstunde und Therapiebeginn nach Selbstangaben acht oder mehr Wochen.

Ein kurzer Fragebogenabschnitt befasste sich auch mit Präferenzen der Patienten hinsichtlich des Therapeutengeschlechts. Lediglich rund ein Drittel der Befragten mit einer Psychotherapie gab an, vor der Therapie eine bestimmte Geschlechtspräferenz gehabt zu haben, wobei sich mit 82 Prozent der deutlich überwiegende Teil dieses Drittels eine Therapeutin gewünscht hatte. Nur 30 Prozent aus der sehr kleinen Gruppe von Patienten, bei denen das Geschlecht des Therapeuten nicht dem anfänglichen Wunsch entsprach, gaben an, dass dies für den Erfolg (eher) hinderlich gewesen sei.

Einschätzung der ambulanten Psychotherapie aus Patientensicht

Befragungsergebnisse zur Zufriedenheit von Psychotherapie-Teilnehmern mit unterschiedlichen Aspekten der bei ihnen durchgeführten Therapie zeigen in allen Bereichen eine relativ hohe Zufriedenheit. Auf die Antwortkategorien „weniger zufrieden" oder „unzufrieden" entfielen zusammengenommen stets weniger als zehn Prozent der Antworten. Besonders positiv wurde das Vertrauensverhältnis zur Therapeutin / zum Therapeuten bewertet. Vergleichsweise kritisch wurde von den Teilnehmern demgegenüber das Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung eingestuft – mit dem Ergebnis der Behandlung waren nur rund zwei Drittel der Teilnehmer vollkommen oder sehr zufrieden und immerhin acht Prozent weniger zufrieden oder unzufrieden. Der Grad der Ergebniszufriedenheit korrelierte dabei weder mit dem Geschlecht oder Alter der Befragten noch mit der Zuordnung von Wohnorten zu alten und neuen Bundesländern.

Den Psychotherapie-Teilnehmern wurde im Rahmen der Befragung schließlich auch eine Liste an Maßnahmen mit der Frage präsentiert, ob diese von der Psychotherapeutin /

dem Psychotherapeuten empfohlen wurden. Auch wenn die abgefragte Liste keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann, lässt sich vermuten, dass internetbasierte Angebote ganz allgemein (genau wie die explizit abgefragten Apps oder Onlinekurse) von Therapeuten bislang nur selten empfohlen werden.

Routinedaten – ambulante psychotherapeutische Versorgung in den Jahren 2009 bis 2018

Alle nachfolgend beschriebenen Auswertungen beruhen – wie auch der Standardteil des Arztreports – auf der Auswertung von Daten, welche den Krankenkassen routinemäßig und vorrangig zu Abrechnungszwecken übermittelt werden. Ein erster Abschnitt befasst sich zunächst mit den Leistungserbringern in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in den Jahren von 2009 bis 2018.

Aktuelle Situation sowie Entwicklung der Versorgungsstrukturen 2009 bis 2018

In den Daten der BARMER zum Jahr 2018 konnten bundesweit 36.523 Ärzte und Psychotherapeuten identifiziert werden, von denen mindestens eine derjenigen Ziffern aus dem Abschnitt 35 „Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien" abgerechnet wurde, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie voraussetzte. Diese Therapeuten dürften also auch über eine Qualifikation zur Durchführung einer Psychotherapie im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie verfügt haben.

Von diesen 36.523 Therapeuten waren gemäß ihrer Fachgruppenzuordnung (FG) 57,5 Prozent Psychologische Psychotherapeuten (FG 68), 15,0 Prozent Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (FG 69), 8,4 Prozent psychotherapeutisch tätige Ärzte (FG 61) und 6,5 Prozent Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG 60). Lediglich von Therapeuten aus diesen vier Fachgruppen wurden mit Anteilen oberhalb von 99 Prozent nahezu immer auch spezifische psychotherapeutische Leistungen abgerechnet. Insgesamt konnten 72 Prozent der Erbringer von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2018 psychologischen Psychotherapeuten mit einer Fachgruppenzuordnung 68 oder 69 und lediglich 28 Prozent der Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten zugeordnet werden, darunter 15 Prozent den beiden Fachgruppen 60 und 61.

Insbesondere die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten hat von 2009 bis 2018 erheblich zugenommen. Die bundesweite Zahl der Psychologischen Psychotherapeuten (FG 68) stieg nach BARMER-Daten von rund 13.700 im Jahr 2009 auf rund 21.000 im Jahr 2018 um 54 Prozent. Die Zahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (FG 69) hat sich im selben Zeitraum mehr als verdoppelt. Die genannten Ergebnisse stimmen insgesamt gut mit den leicht abweichend ermittelten Ergebnissen aus dem Bundesarztregister überein, welche von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die Jahre 2013 bis 2018 veröffentlicht wurden. Das Bundesarztregister beinhaltet dabei, neben Angaben zur Anzahl der KV-abrechnenden Ärzte in bestimmten Fachgruppen, auch Statistiken zu sogenannten Bedarfsplanungsgewichten, die sich nicht aus BARMER-Daten herleiten lassen. Danach ist davon auszugehen, dass die Anstiege der Therapeutenzahlen, sinngemäß bedingt durch rückläufige durchschnittliche Arbeitszeiten je Therapeut, nur zu einem weniger stark ausgeprägten Anstieg des therapeutischen Angebots geführt haben dürften.

Auf der Ebene von Bundesländern variierte 2018 die bevölkerungsbezogene Gesamtzahl der Psychotherapeuten regional zwischen 22 je 100.000 Einwohner in Sachsen-Anhalt und 72 je 100.000 Einwohner in Berlin um mehr als den Faktor drei, wobei auch die Ränge zwei und drei hinsichtlich der Psychotherapeutendichte von Stadtstaaten belegt waren. Nach Auswertungen auf regionaler Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten ließ sich im Einklang dazu ein deutlicher statistischer Zusammenhang zwischen der Einwohnerdichte (in Einwohner je Quadratkilometer) und der Therapeutendichte (gemessen in Therapeuten je 100.000 Einwohner) nachweisen. Während das Fünftel der Bevölkerung mit Wohnort in den am dünnsten besiedelten Regionen rechnerisch von 21 Therapeuten je 100.000 Einwohner versorgt wurde, wurde das Fünftel in den am dichtesten besiedelten Regionen von 69 Therapeuten je 100.000 Einwohner versorgt. Die Entwicklungen der Therapeutenzahlen in zurückliegenden Jahren legen dabei nahe, dass diese Unterschiede 2009 noch erheblich deutlicher gewesen sein dürften. Die mit Abstand höchsten Psychotherapeutendichten auf Kreisebene ließen sich 2018 für Heidelberg und Freiburg mit 184 und 165 Therapeuten je 100.000 Einwohner ermitteln.

Kontakte zu Psychotherapeuten 2009 bis 2018

Ein wesentliches Ziel der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 bestand in der Erleichterung des Zugangs zu Psychotherapeuten. Im Falle einer Wirksamkeit der Reformmaßnahmen sollten demnach 2017 und insbesondere 2018 mehr Menschen als in den Vorjahren einen Psychotherapeuten kontaktiert haben. Kontakte zu Psychotherapeuten bilden insofern ein relevantes Kriterium zur Beurteilung möglicher Reformerfolge.

Vor dem Hintergrund methodischer Überlegungen wurden als Kontakte zu Psychotherapeuten bei Versicherten ausschließlich Abrechnungen von Leistungen der bereits zuvor hervorgehobenen Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 berücksichtigt. Nach einer entsprechenden Operationalisierung und bereinigt um demografische Effekte stieg der Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten von 2,76 Prozent im Jahr 2009 auf 3,89 Prozent im Jahr 2018, was einem Zuwachs der Kontaktrate von 41 Prozent entspricht. 2018 hatten also erheblich mehr Menschen Kontakt zu Psychotherapeuten als neun Jahre zuvor. Nach Hochrechnungen auf die Bevölkerung dürften 2018 in Deutschland rund 3,221 Millionen Menschen Kontakt zu einem Therapeuten aus (mindestens) einer der genannten vier Fachgruppen gehabt haben. Im Vergleich zu 2016 waren 2018 rund 345.000 Menschen mehr betroffen. Hätte sich in den Jahren von 2016 bis 2018 lediglich der bereits in Vorjahren beobachtete ansteigende Trend fortgesetzt, wäre 2018 demgegenüber mit 3,045 Millionen eine um 176.000 Personen kleinere Zahl an Betroffenen zu erwarten gewesen. Unter Berücksichtigung der auch vor der Reform beobachtbaren Trends ließe sich demnach vermuten, dass die Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 dazu geführt hat, dass 2018 rund 176.000 Menschen in Deutschland zusätzlich Kontakt zu einem Psychotherapeuten hatten.

Auswertungen zu Kontakt- beziehungsweise Betroffenenraten auf regionaler Ebene zeigen, dass deren Unterschiede zwischen den Bundesländern weniger deutlich als hinsichtlich der Therapeutendichte ausfallen, was daran liegen dürfte, dass Therapeuten aus städtischen Regionen häufig auch Patienten aus dem Umland betreuen. Wie die regionalen Unterschiede bei der Therapeutendichte haben auch regionale Unterschiede hinsichtlich der Kontaktraten von 2009 bis 2018 eher abgenommen. Dieser Trend wird auch bei Auswertungen auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten deutlich. 2018 ließen sich jedoch weiterhin erhebliche regionale Unterschiede nachweisen. Dabei waren enge

statistische Zusammenhänge zwischen der regionalen Therapeutendichte und den Abweichungen der regional beobachteten Kontaktraten von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Kontaktraten nachweisbar (siehe Abbildung 3.25 auf Seite 195).

Inanspruchnahmen psychotherapeutischer Leistungen 2009 bis 2018

Während sich die Auswertungen zu Kontaktraten an den Fachgruppenzuordnungen der Therapeuten orientierten, stützten sich Auswertungen zu Inanspruchnahmen psychotherapeutischer Leistungen weitgehend ausschließlich auf die abgerechneten Leistungen und erfolgten damit unabhängig von der Zuordnung von Leistungserbringern zu Fachgruppen. Die Leitfrage der Auswertungen war, ob sich im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie die Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen verändert hat, wobei auch hier als spezifische psychotherapeutische Leistungen zunächst all diejenigen Leistungen berücksichtigt wurden, die eine Genehmigung zur Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie voraussetzten.

Im Jahr 2018 wurde bei 4,30 Prozent der Bevölkerung mindestens einmalig eine spezifische psychotherapeutische Leistung abgerechnet, was – hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland – 3,566 Millionen Betroffenen entspricht. Damit wurden 2018 bei rund 599.000 Menschen mehr als im Jahr 2016 spezifische psychotherapeutische Leistungen abgerechnet, was einer Zunahme um 20 Prozent entspricht. Demgegenüber ist der Bevölkerungsanteil mit Hinweis auf Durchführung einer Richtlinientherapie von 2016 bis 2018 weitgehend unverändert geblieben. 2018 wurde bei schätzungsweise 2,022 Millionen Menschen in Deutschland (mindestens) eine Richtlinientherapie-Einheit abgerechnet, 2016 dürften noch knapp 16.000 Menschen mehr als 2018 betroffen gewesen sein. Etwas deutlicher als die Betroffenenrate sank die durchschnittlich bevölkerungsbezogen abgerechnete Anzahl der Richtlinientherapie-Einheiten. Zugleich sank die Anzahl der abgerechneten probatorischen Sitzungen von 6,1 auf 3,4 Einheiten je 100 Personen. Im Gegenzug lässt sich ab 2017 die Abrechnung der neu eingeführten Psychotherapeutischen Akutbehandlungen sowie insbesondere von Psychotherapeutischen Sprechstunden beobachten. Von Psychotherapeutischen Sprechstunden wurden 2018 bereits 10,8 Einheiten je 100 Einwohner abgerechnet, was hochgerechnet auf die Bevölkerung einer Anzahl von 8,939 Millionen Einheiten entspricht.

Geschlechts- und altersspezifische Ergebnisdarstellungen zeigen, dass die Inanspruchnahme von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen sowie auch von Richtlinientherapien in den vergangenen Jahren insbesondere bei jungen Frauen deutlich zugenommen hat. Überdurchschnittliche Zunahmen lassen sich zudem im Alter um 60 bis 65 Jahre nachweisen.

Versorgungsabläufe

Eine relevante Frage im Kontext der Reform der Psychotherapie-Richtlinie ist die, ob sich im Zuge der Reform Abläufe der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung verändert haben. Dass der Zugang zu Psychotherapeuten erleichtert wurde, legen bereits vorausgehend erwähnte Auswertungen nahe. Allerdings bleibt offen, ob im Zuge der Ausweitung des Zugangs auch diejenigen Menschen erreicht und zeitnah behandelt wurden, deren ambulante psychotherapeutische Behandlung besonders dringlich oder sinnvoll wäre.

Grundsätzlich und ganz allgemein muss bei einer Betrachtung von Versorgungsabläufen zunächst immer ein geeigneter Anfangspunkt der Betrachtung definiert werden. Im Sinne eines pragmatischen Vorgehens beschränkten sich die Auswertungen zu Versorgungsabläufen im Report auf Betrachtungen von erstmaligen Kontakten zu sowie Abrechnungen von Psychotherapeuten mit einer Zuordnung zu den Fachgruppen 60, 61, 68 und 69. Hierfür spricht, dass sich Kontakte zu diesen Fachgruppen verlässlich und dabei zugleich unabhängig von Veränderungen hinsichtlich einzelner Abrechnungsziffern abgrenzen lassen und von diesen vier Fachgruppen mehr als 90 Prozent der Richtlinientherapien durchgeführt werden. Zugleich dürften Kontaktaufnahmen zu Therapeuten aus genau diesen vier Fachgruppen in den allermeisten Fällen einen Bedarf nach psychotherapeutischer Abklärung oder Behandlung zum Ausdruck bringen, was bei Kontakten zu keiner anderen Fachgruppe auch nur annähernd in diesem Umfang unterstellt werden kann.

Das maßgebliche Ziel der Auswertungen war die Gegenüberstellung von gleichartig ermittelten Kennzahlen zu Versorgungsabläufen vor und nach Umsetzung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im April 2017. Betrachtet wurden Personen, die erstmalig nach mindestens zwei „kontaktlosen" Jahren einen Therapeuten aus einer der vier

genannten Fachgruppen kontaktierten. Um Kontakte im Vorfeld des Erstkontaktjahres ausschließen sowie eine Erfassung nachfolgender Ereignisse sicherstellen zu können, wurden ausschließlich Personen betrachtetet, die bereits zwei Jahre im Vorfeld des betrachteten Ereignisjahres sowie auch im Folgejahr, also insgesamt vier Kalenderjahre, in allen Quartalen nachweislich bei der BARMER versichert waren. Da wesentliche Elemente der Reform erst zum zweiten Quartal 2017 wirksam wurden, wurden 2017, und zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit auch im Vergleichsjahr 2015 vor Reform der Psychotherapie-Richtlinie, ausschließlich Personen mit einem Erstkontakt im zweiten bis vierten Quartal des jeweiligen Jahres betrachtet. Effektiv konnten dabei 2015 und 2017 Daten zu n = 69.957 sowie n = 78.007 Personen analysiert werden. Ab dem Tag des Erstkontakts wurden dann stets Inanspruchnahmen von bestimmten Leistungen über einen Zeitraum von exakt 365 Tagen betrachtet. Nach Hochrechnungen der Ergebnisse dürften innerhalb des zweiten bis vierten Quartals in Deutschland 2015 schätzungsweise 768.000 und 2017 schätzungsweise 886.000 Personen erstmals (nach mindestens zwei kontaktlosen Jahren) einen Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 kontaktiert haben.

Eine beliebige Leistung aus dem EBM-Abschnitt 35 „Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien", welche dabei zugleich eine Genehmigung zur Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie voraussetzt, wurde in beiden Beobachtungsjahren bei mehr als 90 Prozent der Patienten abgerechnet. Während der Anteil der Personen mit diesen Leistungen unter den Patienten mit Erstkontakt 2017 noch leicht gestiegen ist und die Leistungen noch etwas früher innerhalb von Behandlungsepisoden abgerechnet wurden, ist die durchschnittlich je Patient ermittelte Zahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen von 16,5 im Jahr 2015 auf 14,4 im Jahr 2017 gesunken, was auch die Folge der nur kurzzeitigen Betreuung einiger (neuer) Patienten sein könnte.

Probatorische Sitzungen wurden 2015 bei fast 90 Prozent der Personen mit Erstkontakt und im Mittel am Tag 5,2 der Behandlungsepisode erstmals abgerechnet. Im Zuge der Reform mit Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde hat sich der Anteil 2017 merklich auf 61,4 Prozent reduziert, wobei die Sitzungen zudem im Mittel erst am Tag 62 der Behandlungsepisode und damit durchschnittlich fast zwei Monate später als

2015 erstmals abgerechnet wurden. Durch die im Zuge der Reform neu geschaffenen Versorgungselemente wurde der Zeitpunkt von probatorischen Sitzungen demnach bei Patienten mit Erstkontakten im Jahr 2017 deutlich nach hinten verschoben.

Psychotherapeutische Sprechstunden können erst seit April 2017 abgerechnet werden und bilden seither oftmals die erste und vorrangig genutzte Möglichkeit für einen intensiveren Austausch zwischen Patient und Therapeut. Bereits bei Erstkontakten zu Psychotherapeuten im zweiten bis vierten Quartal 2017, also direkt nach Einführung der entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten, wurde bei 87,5 Prozent der Patienten eine Psychotherapeutische Sprechstunde abgerechnet, die im Mittel am Tag 4,5 der Behandlungsepisode und damit in der Regel vergleichsweise frühzeitig nach einem Erstkontakt zum Therapeuten stattfand.

Die gleichfalls erst zum April 2017 eingeführten Psychotherapeutischen Akutbehandlungen wurden nach den vorliegenden Ergebnissen innerhalb der ersten 365 Tage einer Behandlungsepisode nur bei einem vergleichsweise kleinen Anteil von 7,7 Prozent der Patienten, und dabei im Mittel erst ab Tag 73 der Behandlungsepisode, abgerechnet. Hier scheint die Nutzung der Therapieoption zumindest in einer ersten Phase nach ihrer Einführung nicht mit ihrer ursprünglichen Intention übereinzustimmen.

Eine Richtlinientherapie – also eine Psychotherapie im engeren Sinne – erhielten innerhalb eines Jahres ab Erstkontakt eines Psychotherapeuten 2015 insgesamt 57,7 Prozent der Patienten. Im Mittel wurde die erste Therapieeinheit dabei am Tag 83 der Behandlungsepisode abgerechnet, also knapp zwölf Wochen nach dem Erstkontakt. Unter der gewachsenen Zahl von Patienten 2017 lag der Anteil mit Beginn einer entsprechenden Richtlinientherapie bei knapp unter 50 Prozent. Zugleich stieg die Zeit zwischen Erstkontakt bis zum Beginn der Richtlinientherapie. Die erste Therapieeinheit nach Erstkontakt 2017 wurde im Mittel erst am Tag 111 der Behandlungsepisode abgerechnet – also knapp 16 Wochen nach dem Erstkontakt. Im Einklang damit wurden 2017 bei Betroffenen innerhalb von 365 Tagen ab einem Erstkontakt auch weniger Therapieeinheiten abgerechnet als nach Erstkontakten im Jahr 2015. Ein nicht unwesentlicher und gegenüber 2015 gestiegener Anteil der Psychotherapien dürfte dabei allerdings innerhalb der Beobachtungszeit auch noch nicht abgeschlossen gewesen sein.

Berücksichtigt man probatorische Sitzungen als eine Form der Therapie beziehungsweise als intensivere Auseinandersetzung mit den Patienten, wurde bei 91,5 Prozent der Patienten mit Erstkontakt im Jahr 2015 mindestens eine entsprechende Therapieeinheit abgerechnet, die im Mittel bereits am Tag 5,4 der Behandlungsepisode stattfand. Unter Berücksichtigung der 2017 neu eingeführten Psychotherapeutischen Sprechstunde und Akutbehandlung lag der Anteil der Personen mit intensiverem Kontakt zu Psychotherapeuten im Jahr 2017 mit 94,4 Prozent noch höher und erfolgte im Mittel bereits am Tag 2,8 der Behandlungsepisode. Erste intensivere Kontakte zu Patienten erfolgten gemäß dieser Betrachtungsweise nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie tendenziell also noch etwas häufiger und zeitnäher als vor der Reform.

Die aufgeführten Ergebnisse verdeutlichen, dass bei einer Bewertung der Reform in jedem Fall sehr unterschiedliche Effekte berücksichtigt und in ihrer Bedeutung für die Patienten abgewogen werden müssen.

Behandlungsanlässe

Für Abschätzungen zu den Auswirkungen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie erscheint – neben den Betrachtungen zu Versorgungsabläufen – von Interesse, inwiefern sich Personen, die vor und nach der Reform einen Psychotherapeuten kontaktierten, hinsichtlich gesundheitsrelevanter Merkmale unterschieden und ob sich Unterschiede zwischen denjenigen Gruppen von Patienten nachweisen lassen, welche vor beziehungsweise nach der Reform letztendlich auch eine Richtlinientherapie erhielten. Im positiven Fall könnte die Reform bei mehr Personen mit einem Kontakt zu Psychotherapeuten dazu beigetragen haben, dass aus dem ab 2017 größeren Pool an Patienten von den Therapeuten besonders behandlungsbedürftige Patienten für eine Richtlinientherapie ausgewählt wurden. Im negativen Fall könnte der vergrößerte Pool an Patienten jedoch auch zur Auswahl von einfacher zu behandelnden Patienten genutzt worden sein.

Eine Beurteilung der Eignung oder Indikation für eine Psychotherapie bei einzelnen Patienten ist auf alleiniger Basis von routinemäßig verfügbaren Abrechnungsdaten in der Regel nicht eindeutig möglich. Zumindest Hinweise auf Behandlungsanlässe sowie auch auf Behandlungshemmnisse im Hinblick auf psychotherapeutische Behandlungen kön-

nen die im Rahmen der Versorgung dokumentierten Diagnosen und anderweitigen Merkmale allerdings durchaus liefern.

Um einen Eindruck zu bekommen, welche Charakteristika von Versicherten mit erhöhten oder reduzierten Wahrscheinlichkeiten von Kontakten zu Psychotherapeuten sowie mit erhöhten oder reduzierten Wahrscheinlichkeiten von Richtlinientherapien assoziiert sind und ob diese Zusammenhänge vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie unterschiedlich waren, wurden Häufigkeiten von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie Häufigkeiten von gegebenenfalls nachfolgend eingeleiteten Richtlinientherapien in unterschiedlichen Subgruppen von Versicherten basierend auf Daten vor und nach der Reform bestimmt und verglichen. Neben exakt denjenigen Personen mit Erstkontakt und gegebenenfalls nachfolgenden Richtlinientherapien, welche auch bei Auswertungen zu Versorgungsabläufen betrachtet worden waren, wurden diejenigen Personen in die Auswertungen einbezogen, die zumindest innerhalb der vier Jahre um das jeweils betrachtete Ereignisjahr nachweislich bei der BARMER versichert waren, jedoch keinerlei Kontakt zu einem Facharzt der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 hatten.

Die Wahrscheinlichkeiten für entsprechende Erstkontakte sowie für Richtlinientherapien in den Jahren 2015 und 2017 bei bestimmten Charakteristika von Patienten wurden zunächst in deskriptiven Statistiken beschrieben. Anschließend wurden Einflüsse unterschiedlicher Charakteristika auf die Wahrscheinlichkeit von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie auf die Wahrscheinlichkeit von Richtlinientherapien in den Ereignisjahren 2015 und 2017 in insgesamt vier logistischen Regressionsmodellen mit einer stets identischen Auswahl an Prädiktoren (unabhängigen Variablen beziehungsweise Merkmalen) ermittelt und gegenübergestellt.

Abhängigkeiten der Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien vom Geschlecht und Alter der Versicherten wurden für 18 unterschiedliche Gruppen aus Kombinationen der beiden Merkmale bestimmt. Auch unter gleichzeitiger Berücksichtigung anderweitiger Einflüsse fanden sich insbesondere bei jungen Frauen Hinweise auf vergleichsweise hohe Wahrscheinlichkeiten für Erstkontakte zu Psychotherapeuten und insbesondere Richtlinientherapien. Ein mittleres bis höheres Alter war 2017 nur noch weniger deutlich als 2015 mit einer erhöhten Wahrschein-

lichkeit für Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien assoziiert. Vor Vollendung des sechsten und nach Vollendung des 65. Lebensjahres sind Wahrscheinlichkeiten für Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien auch nach den Ergebnissen der multivariaten Modellrechnungen und im Einklang mit den deskriptiven Ergebnissen vergleichsweise sehr gering.

Mit zunehmender Psychotherapeutendichte stiegen die Chancen auf Kontakte oder Therapien nach Ergebnissen aus allen vier Modellrechnungen stetig und lagen in Regionen mit hoher Therapeutendichte um mehr als 60 Prozent beziehungsweise mehr als den Faktor 1,6 höher als in Regionen mit geringer Therapeutendichte. Die Ergebnisse lassen sich dabei sowohl als Hinweise auf eine mögliche Unterversorgung in Regionen mit wenigen regional niedergelassenen Therapeuten als auch als Hinweise auf eine angebotsinduzierte Nachfrage in Regionen mit sehr hoher Therapeutendichte diskutieren. Auffällig erscheint, dass bei Auswertungen zum Ereignisjahr 2017, also nach der Reform, die Einflüsse der Therapeutendichte auf die Chancen für eine Psychotherapie tendenziell deutlicher als die Einflüsse der Therapeutendichte auf die Erstkontakte ausgeprägt waren. Demnach dürften in Regionen mit hoher Therapeutendichte und häufigeren Erstkontakten 2017 die Chancen auf eine Richtlinientherapie auch nach einem Erstkontakt noch höher gelegen haben als nach den ohnehin schon selteneren Erstkontakten in Regionen mit geringerer Therapeutendichte.

Ausbildungsabschlüsse bestimmen bei Personen ab dem Erwerbsalter wesentlich die soziale Schichtzugehörigkeit und das soziale Umfeld. Zugleich hängen auch die Fähigkeiten zur verbalen Kommunikation in bestimmten Situationen und mit bestimmten Gesprächspartnern sowie Sichtweisen auf bestimmte Probleme maßgeblich von der Ausbildung ab. Informationen zu Ausbildungsabschlüssen liegen in Daten bei Krankenkassen gewöhnlich nur für aktuell berufstätige Mitglieder vor. Um den Einfluss von Ausbildungsabschlüssen (zumindest im Sinne eines Indikators für die soziale Schichtzugehörigkeit auch von Familien) ohne einen generellen Ausschluss bestimmter Versichertengruppen analysieren zu können, wurden bei Personen ohne Erfassung entsprechender Informationen zunächst gegebenenfalls verfügbare Informationen zur Ausbildung von berufstätigen Elternteilen oder Partnern ergänzt und diejenigen Personen ohne Informationen zu Ausbildungsabschlüssen der Referenzgruppe zugeordnet.

Ergebnisse zu Einflüssen von Ausbildungsabschlüssen aus den beiden Beobachtungszeiträumen vor und nach der Reform sind weitgehend identisch. Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten werden nach diesen Ergebnissen nur moderat von der Ausbildung beeinflusst. Sie stiegen mit zunehmender Ausbildung, wobei sich allerdings bei Personen mit Doktortitel im Vergleich zur Referenzgruppe ohne Informationen zu Ausbildungsabschlüssen nur ähnlich dezent erhöhte Risiken wie bei Technikern oder Personen mit Meisterabschluss zeigen.

Bei grundsätzlich ähnlichem Kurvenverlauf beeinflussen Ausbildungsabschlüsse die Aufnahme von Richtlinientherapien in einem deutlich stärkeren Ausmaß. Demnach dürften Psychotherapeuten Patienten mit höheren beziehungsweise akademischen Ausbildungsabschlüssen nach einem Erstkontakt häufiger als Patienten mit niedrigeren Ausbildungsabschlüssen auch im Rahmen einer Richtlinientherapie behandeln.

Depressionen zählen zu den häufigsten Diagnosen bei psychotherapeutisch behandelten Patienten. Um Einflüsse von Depressionsdiagnosen – wie nachfolgend auch noch von anderen Diagnosen – auf die Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten unabhängig von möglicherweise erst im Rahmen des Erstkontakts dokumentierten Diagnosen ermitteln zu können, wurden bei den Regressionsanalysen grundsätzlich nur Diagnosen aus dem Vorjahr des jeweils betrachteten Ereignisjahres berücksichtigt. Bei Analysen zu Erstkontakten 2015 wurden also Einflüsse der 2014 dokumentierten Diagnosen ermittelt, bei Erstkontakten 2017 Einflüsse der 2016 dokumentierten Diagnosen.

Depressionen können in der ICD-10-Klassifikation als „Depressive Episode" (F32) oder als „Rezidivierende depressive Störung" (F33) erfasst sein und auf der vierstelligen ICD-10-Ebene auch nach Schweregraden der Depressionen differenziert werden. Nach den Ergebnissen der Modellrechnungen waren Wahrscheinlichkeiten für nachfolgende Erstkontakte zu Psychotherapeuten bereits bei Diagnosen von nur leichten Depressionen im Vergleich zu einer Referenzgruppe von Personen ohne Depressionsdiagnose um mehr als den Faktor 2,4 erhöht. Die höchsten Wahrscheinlichkeiten zeigten sich für die Gruppe mit Diagnosen schwerer Depressionen. Demgegenüber waren schwere Depressionen mit psychotischen Symptomen nur mit geringer erhöhten Erstkontaktwahrscheinlichkeiten

assoziiert, wobei sich vermuten lässt, dass entsprechende Patienten häufiger auch im Krankenhaus und daher weniger häufig im Rahmen der hier betrachteten ambulanten Versorgung behandelt werden. Insgesamt bilden Depressionsdiagnosen in den dargestellten Modellrechnungen einen ausgesprochen maßgeblichen Einflussfaktor.

Im Rahmen der Modellrechnungen wurden noch eine Reihe von weiteren Diagnosen sowie Kombinationen von Diagnoseschlüsseln aus dem Vorfeld psychotherapeutischer Erstbehandlungen im Sinne von Prädiktoren berücksichtigt, ohne dass die Modellrechnungen an dieser Stelle dem Anspruch einer systematischen Aufdeckung aller empirisch relevanten Zusammenhänge gerecht werden können oder wollen.

Diagnosen psychischer Probleme durch Alkohol waren mit einer nur geringfügig erhöhten Wahrscheinlichkeit für Erstkontakte zu Psychotherapeuten assoziiert. Auffällig ist, dass Personen mit einer F10-Diagnose dabei tendenziell seltener als Personen ohne diese Diagnose eine Richtlinientherapie erhielten.

Somatoforme Störungen, Reaktionen auf schwere Belastungen, Angststörungen sowie hyperkinetische Störungen (besser als ADHS bekannt) waren in genannter Reihenfolge nach Ergebnissen aus den vier Modellrechnungen mit 1,5- bis hin zu 2,4-fach erhöhten Risiken assoziiert.

Mit den vergleichsweise selten dokumentierten ICD-10-Diagnosecodes von F70 bis F73 lassen sich unterschiedliche Grade der Intelligenzminderung erfassen. Die Dokumentation entsprechender Diagnosen war – im Einklang mit den Erwartungen – mit deutlich reduzierten Wahrscheinlichkeiten für Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien assoziiert. Die Ergebnisse geben Hinweise darauf, dass psychotherapeutische Behandlungen nicht gleichermaßen für alle Bevölkerungsgruppen verfügbar sind.

Neben Diagnosen aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen" wurden in den Modellrechnungen auch mehrere symptom- und zustandsbeschreibende ICD-10-Diagnosen berücksichtigt. Im Einzelnen waren dies die Diagnosen „Unwohlsein und Ermüdung" (R53), Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung, Kindheitserlebnisse

und den engeren Familienkreis (Z60, Z61, Z63) sowie „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" (Z73). Alle genannten Diagnosen waren in den vier Modellrechnungen mit eher moderat erhöhten Risiken für Erstkontakte sowie Richtlinientherapien assoziiert.

Als schwerwiegende somatische Erkrankungen wurden bei den Modellrechnungen im Sinne eines eher beispielhaften Vorgehens auch Einflüsse von Diagnosen bösartiger Neubildungen betrachtet. Unter gleichzeitiger Berücksichtigung der anderweitigen Prädiktoren waren diese mit einer leicht erhöhten Wahrscheinlichkeit für Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien assoziiert. Der Befund lässt sich als Hinweis darauf interpretieren, dass schwerwiegende somatische Erkrankungen zumindest keine grundsätzliche Hürde für eine psychotherapeutische Behandlung darstellen.

Neben den bereits genannten Diagnosen wurden schließlich bei den Modellrechnungen auch all diejenigen Diagnosen zusammengefasst und berücksichtigt, deren Dokumentation auf das Vorliegen einer Schwangerschaft schließen ließ. Entsprechende Hinweise auf Schwangerschaften waren mit merklich reduzierten Wahrscheinlichkeiten für nachfolgende Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien assoziiert. Hierzu könnten vergleichsweise positive Umstände und eine innerlich-thematische Fokussierung von (werdenden) Müttern auf den (erwarteten) Nachwuchs beigetragen haben. Zugleich könnten jedoch auch fehlende zeitliche Ressourcen der Mütter zu den reduzierten Wahrscheinlichkeiten für Kontakte zu Psychotherapeuten beigetragen haben.

Insgesamt können die Ergebnisse vielfältige Abhängigkeiten von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie von Richtlinientherapien belegen, die dabei auch bei gleichzeitiger Berücksichtigung anderer Einflüsse nachweisbar waren. Die Unterschiede zwischen den aufgezeigten Abhängigkeiten in Modellen vor und nach der Reform erscheinen allerdings eher graduell und haben sich insofern durch die Reform nicht grundsätzlich geändert. Der Zugang bestimmter Patientengruppen zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien dürfte sich im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zumindest im Hinblick auf die betrachten Merkmale nur wenig verändert haben.

Kapitel 1

Vorbemerkungen zu Routineauswertungen

1 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen

1.1 Hintergrund

Nach Angaben der Mitgliederstatistik KM6, veröffentlicht vom Bundesministerium für Gesundheit, waren am 1. Juli 2018 insgesamt 72.802.098 Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Als Jahresdurchschnitt wurden in der Mitgliederstatistik KM1 72.781.399 Versicherte ausgewiesen (Stand: 18. März 2019). Vom Statistischen Bundesamt wurde auf Basis von Fortschreibungen des Zensus 2011 die durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland für 2018 insgesamt mit 82.905.782 Personen angegeben.

Gemäß dieser Angaben dürften 2018 rund 88 Prozent der Bevölkerung in der Bundesrepublik in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehungsweise bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert gewesen sein. Zur Abwicklung von Finanztransfers, die unter anderem zwischen Krankenkassen und Versicherten beziehungsweise Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) stattfinden, ist die Erfassung einer Vielzahl von Daten notwendig. Ab dem Erfassungsjahr 2008 und mit finanziellen Auswirkungen seit 2009 haben Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie Angaben zu Arzneiverordnungen über den direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auch einen Einfluss auf den Finanzausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen in der GKV. Routinedaten der Krankenkassen beinhalten vor diesem Hintergrund und mit ihrer längsschnittlich angelegten Erfassung Informationen, die wichtige Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Leistungsgeschehen im Rahmen der alltäglichen Versorgung liefern können. Die Erschließung entsprechender Erkenntnisse mit einem Fokus auf die ambulante Versorgung ist Ziel des BARMER Arztreports.

Der BARMER Arztreport ist eine Fortführung des 2006 erstmals erschienenen GEK-Reports ambulant-ärztliche Versorgung. Beginnend mit dem Erhebungsjahr 2004 und bis einschließlich zum Erhebungsjahr 2008 beruhten die in den Reporten zur ambulanten Versorgung publizierten Auswertungen dabei ausschließlich auf pseudonymisierten Daten zu Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK), welche teilweise bereits seit dem Jahr 1989 systematisch EDV-technisch erfasst wurden und ab dem Jahr 1998 auch

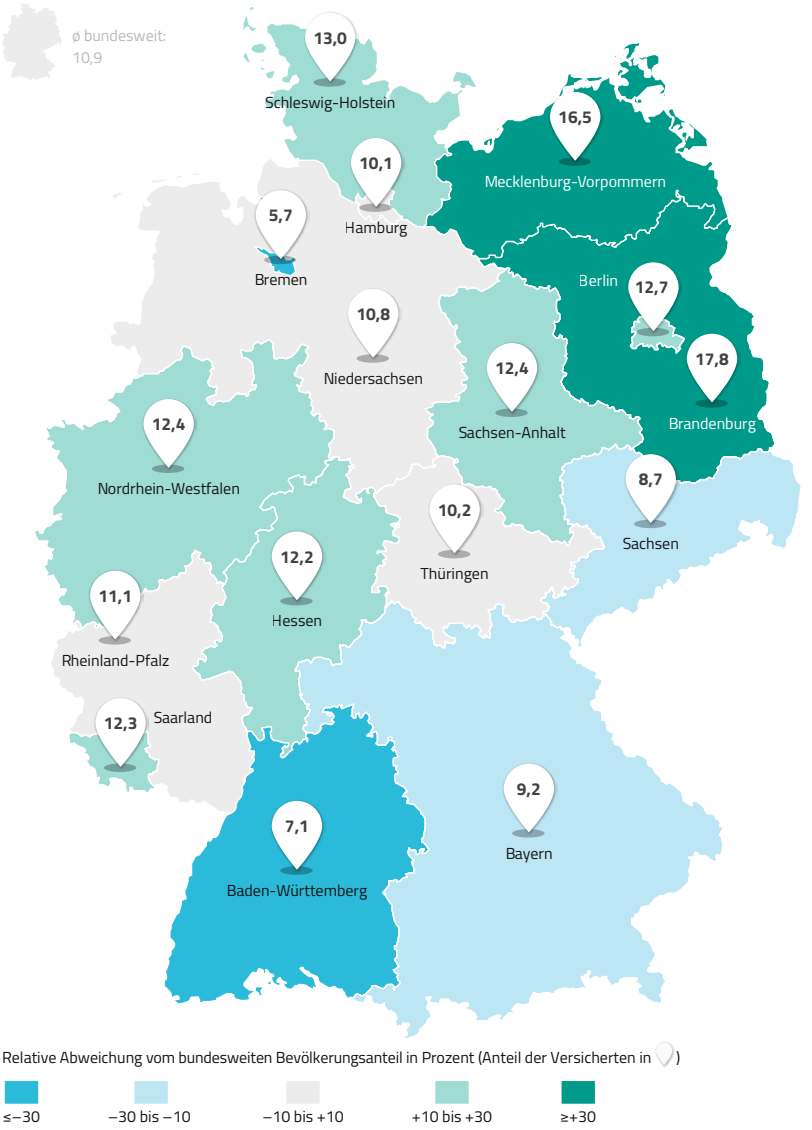
Grundlage regelmäßiger Publikationen, zunächst in Form des GEK-Gesundheitsreports, bildeten.

Seit den Auswertungen zum BARMER GEK Arztreport 2013 konnte auf vereinheitlichte Datenbestände der BARMER und GEK über mehrere Jahre zurückgegriffen werden. Sprachlich vereinfachend wurde in den Darstellungen im Arztreport grundsätzlich von Daten der BARMER GEK gesprochen, auch wenn diese bis 2009 noch von zwei organisatorisch eigenständigen Kassen erhoben wurden. Am 1. Januar 2017 fusionierte die BARMER GEK mit der Deutschen BKK zur „neuen" BARMER. Entsprechend wurden Daten für Auswertungen zum Arztreport, beginnend mit dem Arztreport 2018, verkürzt als BARMER-Daten bezeichnet. Für die Erstellung des BARMER Arztreports 2019 standen nach einer entsprechenden Integration und Prüfung von Datenbeständen erstmals auch Daten zu vormaligen Versicherten der Deutschen BKK zum Berichtsjahr 2017 zur Verfügung, welche in die Routineauswertungen einbezogen wurden. Auch die Routineauswertungen zum Berichtsjahr 2018 basieren auf dem gemeinsamen Datenbestand beider ehemals getrennter Versicherungen.

Im vorliegenden BARMER Arztreport 2020 konnten Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung der BARMER aus 14 Jahren von 2005 bis 2018 berücksichtigt werden. In Auswertungen zum Routineteil des Arztreports zum Jahr 2018 flossen Daten zu 9.130.809 Versicherten mit Versicherung bei der BARMER in allen vier Quartalen des Jahres ein, darunter Daten zu 9.033.159 Versicherten mit bekanntem Wohnort in Deutschland. Auf der Basis der Fortschreibungen von Ergebnissen des Zensus 2011 wird die durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland für 2018 vom Statistischen Bundesamt mit 82,91 Millionen Personen angegeben. Der Anteil der regional zugeordneten und bei Auswertungen berücksichtigten BARMER-Versicherten an der Bevölkerung in Deutschland lag auf dieser Grundlage 2018 bundesweit bei etwa 10,9 Prozent.

Dieser Anteil variiert in den einzelnen Bundesländern zwischen knapp 6 (Bremen) und etwa 18 Prozent (Brandenburg) und liefert insgesamt eine extrem breite und empirisch belastbare Ausgangsbasis für populationsbezogene Aussagen zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen.

Abbildung 1.1: Anteil der BARMER-Versicherten in Prozent an der durchschnittlichen Bevölkerung in Bundesländern im Jahr 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018, Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Bundesländern 2018 (Statistisches Bundesamt 2019)

1.2 Verfügbarkeit und Umfang der Daten zur ambulanten Versorgung

Erst seit dem Jahr 2004 werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), welche für die Abrechnung der Leistungen von niedergelassenen Ärzten mit den gesetzlichen Krankenkassen zuständig sind, an die Krankenkassen versichertenbezogen weitgehend genau die Informationen zu Behandlungsfällen übermittelt, welche die KVen zuvor von den Ärzten patientenbezogen zur Abrechnung erbrachter Leistungen erhalten. Art und Struktur der an die KVen beziehungsweise Krankenkassen gelieferten Informationen entsprechen dabei den Inhalten der früher gebräuchlichen Abrechnungsscheine, die vor der Einführung von EDV-Verfahren zur quartalsweisen Abrechnung von Behandlungsfällen von den Ärzten bei den für sie zuständigen KVen eingereicht wurden. Entsprechende Daten zu Versicherten der BARMER können im Rahmen des Arztreports ab dem Jahr 2005 betrachtet werden. Einen Überblick zu wesentlichen Kennzahlen zur ambulanten Versorgung, die aus entsprechenden Daten abgeleitet werden können, gibt Tabelle 1.1. Ausführlichere Erläuterungen zu Struktur und Inhalten der Daten sowie zu relevanten Veränderungen dieser Daten seit dem Jahr 2005 sind dem BARMER Arztreport 2018 auf den Seiten 30 bis 42 zu entnehmen.

Sowohl für krankenkassenseitige als auch für wissenschaftliche Auswertungen stehen Daten aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zur Verfügung. Typischerweise ist nach bisherigen Erfahrungen mit einer weitgehend vollständigen Verfügbarkeit von bundesweiten Daten aus allen KVen erst mehr als sechs Monate nach Ende eines Abrechnungsquartals zu rechnen. Die im Arztreport 2020 präsentierten Auswertungsergebnisse basieren auf Datenlieferungen der KVen bis August 2019. Daten für Behandlungen im hier vorrangig betrachteten Jahr 2018 lagen zu diesem Zeitpunkt von allen KVen formal vollständig vor.

Ärztliche Behandlungen im Rahmen der ambulanten Versorgung sind verhältnismäßig häufige Ereignisse. Dies gilt insbesondere, wenn man sie mit anderen Ereignissen vergleicht, die in den Daten von Krankenkassen gleichfalls mit Diagnoseangaben erfasst werden (wozu regulär Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausbehandlungen zählen).

Tabelle 1.1: Wesentliche Beobachtungseinheiten und Zählgrößen in Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung

Bezeichnung	Anmerkung
Abrechnungsfälle, Behandlungsfälle	Alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt (beziehungsweise in einer Arztpraxis) innerhalb eines Quartals bilden typischerweise genau einen Abrechnungsfall.
Anteil der Versicherten mit Arztkontakt	Anteil der Versicherten mit mindestens einer Abrechnungsziffer innerhalb eines definierten Zeitraums (beispielsweise Quartal oder Kalenderjahr)
Arztkontakte (vergleiche Abschnitt zu Veränderungen der Daten)	differenzierbare Tagesdatumsangaben bei der Dokumentation von Einzelleistungen, also primär zunächst Leistungserbringungen an unterschiedlichen Tagen und/oder von unterschiedlichen Ärzten beziehungsweise in unterschiedlichen Arztpraxen
Anzahl der Diagnosen	Anzahl der (primär fallbezogen) dokumentierten Diagnoseschlüssel, zunächst gegebenenfalls inklusive redundanter Angaben zu einzelnen Patienten durch einen oder mehrere Ärzte
Anzahl der differenzierbaren Diagnosen	Anzahl unterschiedlicher gültiger Diagnoseschlüssel auf einer ausgewählten Differenzierungsebene in einem definierten Zeitraum (zum Beispiel unterscheidbare ICD-10-Schlüssel dreistellig im Kalenderjahr)
Anzahl der dokumentierten Leistungen	Anzahl der primär fallbezogen dokumentierten Abrechnungsschlüssel im Sinne dokumentierter abrechnungsrelevanter Leistungen
Punktsummen für Behandlungsaufwendungen	Summe der in Daten (primär fallbezogen) dokumentierten Punkte für erbrachte Leistungen (welche erst nach Annahme eines spezifischen Punktwerts in Geldbeträge umgerechnet werden können)
ausgewiesene Geldbeträge für Behandlungsaufwendungen	Summe der (primär fallbezogen) dokumentierten Geldbeträge für Behandlungsaufwendungen. Geldbeträge werden alternativ zu Punkten für die Abrechnung bestimmter Leistungen und Aufwendungen verwendet (beispielsweise Briefporto).
Behandlungsaufwendungen, Kosten	kalkulierte Behandlungsaufwendungen unter Annahme eines bestimmten Punktwerts = (primär ausgewiesene Geldbeträge + [Punktsumme × angenommener Punktwert])

Auswertungen können auf 4,3 Mrd. Diagnoseangaben zurückgreifen.

Zu den Versicherten der BARMER wurden allein im aktuell vorrangig betrachteten Jahr 2018 insgesamt 85,6 Millionen ambulant-ärztliche Behandlungsfälle mit 378,9 Millionen Diagnoseeinträgen und 661,4 Millionen Abrechnungsziffern dokumentiert. Die ausgewerteten Daten der BARMER zu den 14 Jahren 2005 bis 2018 umfassen insgesamt 1.055 Millionen Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfälle mit 4,297 Milliarden Diagnoseangaben und 7,979 Milliarden Abrechnungsziffern. Ergebnisse zur ambulanten

Versorgung in den Berichtsjahren von 2005 bis 2016 basieren dabei noch ausschließlich auf einer Auswertung von Datenbeständen der bis Ende 2016 existierenden BARMER GEK. Bei Auswertungen ab dem Jahr 2017 konnten demgegenüber auch Daten zu vormaligen Versicherten der Deutschen BKK und damit Daten zu weitgehend allen Versicherten der neuen BARMER berücksichtigt werden.

1.3 Methoden, Standardisierung, Übertragbarkeit

Die Auswertungen zum BARMER Arztreport 2020 beruhen in allen berücksichtigten Jahren 2005 bis 2018 auf Daten zur ambulanten Versorgung von mehr als zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland.

Auswertungs- und Bezugspopulationen

Für Berechnungen von Jahresergebnissen zur ambulanten ärztlichen Versorgung bilden im Rahmen des vorliegenden Reports immer genau diejenigen Versicherten die Auswertungs- und Bezugspopulation, zu denen in allen Quartalen des betrachteten Jahres jeweils mindestens ein Versicherungstag mit Anspruch auf Versicherungsleistungen in entsprechenden Referenzdaten zu Versicherungszeiten dokumentiert war. Ergebnisse werden damit für Versicherte berichtet, die de facto weit überwiegend mit geringfügigen jährlichen Variationen, nämlich durchschnittlich an etwa 99,8 Prozent der Tage eines Jahres, bei der BARMER versichert waren. Artifiziell erniedrigte Ergebnisse durch Ein- und Austritte von Versicherten im Jahresverlauf werden damit vermieden.

Aus der Anwendung dieser Regel resultiert, dass sich Angaben zu Neugeborenen (Altersgruppe 0 Jahre) auf Neugeborene des ersten Quartals eines Jahres beschränken, was auch in dieser Gruppe zu sinnvoll interpretierbaren „Jahresergebnissen" führt. Verstorbene werden mit diesem Vorgehen für Standardauswertungen ausschließlich bei Todesfällen (und Versicherungsende) im vierten Quartal berücksichtigt und nicht gänzlich ausgeschlossen, wie dies bei einer alternativ zu erwägenden Beschränkung von Auswertungen auf ganzjährig versicherte Personen der Fall wäre.

Bei den Auswertungen von BARMER-Daten zum Arztreport 2020 konnten in den einzelnen Kalenderjahren von 2005 bis 2018 nach Anwendung entsprechender Selektionsregeln und einem Ausschluss von wenigen Versicherten mit inkonsistenten Angaben zum Versicherungsverlauf effektiv Populationen von n = 8.284.953 (2008) bis n = 9.269.057 (2017) Versicherten berücksichtigt werden. Bei den Auswertungen zum Jahr 2018 wurden n = 9.130.809 Versicherte einbezogen.

Geschlechts- und Altersstandardisierung

Standardisierung gemäß durchschnittlicher Bevölkerung in Deutschland (D2005 oder D2018)

Um Unterschiede der jeweils betrachteten Untersuchungspopulationen hinsichtlich der Geschlechts- und Altersstruktur im Vergleich zur bundesdeutschen Bevölkerung auszugleichen, wurden alle übergreifend berichteten Ergebnisse geschlechts- und altersstandardisiert oder entsprechende Gewichtungen bei der Auswertung berücksichtigt. Für die Daten der Jahre 2005 bis 2018 wurde bei Darstellungen zu zeitlichen Trends in der Regel auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2005 zurückgegriffen (Tabelle A 1 im Anhang). Sinngemäß wurden alle Ergebnisse zunächst für einzelne Geschlechts- und Altersgruppen errechnet und dann entsprechend der anteiligen Bedeutung dieser Gruppen in der deutschen Bevölkerung 2005 zusammengefasst. Durch die einheitliche Standardisierung werden Veränderungen der Inanspruchnahme sichtbar, die sich unabhängig von Veränderungen der Altersstruktur ergeben haben. Entsprechend standardisierte Ergebnisse werden durch die Kennung D2005 gekennzeichnet.

Aus standardisierten Ergebnissen lassen sich bei Bedarf relativ einfach absolute Kennziffern zur ärztlichen Versorgung der deutschen Bevölkerung generieren (beispielsweise die Berechnung der absoluten Zahl der Personen mit einer bestimmten Diagnose in Deutschland durch Multiplikation einer berichteten anteiligen [Prozent-]Angabe und der zugehörigen Populationszahl). Um möglichst exakte Ergebnisse für das aktuelle Berichtsjahr 2018 zu erhalten und realistische Hochrechnungen für das Jahr 2018 zu ermöglichen,

wurden bei der Standardisierung und Darstellung aktueller Ergebnisse in der Regel Angaben zur durchschnittlichen deutschen Bevölkerung im Jahr 2018 auf Grundlage des Zensus 2011 verwendet. Die Ergebnisse mit einer Standardisierung nach der Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland 2018 werden durch D2018 gekennzeichnet. Im Schwerpunktkapitel werden vor dem Hintergrund inhaltlicher Überlegungen zum Teil auch abweichende Populationen zur Standardisierung verwendet, was gegebenenfalls an den entsprechenden Stellen erläutert wird.

Übertragbarkeit

Die Standardisierung der Ergebnisse gleicht Effekte einer abweichenden Geschlechts- und Altersstruktur aus. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse unterstellt jedoch, dass die Ergebnisse auf Basis der BARMER-Population innerhalb der einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen grundsätzlich auf die deutsche Bevölkerung übertragbar sind. Diese Annahme dürfte im Hinblick auf viele der berichteten Ergebnisse zumindest annähernd korrekt sein, kann jedoch im Einzelfall auch kritisch hinterfragt werden (zum Beispiel bei bestimmten berufsassoziierten Erkrankungen, sofern die entsprechenden Berufsgruppen nicht adäquat repräsentiert sind).

Hochrechnungen auf die Gesamtbevölkerung

In einer bewussten Entscheidung wurde als Standardpopulation für die vorliegenden Auswertungen die deutsche Bevölkerung gewählt, entsprechend werden auch Hochrechnungen in Bezug auf die deutsche Gesamtbevölkerung angegeben und damit vergleichbare Ergebnisse nicht nur bei anderen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), sondern auch bei Versicherten der privaten Krankenversicherung (PKV) unterstellt. Zumindest im Hinblick auf wesentliche Ergebnisse sollten selbst merklich abweichende Ergebnisse bei den etwa zwölf Prozent privat versicherten Personen kaum zu grundlegenden Veränderungen der hier präsentierten Gesamtergebnisse für die deutsche Bevölkerung führen. Ein Hauptargument für das gewählte Vorgehen liegt jedoch in der einfacheren Interpretation und Verständlichkeit der Ergebnisse.

Kapitel 2

Ambulante ärztliche Versorgung – Routine-auswertungen

2 Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen

2.1 Inanspruchnahme in Quartalen und Kalenderjahren

2.1.1 Quartalsergebnisse

Ein überwiegender Teil der Bevölkerung ist bereits innerhalb eines Quartals von mindestens einem Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung betroffen (siehe Tabelle 2.1).

71–78 % der Bevölkerung in jedem Quartal ambulant versorgt (2005–2018)

Nach den Ergebnissen auf der Basis von BARMER-Daten kontaktierten in den einzelnen Quartalen der Jahre 2005 bis 2018 zwischen 71 und 78 Prozent der Bevölkerung die ambulante Versorgung. Durchschnittlich wurden bis 2007 je Person und Quartal etwa 1,7 bis 1,8 Behandlungsfälle mit insgesamt gut vier Behandlungstagen beziehungsweise Arztkontakten erfasst. Während die Behandlungsraten und Behandlungsfallzahlen 2008 tendenziell noch höher als in den Vorjahren lagen, ergaben sich bei der Ermittlung der Arztkontakte ab Beginn des Jahres 2008 rechnerisch geringere Werte, die daraus resultierten, dass, bedingt durch die Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen, bei Mehrfachkontakten innerhalb des Quartals häufig keine neuen Leistungsziffern abgerechnet werden konnten.

Ab dem vierten Quartal 2008 lagen die Behandlungsfallzahlen mit etwa zwei Fällen je Quartal auf einem höheren Niveau als in den zuvor betrachteten Zeiträumen. Dies ist vorrangig Folge der Einführung der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften seit dem vierten Quartal 2008 (Deutsches Ärzteblatt 2008). Seither generieren Laborleistungen, die von niedergelassenen Ärzten beauftragt werden, eigenständige „Behandlungsfälle", da sie jetzt grundsätzlich separat von den Laborgemeinschaften mit der KV abgerechnet werden müssen.

Die Maßzahlen aus dem aktuell vorrangig betrachteten Jahr 2018 zeigen bei der hier gewählten einheitlichen Geschlechts- und Altersstandardisierung, also sinngemäß unter Annahme einer unveränderten Bevölkerungsstruktur, hinsichtlich der Behandlungsraten ähnliche Werte wie im Vorjahr, wobei die Ergebnisse im ersten und zweiten Quartal leicht über den Vorjahresergebnissen lagen.

Tabelle 2.1: Trends von Behandlungsraten, Behandlungsfällen und Arztkontakten je Quartal 2005 bis 2018

	Jahr	Quartal			
		I	II	III	IV
Behandlungsrate (in Prozent)	2005	73	72	71	73
	2006	73	72	71	73
	2007	74	73	72	74
	2008	75	74	72	74
	2009	75	73	72	76
	2010	73	73	72	74
	2011	75	72	72	74
	2012	74	72	72	73
	2013	77	75	74	75
	2014	76	75	74	76
	2015	77	75	74	76
	2016	77	76	74	76
	2017	77	74	74	75
	2018	78	75	74	75
Behandlungsfälle je Person (Mittelwert)	2005	1,75	1,77	1,72	1,77
	2006	1,79	1,76	1,74	1,80
	2007	1,84	1,80	1,79	1,84
	2008	1,85	1,89	1,81	2,01*
	2009	2,06*	1,99*	1,99*	2,05*
	2010	2,01*	2,01*	1,98*	2,00*
	2011	2,07*	1,98*	1,99*	2,01*
	2012	2,07*	1,98*	1,96*	1,99*
	2013	2,09*	2,05*	2,04*	2,04*
	2014	2,11*	2,03*	2,04*	2,06*
	2015	2,12*	2,03*	2,02*	2,07*
	2016	2,10*	2,11*	2,03*	2,06*
	2017	2,15*	2,04*	2,04*	2,05*
	2018	2,15*	2,05*	2,01*	2,03*
Anzahl Arztkontakte je Person (Mittelwert)	2005	4,3	4,5	4,3	4,5
	2006	4,6	4,3	4,2	4,5
	2007	4,7	4,4	4,4	4,7
Anzahl Tage mit Leistungsabrechnung je Person (Mittelwert)	2008	3,4*	3,5*	3,3*	3,5*
	2009	3,7*	3,5*	3,5*	3,7*
	2010	3,6*	3,5*	3,5*	3,6*
	2011	3,7*	3,5*	3,5*	3,6*
	2012	3,7*	3,5*	3,5*	3,6*
	2013	3,6*	3,6*	3,5*	3,6*
	2014	3,8*	3,6*	3,6*	3,7*
	2015	3,8*	3,6*	3,6*	3,7*
	2016	3,7*	3,8*	3,6*	3,7*
	2017	3,9*	3,6*	3,6*	3,6*
	2018	3,8*	3,6*	3,5*	3,5*

Quelle: BARMER-Daten 2005 bis 2018, standardisiert D2005; zu den mit * gekennzeichneten Ergebnissen siehe Erläuterungen im Text

2.1.2 Jahresergebnisse

93 % der Bevölkerung suchen mindestens einmal pro Jahr den Arzt auf.

Innerhalb eines gesamten Jahres hat nur ein verhältnismäßig geringer Teil der Versicherten keinen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Etwa 92 bis 93 Prozent der Bevölkerung suchten innerhalb der Jahre 2009 bis 2018 jeweils mindestens einmal jährlich einen Arzt auf.

2018: 8,3 Behandlungsfälle und 14,4 Leistungsabrechnungstage (D2005)

Innerhalb eines Kalenderjahres resultierten daraus 2018 – nach einer Bereinigung um Effekte der demografischen Veränderungen seit 2005 – je Person 8,3 Behandlungsfälle (im Sinne von Abrechnungen von unterschiedlichen Ärzten und/oder Abrechnungen aus unterschiedlichen Quartalen) mit insgesamt durchschnittlich 14,4 separaten Behandlungstagen beziehungsweise Tagen, an denen mindestens eine bestimmte Leistung oder Pauschale im Rahmen der ambulanten Versorgung abgerechnet wurde.

Tabelle 2.2: Ambulante ärztliche Versorgung 2009 bis 2018

Kalenderjahr	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Behandlungsrate im Kalenderjahr (in Prozent)										
gesamt	93	92	92	92	93	93	93	93	93	93
Männer	89	88	89	88	90	89	90	90	90	90
Frauen	96	96	96	95	96	96	96	96	96	96
Behandlungsfälle je Jahr (Mittelwert)										
gesamt	8,09	7,99	8,05	8,00	8,21	8,24	8,25	8,31	8,28	8,25
Männer	6,55	6,47	6,49	6,45	6,64	6,63	6,66	6,71	6,71	6,69
Frauen	9,56	9,46	9,54	9,49	9,72	9,78	9,77	9,84	9,79	9,74
Anzahl Tage mit Abrechnung von Leistungen je Jahr (Mittelwert)										
gesamt	14,4	14,2	14,3	14,3	14,3	14,6	14,7	14,7	14,6	14,4
Männer	11,9	11,8	11,8	11,8	11,9	12,1	12,2	12,2	12,1	12,0
Frauen	16,7	16,5	16,7	16,6	16,7	17,0	17,0	17,1	16,9	16,7

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018, standardisiert D2005

Während in der Zeit bis einschließlich zum Jahr 2007 ärztliche Leistungen nach einem Einzelleistungssystem abgerechnet wurden, wurde ab dem Jahr 2008 eine Abrechnung mit Versicherten- und Grundpauschalen eingeführt (Ergebnisse zu den Jahren 2005 bis 2008 sind in Tabelle 2.2 nicht mehr dargestellt, können aber dem BARMER Arztreport

2017 entnommen werden). Für die Jahresergebnisse ab dem Jahr 2008 gilt, dass trotz der höheren Behandlungsfallzahlen im Vergleich zu den Vorjahren im Zuge der Umstellung der Abrechnung rechnerisch eine geringere Zahl an dokumentierten Arztkontakten resultiert (die im Arztreport immer aus der Anzahl von Kalendertagen mit Abrechnung von Einzelleistungen hergeleitet wurde). Da mit der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen auch mehrere Arztkontakte im Quartal häufig nur noch zu einer einmaligen Dokumentation einer Ziffer für die entsprechende Pauschale führen, kann aus der Anzahl der unterschiedlichen Datumsangaben zu dokumentierten Abrechnungsziffern nicht mehr auf die Anzahl der Tage mit Arztkontakten geschlossen werden. Die hier dargestellten Werte aus den Jahren 2009 bis 2018 dürften entsprechend die realen Arztkontaktzahlen erheblich unterschätzen. Insbesondere ab dem Jahr 2009 werden allerdings die hier ausgewiesenen Zahlen durch die Direktabrechnung von Laborgemeinschaften auch artifiziell in die gegenteilige Richtung beeinflusst.

Aus alters- und geschlechtsstandardisierten Zahlenwerten lassen sich allgemein auch Schätzwerte zur Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland insgesamt berechnen.

Tabelle 2.3: Ambulante ärztliche Versorgung 2018

	je Person in Prozent	absolut D2018 in Millionen
Behandlungsrate im Kalenderjahr (in Prozent)		
gesamt	93,3	77,3
Männer	90,4	37,0
Frauen	96,1	40,3
Behandlungsfälle je Kalenderjahr (Mittelwert)		
gesamt	8,56	709
Männer	7,11	291
Frauen	9,96	418
Anzahl Tage mit Abrechnung von Leistungen je Jahr (Mittelwert)		
gesamt	15,1	1.256
Männer	13,0	530
Frauen	17,3	726

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Behandlungsfallzahl 2018 um 0,22 % gesunken

Die Tabelle 2.3 zeigt Ergebnisse von Hochrechnungen auf der Basis von Daten zu gut 9,1 Millionen Versicherten der BARMER 2018. Demnach hatten, unter der Annahme von den nominell 82,91 Millionen Einwohnern, in Deutschland insgesamt 77,3 Millionen Personen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Dabei wurden schätzungsweise 709 Millionen Behandlungsfälle erfasst und in unterschiedlichen Praxen für unterschiedliche Patienten eine oder mehrere Leistungen an 1,256 Milliarden Tagen abgerechnet. Die Ergebnisse der Hochrechnungen zu Inanspruchnahmen im Jahr 2018 liegen damit – an dieser Stelle unter Berücksichtigung von demografischen Veränderungen – auf ähnlichem Niveau wie im Vorjahr (vergleiche Tabelle 2.3 des BARMER Arztreports 2019 auf Seite 43 mit Ergebnissen zum Jahr 2017). Die Behandlungsrate ist 2018 im Vergleich zum Vorjahr um 0,27 Prozent angestiegen, während die Abrechnungstage und die Anzahl der Fälle je Person und Jahr um 0,22 Prozent und 1,00 Prozent gesunken sind.

2.1.3 Variationen im Jahresverlauf

Der folgende Abschnitt befasst sich mit Variationen der Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung im Jahresverlauf. Dargestellt werden die Anteile derjenigen Versicherten, bei denen an einzelnen Kalendertagen eines Jahres nach verfügbaren Abrechnungsdaten jeweils mindestens eine ambulant-ärztliche Leistung abgerechnet wurde und die insofern an diesen Tagen in der Regel auch Kontakt zur ambulant-ärztlichen Versorgung gehabt haben sollten.

An einzelnen Kalendertagen kontaktieren > 8 % der Bevölkerung einen Arzt.

Die Abbildung 2.1 A zeigt zunächst Ergebnisse vom Jahr 2007, dem letzten Jahr vor Einführung der pauschalierten Vergütung. Da bis 2007 weitgehend jede relevante ärztliche Leistung einzeln abgerechnet und vergütet wurde, dürften mit den Abrechnungsdaten auch weitgehend alle Arztkontakte erfasst worden sein. Dargestellt werden als dünne blaue Linie die primär ermittelten Kontaktraten an einzelnen Tagen, die einen typischen Wochenzyklus mit Raten zwischen etwa 0,2 Prozent (an Sonntagen) und zum Teil mehr als acht Prozent zeigen.

Abbildung 2.1 A: Anteil der Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2007 und 2012

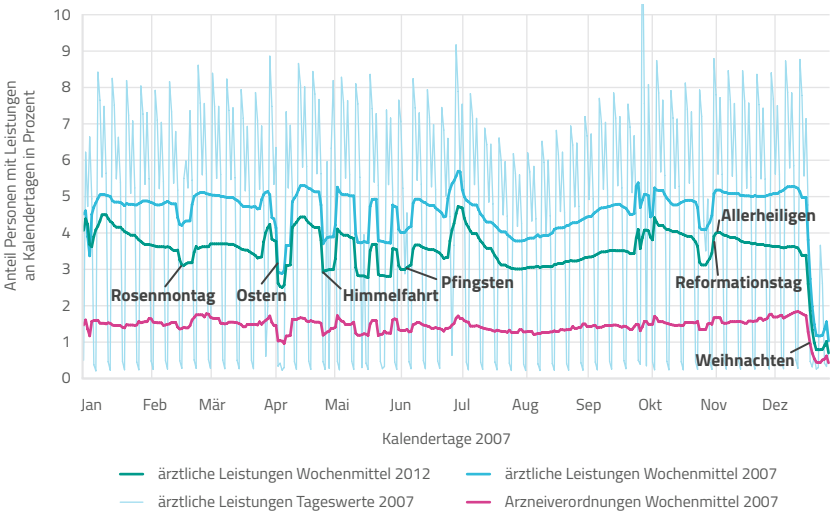
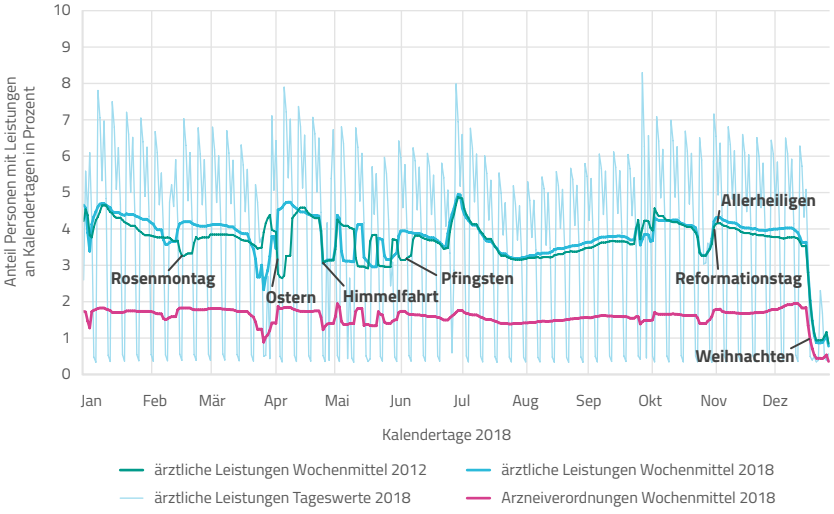


Abbildung 2.1 B: Anteil der Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2018 und 2012



Quelle: BARMER-Daten 2007, 2012 (als Referenz), 2018; standardisiert D2007, D2012, D2018

Praxisgebühr Anfang 2013 abgeschafft

Eine übersichtlichere Beurteilung der Kontakt- beziehungsweise Abrechnungsraten erlaubt die Darstellung der Ergebnisse im Wochenmittel (siehe dickere blaue Linie, gleitende Mittelwerte über jeweils sieben Tage), womit die ausgeprägten wochenzyklischen Schwankungen ausgeglichen werden. Ergänzend sind in der Abbildung zudem Ergebnisse basierend auf Arzneiverordnungsraten zu Populationsanteilen mit mindestens einer Arzneiverordnung an Kalendertagen – hier ausschließlich im Wochenmittel – dargestellt (magentafarbene Linie). In Abbildung 2.1 B werden analog ermittelte Ergebnisse zum aktuell betrachteten Kalenderjahr 2018 präsentiert. Beide Abbildungsteile beinhalten zudem – auch im Sinne einheitlicher Vergleichswerte – als grüne Linien Darstellungen zu Kontakt- beziehungsweise Abrechnungsraten im Wochenmittel aus dem Jahr 2012. Das Jahr 2012 war das letzte Jahr, in dem die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen beim Besuch eines Arztes oder Psychotherapeuten sowie des kassenärztlichen Notdienstes einmal im Quartal die sogenannte Praxisgebühr, eine Zahlung von zehn Euro, entrichten mussten. Die Regelung war im Jahr 2004 in Kraft getreten und wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2013 abgeschafft.

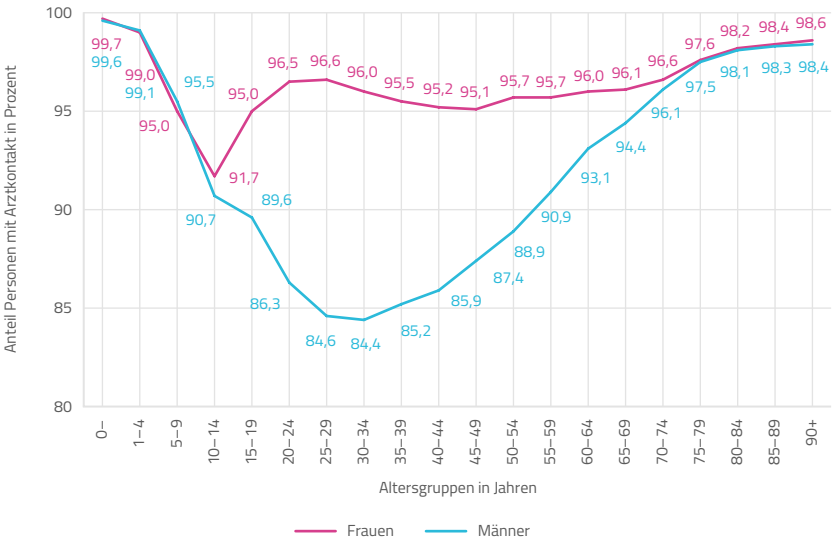
Deutlich wird auf den ersten Blick das insgesamt im Vergleich zum Jahr 2007 merklich niedrigere Niveau der Raten 2018. Des Weiteren fallen die 2018 im Vergleich zu 2007 stärker ausgeprägten quartalszyklischen Schwankungen mit typischen Höchstwerten in den ersten Tagen eines jeden Quartals auf, die so bereits seit Einführung der pauschalierten Vergütung 2008 beobachtet werden können. Die Veränderungen dürften vorrangig auf die Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen und damit auf die veränderte Abrechnung von ärztlichen Leistungen zurückzuführen sein. Während erstmalige Kontakte zu einem Arzt innerhalb eines Quartals weitgehend unverändert auch nach Einführung der Pauschalen durch einen Eintrag in die Abrechnungsunterlagen dokumentiert werden, können nach dem Erstkontakt seit dem Jahr 2008 nur noch seltener EBM-Ziffern separat abgerechnet werden, auch wenn ein Patient noch mehrfach im Quartal die Praxis aufsucht. Insbesondere chronisch kranke Patienten dürften häufig bereits zu Quartalsbeginn ihren Arzt kontaktieren, was auch nach Einführung der Pauschalen regelmäßig in den Abrechnungsdaten erfasst wird, während demgegenüber weitere Kontakte an den Folgetagen seit dem Jahr 2008 nur in besonderen Fällen noch zur Dokumentation von Abrechnungsziffern führen.

Ob sich in Deutschland im Zuge der Veränderungen des EBM ab 2008 die reale Zahl an Arztkontakten verändert hat, lässt sich auf Basis der aktuell verfügbaren Daten nur ausgesprochen schwer beurteilen. Dass die dargestellten quartalszyklischen Schwankungen nach 2008 nicht das reale Kontaktgeschehen widerspiegeln, verdeutlicht die Gegenüberstellung von Ergebnissen zu Arzneiverordnungsraten 2018. Arzneiverordnungsraten konzentrieren sich auch 2018 in nur geringerem Ausmaß auf Zeiträume nahe dem Quartalsbeginn (magentafarbene Linie in Abbildung 2.1 B).

2.2 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Wesentliche Determinanten der Erkrankungshäufigkeit und damit auch der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der ambulanten Versorgung bilden die Merkmale Alter und Geschlecht. Die Abbildung 2.2 zeigt die Behandlungsraten im Gesamtjahr 2018 in Abhängigkeit von diesen beiden grundlegenden soziodemografischen Merkmalen.

Abbildung 2.2: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2018

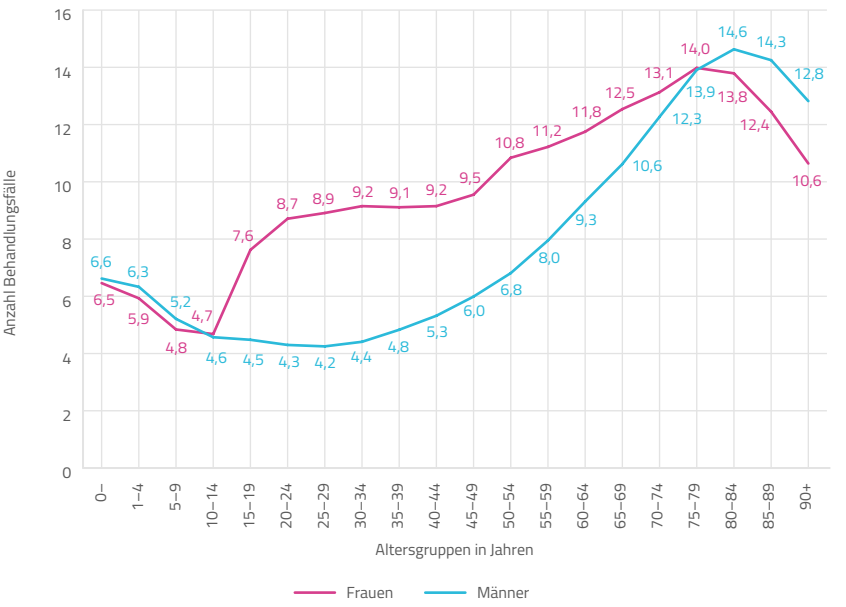


Quelle: BARMER-Daten 2018; siehe auch Tabelle A 3 im Anhang

Altersabhängig kontaktierten 2018 mindestens 92 % der Frauen und 84 % der Männer einen Arzt.

Die Behandlungsraten innerhalb eines Jahres (sinngemäß: Welcher Anteil der Versicherten hatte innerhalb des Jahres mindestens einmal Kontakt zur ambulanten Versorgung?) liegen in allen Altersgruppen auf einem hohen Niveau. Sie unterschritten im Jahr 2018 bei Frauen in keiner Altersgruppe einen Wert von 91,7 Prozent. Bei Männern findet sich eine minimale Rate von 84,4 Prozent im Alter zwischen 30 und 34 Jahren. Selbst in dieser „selten betroffenen" Gruppe hatte nach vorliegenden Daten nur weniger als ein Fünftel der Männer innerhalb des Jahres keinen Kontakt zur ambulanten Versorgung. Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsraten zwischen Männern und Frauen finden sich insbesondere im gebärfähigen Alter der Frauen.

Abbildung 2.3: Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2018



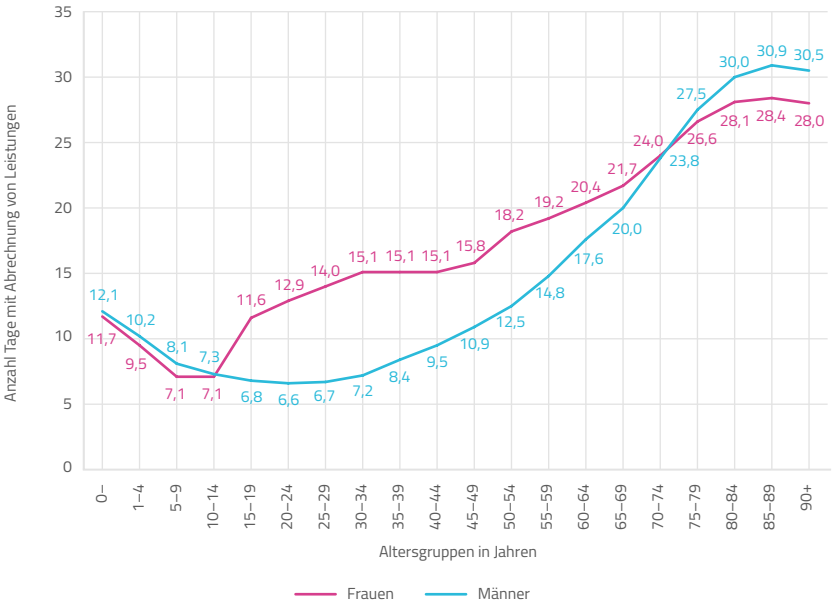
Quelle: BARMER-Daten 2018; siehe auch Tabelle A 4 im Anhang

Ältere Männer nehmen mehr Leistungen in Anspruch als ältere Frauen.

Abbildung 2.3 zeigt die Zahl der durchschnittlich innerhalb des Jahres 2018 abgerechneten Behandlungsfälle je Person (siehe auch Tabelle A 4 im Anhang). Die geringste Zahl an Behandlungsfällen wurde im Jahr 2018 wie in den Vorjahren bei Männern im Alter zwischen 25 und 29 Jahren mit durchschnittlich 4,2 Fällen im Jahr erfasst. Die Fallzahlen lie-

gen bei Frauen mit 8,9 Fällen in diesem Alter mehr als doppelt so hoch. Auffällig erscheint weiterhin und wie bereits in vorausgehenden Jahren festgestellt, dass die Fallzahlen bei Männern nach Vollendung des 80. Lebensjahres mit 14,6 Fällen je Jahr merklich über denen bei Frauen liegen. Es dürften demnach von älteren Männern tendenziell Leistungen von mehr unterschiedlichen Ärzten in Anspruch genommen werden als von Frauen.

Abbildung 2.4: Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2018

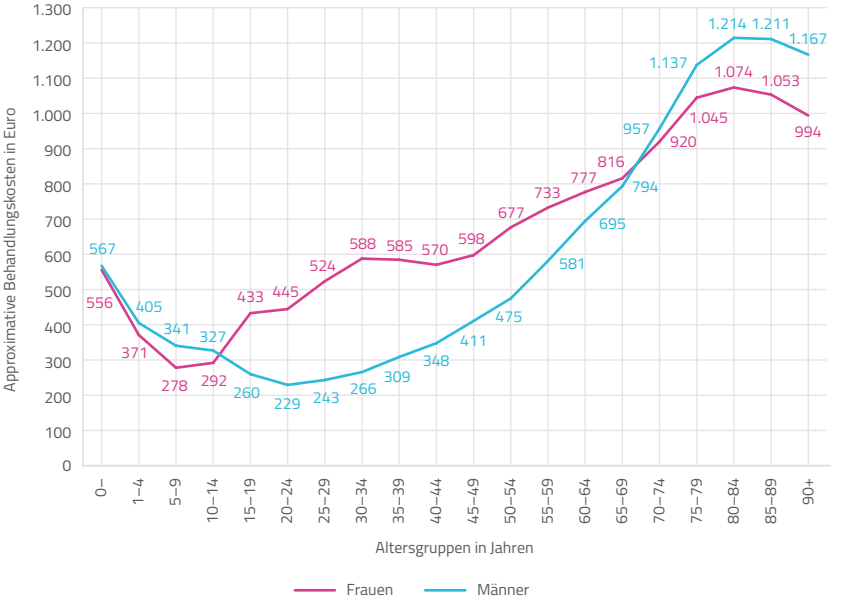


Quelle: BARMER-Daten 2018; siehe auch Tabelle A 5 im Anhang

Wie bereits erwähnt, lässt sich nach der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen ab dem Jahr 2008 aus aktuelleren Daten die Zahl der Arztkontakte nur noch schwer abschätzen. Unabhängig von einer inhaltlichen Interpretation lässt sich in den Daten jedoch weiterhin formal die Anzahl der Tage ermitteln, an denen in bestimmten Arztpraxen mindestens eine Leistung für einen bestimmten Versicherten erbracht beziehungsweise abgerechnet wurde.

Abbildung 2.4 zeigt entsprechende Ergebnisse für das Jahr 2018. Im Vergleich zu den Ergebnissen zu Behandlungsfallzahlen zeigt sich im Hinblick auf die Tage mit Abrechnung von Leistungen eine noch deutlichere Altersabhängigkeit. Die geringsten Werte finden sich bei 20- bis 24-jährigen männlichen Versicherten. Bei Versicherten aus dieser Gruppe wurde im Jahr 2018 durchschnittlich an 6,6 unterschiedlichen Tagen und/oder in unterschiedlichen Praxen mindestens eine Leistung abgerechnet. Bei 85- bis 89-jährigen Männern, der Gruppe mit dem höchsten Wert, waren es 2018 demgegenüber 30,9 Tage mit mindestens einer Leistungsabrechnung und damit fast fünfmal so viele Tage wie bei den wenig betroffenen jungen Männern (siehe auch Tabelle A 5 im Anhang).

Abbildung 2.5: Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018; siehe auch Tabelle A 6 im Anhang

∅ Behandlungskosten/ Jahr: min. 229 €, max. 1.214 €

Ein ähnliches Bild ergeben Auswertungen zu approximativ ermittelten ambulanten Behandlungskosten. Für die Berechnungen wurde bei einer Berücksichtigung von abgerechneten Punktwerten der im Jahr 2018 bundeseinheitlich und fachübergreifend gültige Orientierungspunktwert von 10,6543 Cent angenommen. Die geringsten durchschnittli-

chen jährlichen ambulanten Behandlungskosten ließen sich im Jahr 2018 für 20- bis 24-jährige Männer mit 229 Euro berechnen, die höchsten approximativ ermittelten Kosten resultieren bei 80- bis 84-jährigen Männern mit 1.214 Euro (siehe auch Tabelle A 6 im Anhang).

2.3 Fachärztliche Behandlungshäufigkeit

Die Tätigkeit und Abrechnung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung setzen die Niederlassung eines Arztes mit Zuordnung zu einer spezifischen Arztgruppe voraus. Für die nachfolgenden Darstellungen zur fachgruppenspezifischen Inanspruchnahme wurde jeder Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfall der Fachgruppe desjenigen Arztes mit der fallbezogen höchsten Anzahl an dokumentierten Abrechnungsziffern zugeordnet. Da Darstellungen zu allen differenzierbaren Facharztgruppen sehr unübersichtlich wären, wurden diese zuvor gruppiert. Die exakte Zuordnung einzelner Fachgruppenschlüssel zu den nachfolgend verwendeten übergeordneten Fachgebieten ist Tabelle A 7 im Anhang zu entnehmen.

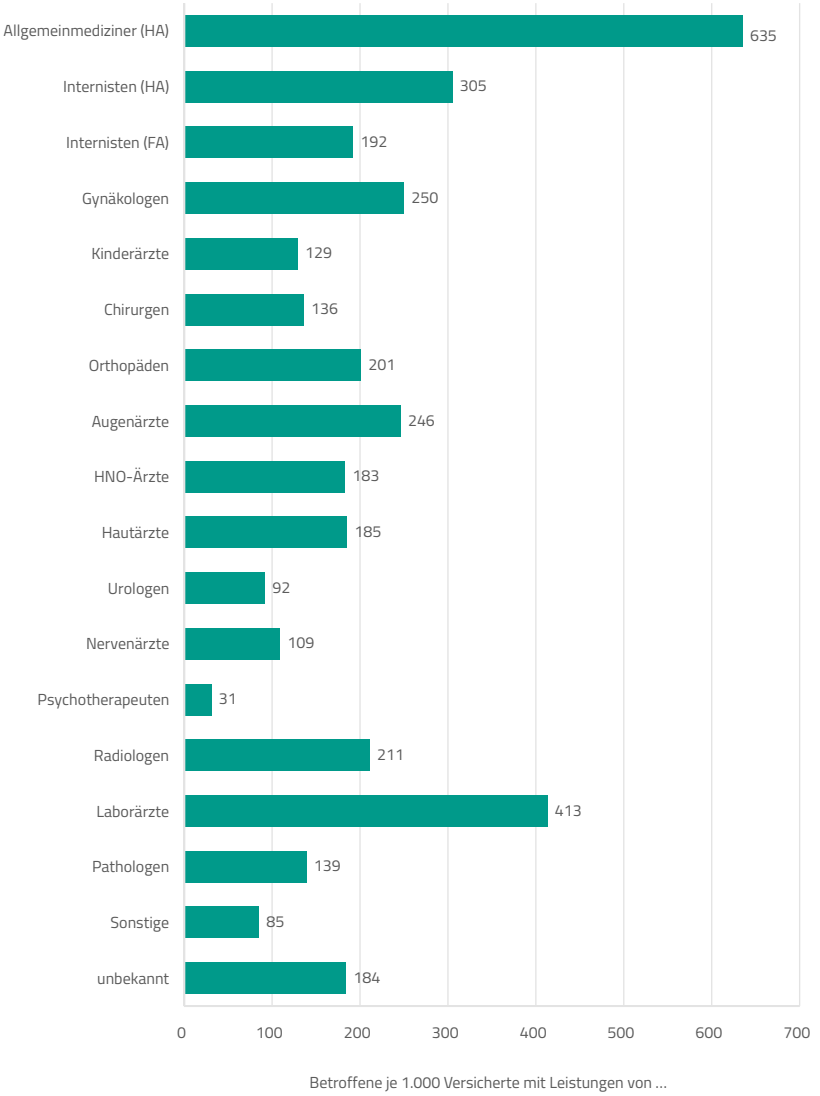
2.3.1 Betroffene und Behandlungsfälle 2018 nach Fachgebieten

Tabelle 2.4 zeigt altersstandardisierte Betroffenenraten und Behandlungsfallzahlen je 1.000 Versicherte nach zusammengefassten Fachgebietskodierungen sowie den Anteil der fachspezifisch abgerechneten Behandlungsfälle an allen Behandlungsfällen im Jahr 2018. Die Betroffenen- beziehungsweise Kontaktraten werden auch in Abbildung 2.6 dargestellt.

63,5 % kontaktierten Allgemeinmediziner, 3,1 % Psychotherapeuten (2018)

Am häufigsten werden hausärztlich tätige Allgemeinmediziner kontaktiert. Von den Versicherten konsultierten 2018 geschlechts- und altersgruppenübergreifend 63,5 Prozent (635 je 1.000) mindestens einmal einen entsprechenden Arzt oder eine entsprechende Ärztin. Zudem suchten 30,5 Prozent mindestens einmal einen hausärztlich niedergelassenen Internisten auf, fachärztlich tätige Internisten wurden demgegenüber nur von 19,2 Prozent der Versicherten innerhalb eines Jahres konsultiert.

Abbildung 2.6: Personen mit Kontakt zu Facharztgruppen je 1.000 Versicherte 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert D2018

Insgesamt entfielen auch im Jahr 2018 mit einem Anteil von 35,5 Prozent mehr als ein Drittel aller abgerechneten Behandlungsfälle auf hausärztlich tätige Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internisten. Zur hausärztlichen Versorgung im weiteren Sinne lassen sich zudem mehr als 80 Prozent der Behandlungsfälle aus der Kinder- und Jugendmedizin zählen, die im Jahr 2018 insgesamt 5,1 Prozent aller Behandlungsfälle ausmachten. Verhältnismäßig hohe Fallzahlen finden sich ansonsten insbesondere bei Gynäkologen und Laborärzten mit Fallanteilen von 7,8 und 10,0 Prozent. Bei 3,2 Prozent der Behandlungsfälle war – gegenüber 3,1 Prozent im vorausgehenden Jahr – keine Fachgebietszuordnung der vorrangig behandelnden Ärzte möglich. Diese Konstellation tritt typisch beispielsweise bei Behandlungen in universitären Polikliniken auf, da den dort tätigen Ärzten oftmals keine LANR zugeordnet ist.

Nur 3,1 Prozent der Versicherten (31 je 1.000) hatten Kontakt zu psychologischen Psychotherapeuten, die in der hier gewählten Fachgruppenaufteilung trotz ihrer verhältnismäßig geringen Kontaktraten als einzige nicht-ärztliche Berufsgruppe separat ausgewiesen werden. Auf Behandlungen bei psychologischen Psychotherapeuten entfielen 0,9 Prozent der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechneten Behandlungsfälle.

Da psychologische Psychotherapeuten ihre Patienten typischerweise mehrmals im Quartal sehen und Therapiesitzungen jeweils separat je Termin abgerechnet werden, ergibt sich für diese Therapeutengruppe auch 2018 eine vergleichsweise sehr hohe Zahl von durchschnittlich 4,8 Kalendertagen mit Abrechnung von Leistungen je Behandlungsfall. Bei allen übrigen Arztgruppen lag dieser Wert nicht höher als 2,2 (Werte nicht in der Tabelle angegeben, jedoch aus Angaben zu Tagen und Fällen ableitbar). Dies hat zur Folge, dass den psychotherapeutischen Leistungen im Hinblick auf die Leistungstage mit 2,5 Prozent anteilig eine erheblich größere Bedeutung als im Hinblick auf die Abrechnungsfälle zukommt.

Tabelle 2.4: Betroffene, Behandlungsfälle und Leistungstage je 1.000 Versicherte nach Fachgebieten 2018

Fachgebietsbezeichnung	Betroffene je 1.000 Versicherte	Fälle je 1.000 Versicherte	Anteil an allen Fällen in Prozent	Tage* je 1.000 Versicherte	Anteil an allen Tagen in Prozent
Hausarzt Allgemeinmedizin	635	2.143	25,0	4.653	30,7
Hausarzt Internist	305	891	10,4	1.947	12,9
Facharzt Internist	192	454	5,3	865	5,7
Gynäkologie	250	670	7,8	917	6,1
Kinder- und Jugendmedizin	129	437	5,1	768	5,1
Chirurgie	136	213	2,5	361	2,4
Orthopädie	201	372	4,3	683	4,5
Augenarzt	246	435	5,1	538	3,6
HNO	183	302	3,5	399	2,6
Hautarzt	185	331	3,9	459	3,0
Urologie	92	191	2,2	309	2,0
Neurologie – Nervenheilkunde	109	282	3,3	543	3,6
psychologischer Psychotherapeut	31	80	0,9	386	2,5
Radiologie – Nuklearmedizin	211	323	3,8	448	3,0
Labormedizin	413	856	10,0	1.109	7,3
Pathologe	139	165	1,9	170	1,1
Sonstige	85	135	1,6	198	1,3
unbekannt	184	275	3,2	391	2,6
insgesamt	933	8.556	100,0	15.145	100,0

* Kalendertage mit Abrechnung mindestens einer Leistung bei einem Versicherten
Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert D2018

Abweichende Relationen zwischen den Fachgruppen hinsichtlich der Zahl von Abrechnungsfällen resultieren, wenn man die Zahl der dokumentierten Abrechnungsziffern sowie approximative Behandlungskosten betrachtet. Tabelle 2.5 zeigt neben den bereits dargestellten Fallzahlen die durchschnittliche Zahl der dokumentierten Abrechnungsziffern sowie approximative Kosten je Fall. In der vorletzten Spalte werden schließlich approximative durchschnittliche Behandlungskosten je Versicherten für das Jahr 2018 angegeben.

Tabelle 2.5: Abrechnungsziffern sowie approximative fall- und versichertenbezogene Kosten nach Fachgebieten 2018

Fachgebiets-bezeichnung	Fälle je 1.000 Versicherte	Abrechnungs-ziffern je Fall	approximative Kosten je Fall in Euro*	approximative Kosten je Versicherten in Euro*	Anteil an Kosten insgesamt in Prozent
Hausarzt Allgemeinmedizin	2.143	7,92	58	125	21,5
Hausarzt Internist	891	8,54	63	56	9,7
Facharzt Internist	454	8,98	141	64	11,0
Gynäkologie	670	7,65	50	33	5,7
Kinder- und Jugendmedizin	437	6,39	73	32	5,4
Chirurgie	213	7,25	80	17	2,9
Orthopädie	372	7,88	59	22	3,7
Augenarzt	435	6,66	65	28	4,8
HNO	302	7,04	50	15	2,6
Hautarzt	331	6,51	41	14	2,3
Urologie	191	9,50	53	10	1,7
Neurologie – Nervenheilkunde	282	8,83	102	29	4,9
psychologischer Psychotherapeut	80	14,33	447	36	6,2
Radiologie – Nuklearmedizin	323	5,45	133	43	7,4
Labormedizin	856	10,08	28	24	4,2
Pathologe	165	4,50	31	5	0,9
Sonstige	135	6,88	109	15	2,5
unbekannt	275	7,65	52	14	2,4
insgesamt	8.556	7,93	68	583	100,0

* unter Annahme eines einheitlichen Punktwerts von 10,6543 Cent
Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert D2018

Seit der Einführung der Direktabrechnung rechnen insbesondere Laborärzte je Behandlungsfall eine relativ hohe Zahl an EBM-Ziffern ab. Im Jahr 2018 waren es durchschnittlich 10,1 Ziffern je Fall (Tabelle 2.5), was sich auch auf die ausgeprägte Differenzierung der

EBM-Abrechnungsziffern in diesem Bereich zurückführen lässt. Zugleich ist den einzelnen Leistungsziffern bei Laborärzten in der Regel nur ein geringer Punktwert zugeordnet. Hieraus resultiert, dass je „Behandlungsfall" bei einem Laborarzt durchschnittlich im Facharztvergleich die geringsten approximativen fallbezogenen Kosten in Höhe von 28,5 Euro anfielen.

höchste ∅ Behandlungskosten pro Fall bei psychologischen Psychotherapeuten mit ∅ 447 €

Fallbezogen die höchsten Kosten resultierten auch 2018 bei Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten mit 447 Euro je Abrechnungsfall. Bei der Bewertung dieses Ergebnisses ist zu bedenken, dass die mögliche Anzahl der Behandlungsfälle bei einem einzelnen Psychotherapeuten leistungsbedingt sehr begrenzt ist. Während ein einzelner Laborarzt mit seinen angestellten Fachkräften durchaus eine hohe vierstellige Zahl von Abrechnungsfällen innerhalb eines Quartals abarbeiten kann, dürfte ein Psychotherapeut, der sich innerhalb von drei Monaten üblicherweise mehrere Stunden mit einem einzelnen Patienten befasst, in diesem Zeitraum oftmals nicht mehr als 100 unterschiedliche Patienten behandeln.

∅ Ausgaben für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung: 583 € je Versicherten

Die letzte Spalte der Tabelle verdeutlicht die approximative Verteilung der jährlichen versichertenbezogenen Kosten für die ambulante Behandlung auf unterschiedliche Facharztgruppen. Insgesamt ergaben sich 2018 nach diesen Berechnungen auf der Basis von BARMER-Daten geschlechts- und altersstandardisiert durchschnittliche Ausgaben für die ambulante Versorgung in Höhe von 583 Euro für jeden Versicherten. Mit 31,2 Prozent entfiel knapp ein Drittel dieser Ausgaben auf Behandlungskosten bei allgemeinärztlichen oder internistischen Hausärzten.

2.4 Anzahl kontaktierter Ärzte – Arztwechsel

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Anzahl unterschiedlicher Ärzte beziehungsweise Praxen, die von einzelnen Versicherten innerhalb eines Jahres aufgesucht wurden. Behandlungen eines Arztes lassen sich in den Abrechnungsdaten über die lebenslange Arztnummer des jeweiligen Arztes identifizieren, entsprechend lassen sich patientenbe-

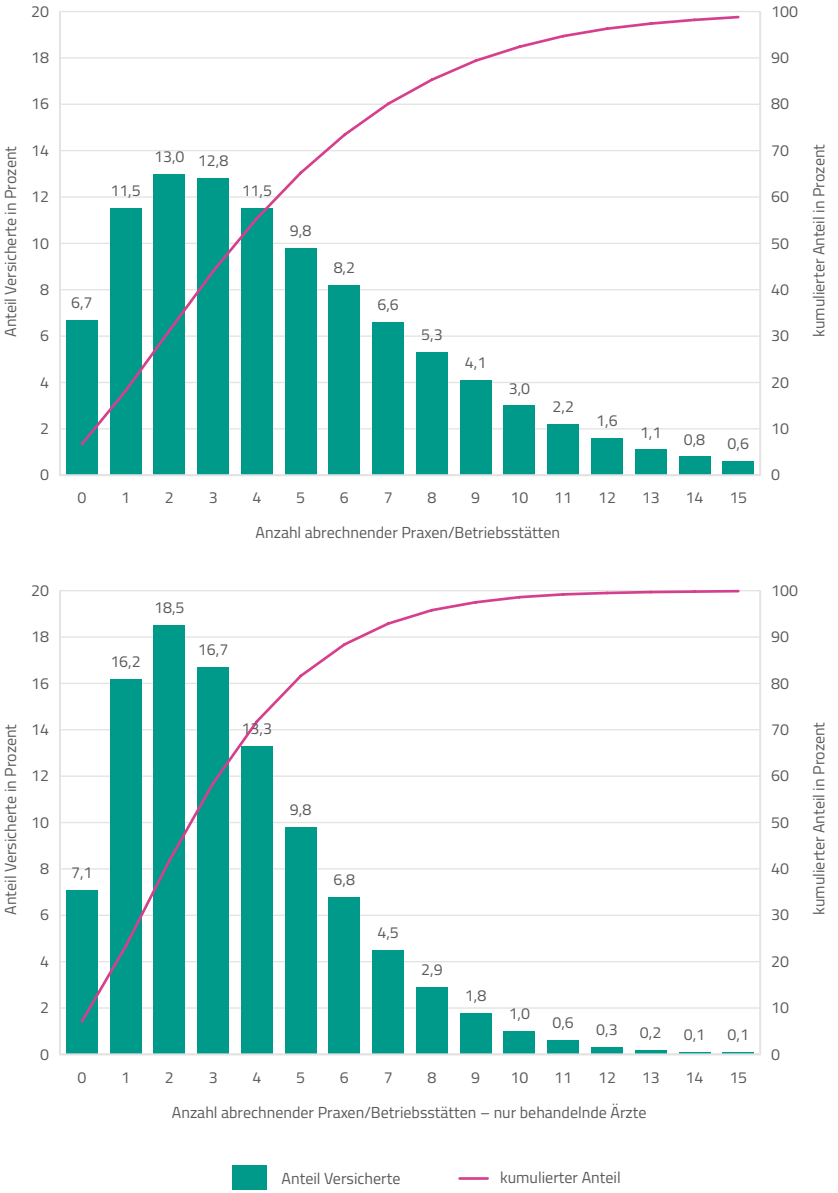
zogen Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten unterscheiden und zählen. Zudem lassen sich Behandlungen in unterschiedlichen Praxen anhand der Betriebsstättennummer unterscheiden. Da bei einer Behandlung durch unterschiedliche Ärzte innerhalb einer Praxis/Betriebsstätte inhaltlich nicht oder kaum von einem Arztwechsel im allgemeinen Wortsinn gesprochen werden kann, wurde für die nachfolgenden Auswertungen bei der Zählung zur Ermittlung von Arztwechseln lediglich zwischen Behandlungen in unterschiedlichen Betriebsstätten unterschieden. Eine jahresbezogen eindeutige Fachgruppenzuordnung einer einzelnen Praxis für differenziertere Auswertungen erfolgte dabei auf Basis der Fachgruppe, von der in einer Betriebsstätte die meisten Leistungsziffern innerhalb des Jahres abgerechnet wurden (siehe auch Erläuterungen zur Fachgruppenzuordnung).

Einen ersten Überblick zur Anzahl der unterschiedlichen Betriebsstätten, von denen im Jahr 2018 Leistungen bei einzelnen Versicherten abgerechnet wurden, gibt Abbildung 2.7. Während bei der Darstellung im oberen Teil der Abbildung alle Betriebsstätten berücksichtigt wurden, wurden bei der Darstellung im unteren Teil lediglich Betriebsstätten von vorrangig behandelnden Ärzten berücksichtigt. Abrechnungen von vorrangig diagnostisch tätigen sowie nicht eindeutig definierten Arztgruppen (aufgeführt beispielsweise in Tabelle 2.5 ab Zeile „Radiologie – Nuklearmedizin") blieben in der zweiten Darstellungsvariante also unberücksichtigt.

Neben den durch Balken gekennzeichneten Anteilen der Versicherten mit einer bestimmten Anzahl an unterscheidbaren abrechnenden Praxen (vergleiche links angegebenen Achsenskalierung) enthält Abbildung 2.7 als Linien auch Angaben zu den kumulativen Anteilen der Versicherten (vergleiche rechts angegebene Achsenskalierung), die im Jahr 2018 Kontakt zu einer bestimmten maximalen Anzahl an unterschiedlichen Praxen hatten.

Im Verlauf des Jahres 2018 beanspruchten 56,0 Prozent der Bevölkerung beziehungsweise 60,1 Prozent aller Patienten (im Sinne von Personen mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr) Leistungen von vier oder mehr unterschiedlichen Betriebsstätten (oder Arztpraxen) beliebiger Fachdisziplinen (siehe Tabelle 2.6).

Abbildung 2.7: Anzahl abrechnender Betriebsstätten je Versicherten 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert D2018

Beschränkt man die Zählung auf Kontakte zu vorrangig behandelnden Ärzten und schließt so beispielsweise Abrechnungsfälle von Laborärzten, Pathologen, Radiologen und nicht eindeutig definierten Arztgruppen aus, reduziert sich der Anteil mit Kontakten zu vier oder mehr unterschiedlichen Ärzten auf 41,5 Prozent der Bevölkerung beziehungsweise 44,7 Prozent der Patienten. Der Anteil der Bevölkerung mit Kontakten zu maximal drei unterschiedlichen behandelnden Ärzten lag entsprechend bei 58,5 Prozent. Im Durchschnitt wurden von einem Versicherten 3,45 unterschiedliche behandelnde Ärzte beziehungsweise Arztpraxen aufgesucht.

2018: ∅ 3,5 Praxen behandelnder Ärzte wurden pro Kopf aufgesucht.

Nur 11,6 Prozent der Versicherten suchten mehr als sechs unterschiedliche behandelnde Ärzte auf, bei 2,5 Prozent der Versicherten wurden Leistungen von mehr als zehn unterschiedlichen Betriebsstätten behandelnder Ärzte abgerechnet. Abrechnungen von mehr als 15 Praxen behandelnder Ärzte fanden sich bei 0,1 Prozent der Versicherten.

Fachgruppenspezifische Auswertungsergebnisse auf der Basis von BARMER-Daten sind der nachfolgenden Tabelle 2.6 zu entnehmen. Innerhalb einzelner Fachgruppen wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Ärzte kontaktiert. So hatten nach Hochrechnungen der geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnisse im Jahr 2018 65,0 Millionen Einwohner beziehungsweise 78,4 Prozent der Bevölkerung Deutschlands mindestens einmal Kontakt zu einem allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausarzt. 55,0 Prozent der hausärztlichen Patienten kontaktierten innerhalb des Jahres genau einen Hausarzt, nur 4,0 Prozent kontaktierten vier oder mehr unterschiedliche Hausarztpraxen. Enthalten sind in dieser Zählung dabei auch alle Wechsel der Arztpraxis, die sich ohne primäre Patientenintention, beispielsweise bei Praxisschließungen während einer Urlaubszeit oder durch den Umzug der Patienten, ergeben. Noch geringere Wechselraten als bei Hausärzten finden sich bei Arztgruppen, die allgemein weniger regelmäßig besucht werden.

78 % der Bevölkerung in hausärztlicher Versorgung

Vereinzelt festgestellte Fälle von Patienten mit Kontakten zu einer extrem hohen Zahl unterschiedlicher Ärzte beeinflussen die genannten Zahlenwerte nur unwesentlich.

Tabelle 2.6: Anzahl kontaktierter Praxen allgemein und nach Fachgruppen 2018

	Anzahl der kontaktierten Praxen 2018				
	mindestens 1 Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	≥ 4 Praxen
alle Ärzte					
Population in Prozent	93,3	11,5	13,0	12,8	56,0
Patienten in Prozent	100,0	12,3	14,0	13,7	60,1
absolut in Tausend	77.336	9.503	10.797	10.572	46.464
vorrangig behandelnde Ärzte					
Population in Prozent	92,9	16,2	18,5	16,7	41,5
Patienten in Prozent	100,0	17,4	19,9	18,0	44,7
absolut in Tausend	77.000	13.393	15.320	13.850	34.437
Hausärzte (inklusive internistisch tätige)					
Population in Prozent	78,4	43,1	24,3	7,9	3,1
Patienten in Prozent	100,0	55,0	30,9	10,1	4,0
absolut in Tausend	65.033	35.744	20.124	6.563	2.603
Internisten (ohne hausärztlich tätige)					
Population in Prozent	18,4	14,0	3,4	0,8	0,2
Patienten in Prozent	100,0	75,9	18,5	4,4	1,3
absolut in Tausend	15.294	11.607	2.825	666	196
Gynäkologen					
Population in Prozent	25,4	12,0	11,3	1,7	0,5
Patienten in Prozent	100,0	47,1	44,4	6,6	1,9
absolut in Tausend	21.077	9.925	9.362	1.395	395
Augenärzte					
Population in Prozent	24,5	22,3	1,9	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100,0	91,0	7,9	0,9	0,1
absolut in Tausend	20.295	18.475	1.611	181	28
Orthopäden					
Population in Prozent	21,0	18,2	2,4	0,3	0,1
Patienten in Prozent	100,0	86,8	11,5	1,5	0,2
absolut in Tausend	17.375	15.086	1.991	255	42

	Anzahl der kontaktierten Praxen 2018				
	mindestens 1 Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	≥ 4 Praxen
Hautärzte					
Population in Prozent	18,6	15,7	2,7	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100,0	84,1	14,4	1,3	0,2
absolut in Tausend	15.444	12.990	2.224	202	28
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte					
Population in Prozent	18,1	16,5	1,4	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100,0	91,0	8,0	0,8	0,1
absolut in Tausend	15.022	13.677	1.198	126	21
Chirurgen					
Population in Prozent	12,1	10,9	1,1	0,1	0,0
Patienten in Prozent	100,0	89,7	9,3	0,9	0,1
absolut in Tausend	10.069	9.032	935	92	11
Kinderärzte					
Population in Prozent	12,5	8,8	2,7	0,7	0,3
Patienten in Prozent	100,0	70,2	21,7	5,9	2,3
absolut in Tausend	10.394	7.293	2.251	615	234
Urologen					
Population in Prozent	9,4	8,8	0,5	0,0	0,0
Patienten in Prozent	100,0	94,1	5,4	0,4	0,1
absolut in Tausend	7.775	7.316	420	34	4
Nervenärzte					
Population in Prozent	10,7	9,3	1,2	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100,0	86,9	11,3	1,5	0,3
absolut in Tausend	8.889	7.725	1.008	133	23
Psychotherapeuten					
Population in Prozent	3,0	2,8	0,2	0,0	0,0
Patienten in Prozent	100,0	93,0	5,8	0,8	0,3
absolut in Tausend	2.492	2.318	144	21	8

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert D2018

2.5 Regionale Variationen der Inanspruchnahme

Grundsätzlich eignen sich versichertenbezogene Daten von gesetzlichen Krankenkassen aufgrund einer gut definierten Nennerpopulation sehr gut für regionale Vergleiche, sofern in den betrachteten Gebieten eine ausreichende Zahl von Versicherten wohnhaft ist. Da für die nachfolgenden Auswertungen zum Jahr 2018 knapp 9,1 Millionen Versicherte der BARMER berücksichtigt werden konnten, ist diese Bedingung für grundlegende Auswertungen auf Bundeslandebene zweifellos erfüllt. Präsentiert werden auch an dieser Stelle geschlechts- und altersstandardisierte Werte. Sinngemäß wurde also bei der Ermittlung der Ergebnisse rechnerisch in allen Bundesländern eine übereinstimmende Geschlechts- und Altersstruktur zugrunde gelegt – dargestellte Ergebnisunterschiede zwischen den Bundesländern bestehen anschließend gegebenenfalls unabhängig von etwaigen Unterschieden der Geschlechts- und Alterszusammensetzungen zwischen den regional versicherten Populationen.

Die altersstandardisierten Behandlungsraten variierten im Jahr 2018 in den 16 Bundesländern nur leicht zwischen minimal 92,3 Prozent in Berlin und 94,2 Prozent im Saarland. Die geringsten versichertenbezogenen Behandlungsfallzahlen ließen sich, wie bereits im Vorjahr, auch 2018 für Schleswig-Holstein mit 8,18 Fällen pro Person ermitteln. Verhältnismäßig hohe Fallzahlen (5,5 Prozent über dem Bundesdurchschnitt) fanden sich demgegenüber mit etwa 9,03 Fällen je Jahr in Mecklenburg-Vorpommern. Demgegenüber zeigen Auswertungen zu Tagen mit Abrechnungen von Leistungen eine abweichende Konstellation: Trotz geringer Fallzahlen wurden bei dieser Auswertung die mit Abstand höchsten Werte in Schleswig-Holstein erreicht. In den neuen Bundesländern werden trotz der durchgängig überdurchschnittlichen Fallzahlen im Hinblick auf Tage mit Abrechnungen von Leistungen durchgängig unterdurchschnittliche Werte erfasst.

höhere Kosten in Stadtstaaten, geringere in den neuen Bundesländern

Approximative Abschätzungen der Behandlungskosten unter Annahme einheitlicher Punktwerte von 10,6543 Cent ergeben – wie bereits im Vorjahr – vorrangig in den Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen sowie in Bayern überdurchschnittliche versichertenbezogene Kosten. In den beiden erstgenannten Ländern werden bundesweit ermittelte Kosten pro Versicherten um mehr als zehn Prozent überschritten. In Bayern überschreiten die geschlechts- und altersstandardisierten Behandlungskosten den Bundesdurchschnitt um 4,0 Prozent. In allen neuen Bundesländern liegen die Behandlungs-

kosten unter dem Bundesdurchschnitt, der nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten 2018 bei etwa 583 Euro lag.

Tabelle 2.7: Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2018

Bundesland	Betroffene in Prozent	Behandlungsfälle je Jahr	Abrechnungstage je Jahr	approx. Kosten je Jahr in Euro
Baden-Württemberg	93,2	8,23 (–3,8 %)	14,7 (–3,2 %)	566 (–2,9 %)
Bayern	93,3	8,67 (1,3 %)	15,6 (2,9 %)	607 (4,0 %)
Berlin	92,3	8,81 (3,0 %)	15,1 (–0,4 %)	652 (11,8 %)
Brandenburg	93,4	8,59 (0,4 %)	13,8 (–8,8 %)	540 (–7,5 %)
Bremen	92,8	8,36 (–2,3 %)	15,4 (1,6 %)	607 (4,2 %)
Hamburg	92,6	8,75 (2,3 %)	15,2 (0,4 %)	670 (14,9 %)
Hessen	93,5	8,54 (–0,1 %)	16,0 (5,4 %)	560 (–4,0 %)
Mecklenburg-Vorpommern	93,9	9,03 (5,5 %)	14,8 (–2,0 %)	577 (–1,1 %)
Niedersachsen	93,8	8,62 (0,7 %)	15,3 (0,9 %)	600 (2,9 %)
Nordrhein-Westfalen	93,6	8,59 (0,4 %)	15,5 (2,5 %)	588 (0,8 %)
Rheinland-Pfalz	93,8	8,40 (–1,8 %)	14,4 (–5,1 %)	561 (–3,7 %)
Saarland	94,2	8,84 (3,3 %)	15,7 (3,8 %)	599 (2,7 %)
Sachsen	92,7	8,46 (–1,2 %)	13,8 (–9,1 %)	556 (–4,7 %)
Sachsen-Anhalt	93,7	8,78 (2,6 %)	14,2 (–6,3 %)	559 (–4,1 %)
Schleswig-Holstein	93,4	8,18 (–4,3 %)	16,6 (9,5 %)	561 (–3,8 %)
Thüringen	93,4	8,40 (–1,8 %)	14,0 (–7,3 %)	554 (–4,9 %)
bundesweit	93,3	8,56	15,1	583

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert D2018; Werte in Klammern: prozentuale Abweichungen zu bundesweiten Ergebnissen

2.6 Ambulante Diagnosen

Aus wissenschaftlicher Sicht von großem Interesse sind Informationen zu Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung, mit denen sich die nachfolgenden Abschnitte befassen. Die nachfolgend vorrangig dargestellten Ergebnisse zum Jahr 2018 beruhen auf der Auswertung von Datenlieferungen zu Versicherten der BARMER, zu denen im Rahmen der ambulant-ärztlichen Versorgung 2018 insgesamt 379 Millionen Diagnoseeinträge dokumentiert wurden. 95,5 Prozent der 2018 dokumentierten Diagnoseschlüs-

sel entsprachen nach Abgleich mit dem aktuellen ICD-10-GM den im Jahr 2018 gültigen Diagnoseangaben. Der überwiegende Anteil formal ungültiger beziehungsweise fehlender Angaben resultierte, wie in den letzten Jahren, aus der Abrechnung von Laborleistungen, bei denen häufig keine Diagnoseangaben gemacht werden.

Zu allen Diagnoseangaben sollte seit 2004 eine Zuordnung zu einer der vier Einstufungen gesichert (G), Ausschluss (A), Verdacht (V) oder symptomloser Zustand (Z) obligat vorliegen. Entsprechende Zusatzkennzeichen fehlten bundesweit 2004 in GEK-Daten noch bei insgesamt 22 Prozent der gültigen Diagnoseschlüssel, von einigen KVen lagen dabei keinerlei Angaben vor, andere KVen lieferten die Angaben bereits 2004 weitgehend vollständig. 2005 waren in Daten der BARMER GEK noch 5,9 Prozent der gültigen Diagnoseangaben nicht gekennzeichnet. In den Jahren ab 2006 waren Angaben zur Art der Diagnose zu allen gültigen Diagnoseschlüsseleinträgen angegeben. In den BARMER-Daten 2018 wurden 91,92 Prozent der Diagnosen als gesichert eingestuft, 3,54 Prozent als symptomlose Zustände, 2,35 Prozent als Verdachtsdiagnosen und 2,20 Prozent als Ausschlussdiagnosen (Ergebnisse zu den Jahren ab 2011 sind dem BARMER Arztreport 2018 auf Seite 68 zu entnehmen). Bei den weiteren Auswertungen wurden alle explizit als Ausschlussdiagnosen gekennzeichneten Einträge nicht berücksichtigt.

Eine Unschärfe resultiert bei den Diagnosen in der ambulanten Versorgung aus der Tatsache, dass alle Diagnoseangaben in den Daten zunächst gleichwertig und ohne zusätzliche Angaben zum Diagnosedatum fallbezogen, bildlich ausgedrückt also ungeordnet je Abrechnungsschein, erfasst werden. Wird ein Patient im Rahmen eines Behandlungsfalles beispielsweise am ersten und letzten Tag innerhalb eines Quartals behandelt, muss demnach auch bei akuten Erkrankungen unklar bleiben, wann innerhalb dieses dreimonatigen Zeitraums eine Diagnose gestellt wurde und welche der möglicherweise in großer Zahl genannten Diagnosen den Hauptbehandlungsanlass für einen einzelnen Arztbesuch bildete. Bei den hier präsentierten Übersichtsauswertungen sind diese Einschränkungen weniger relevant, andere Auswertungen könnten jedoch von einer taggenauen Zuordnung von Diagnosezeitpunkten und Kennzeichnungen von Hauptbehandlungsanlässen erheblich profitieren.

Bei Berechnungen zu den Kalenderjahren von 2005 bis 2016 konnte im Rahmen der Auswertungen zum Arztreport 2020 – wie erstmals im Arztreport 2013 – auf zum Teil erst nachträglich zusammengeführte Daten zum Gesamtversichertenbestand der vormaligen BARMER und GEK sowie der BARMER GEK zurückgegriffen werden. Aus der bei Publikationen ab dem Jahr 2013 grundlegend veränderten Auswertungsbasis resultieren Werte, die von den in Arztreporten vor 2013 publizierten Ergebnissen abweichen können, was bei entsprechenden Gegenüberstellungen zu beachten ist. Seit Auswertungen zum BARMER Arztreport 2019 beziehungsweise zum Auswertungsjahr 2017 konnten zudem auch Daten der vormaligen Deutschen BKK berücksichtigt werden. Veränderungen der Kennzahlen vom Jahr 2016 auf 2017 könnten also theoretisch auch durch die unterschiedliche Datengrundlage bedingt sein. Praktisch zeigt sich jedoch, dass zwischen ehemaligen BARMER GEK-Versicherten und ehemaligen Versicherten der Deutschen BKK nur geringe Unterschiede hinsichtlich der ambulant-ärztlichen Versorgung bestehen. Veränderungen zu den Vorjahren lassen sich entsprechend ohne wesentliche Einschränkungen als zeitliche Trends interpretieren.

2.6.1 Diagnoseraten

Für Übersichtsauswertungen wurden auf der Ebene von einzelnen Versicherten zunächst alle unterscheidbaren ICD-10-Diagnoseschlüssel ermittelt, die von beliebigen Ärzten innerhalb einzelner Kalenderjahre vergeben worden waren. Die nachfolgenden Tabellen geben jeweils den Anteil der Population wieder, bei dem innerhalb der aufgeführten Kalenderjahre von mindestens einem Arzt eine bestimmte Diagnose beziehungsweise mindestens eine Diagnose aus einer Gruppe von Diagnosen auf unterschiedlichen Gliederungsebenen dokumentiert wurde. Hinsichtlich chronischer Erkrankungen dürften die hier präsentierten Zahlen einen ersten Hinweis für die Diagnose- beziehungsweise Erkrankungsprävalenz liefern (den Anteil der zu einem Zeitpunkt erkrankten Population), bei akuten Erkrankungen einen Schätzer für die Ein-Jahres-Inzidenz (die [Neu-]Erkrankungsfälle beziehungsweise Erkrankungshäufigkeit innerhalb eines Jahres in einer Population).

Diagnosekapitel

Trends bereinigt um demografische Effekte

Die Tabelle 2.8 listet auf einer übergeordneten Gliederungsebene zunächst alle 20 regulär in gesundheitsbezogenen Statistiken zur Diagnoseerfassung verwendeten Diagnosekapitel der ICD-10. Nicht aufgeführt werden die Kapitel XX und XXII. Das Kapitel XX „Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität" umfasst keine Diagnosen, sondern äußere Ursachen von Gesundheitsschädigungen (die dann gegebenenfalls zusätzlich erfasst werden können). Äußere Ursachen von Gesundheitsschädigungen werden in Deutschland regulär und ergänzend zu Diagnosen fast ausschließlich in der Todesursachenstatistik erfasst. Das Kapitel XXII „Schlüsselnummern für besondere Zwecke" beinhaltet nur ausnahmsweise und dann vorläufig und temporär definierte Diagnoseschlüssel, sofern Erkrankungen noch nicht ausreichend in der regulären Systematik der ICD-10 kodiert werden können. Angegeben wird der Anteil der Bevölkerung, bei dem innerhalb der einzelnen Jahre 2009 bis 2018 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung mindestens einmalig eine Diagnose aus dem jeweiligen Diagnosekapitel dokumentiert wurde (unter Vernachlässigung entsprechend gekennzeichneter Ausschlussdiagnosen). Da bei dieser Darstellung alle Ergebnisse einheitlich gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur der durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland 2005 standardisiert wurden, ergeben sich an dieser Stelle gegebenenfalls Hinweise auf Entwicklungen von Diagnosehäufigkeiten zwischen 2009 und 2018, die sich unabhängig von demografischen Veränderungen der Bevölkerung ereignet haben. Ergebnisse zu den Jahren 2005, 2006, 2007 und 2008 können dem Arztreport 2016 entnommen werden.

Tabelle 2.8: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen 2009 bis 2018 nach Diagnosekapiteln

ICD-10-Kapitel		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		Angaben in Prozent									
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	29,3	28,4	29,1	29,0	30,3	29,8	30,2	31,1	30,5	31,2
02	Neubildungen	20,6	20,8	20,9	20,8	21,1	21,5	21,4	21,5	21,4	21,5
03	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	7,5	7,3	7,2	7,2	7,4	7,6	7,7	7,9	8,0	8,0

ICD-10-Kapitel		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
		Angaben in Prozent									
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	38,2	38,3	38,1	38,2	38,9	39,3	39,6	40,1	40,1	40,2
05	Psychische und Verhaltensstörungen	31,5	32,3	32,6	32,9	34,0	35,2	35,7	36,3	36,7	37,0
06	Krankheiten des Nervensystems	18,9	19,2	19,4	19,5	20,1	20,7	20,9	21,4	21,7	21,9
07	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	30,2	29,8	29,4	29,3	29,4	29,5	29,2	29,0	28,7	28,4
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	18,0	18,1	17,9	17,8	18,3	18,0	18,2	18,3	18,1	18,1
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	38,8	38,6	38,3	38,1	37,2	37,1	37,1	37,1	36,8	36,8
10	Krankheiten des Atmungssystems	51,1	48,0	48,7	47,6	51,6	48,1	51,1	50,7	50,5	51,7
11	Krankheiten des Verdauungssystems	32,5	31,7	31,2	31,0	32,5	32,8	32,9	33,3	32,8	33,0
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	29,4	29,3	29,0	28,8	29,3	29,5	29,3	29,4	29,2	29,1
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	48,4	48,6	48,6	48,4	49,3	49,8	49,7	49,8	49,5	49,2
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	38,1	38,0	37,8	37,6	37,9	38,0	37,9	38,0	37,8	37,7
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	12,0	12,3	12,3	12,4	13,0	13,4	13,6	13,8	13,8	13,8
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	42,8	42,1	42,3	42,3	43,9	44,7	45,2	46,1	46,0	46,5
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	30,2	30,0	30,1	29,5	30,6	30,7	30,5	31,0	30,8	31,1
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	60,5	59,1	60,1	59,9	61,0	61,3	61,3	61,4	61,6	62,3

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018, standardisiert D2005

Offensichtlich wird, dass Diagnosen aus einer Vielzahl von Diagnosekapiteln verhältnismäßig große Bevölkerungsteile betreffen. So existieren mehrere Diagnosekapitel, bei denen von zugehörigen Diagnosen insgesamt mehr als ein Drittel der Bevölkerung innerhalb eines Jahres betroffen sind. Die Ergebnisse erweisen sich auf dieser Gliederungsebene von Diagnosekapiteln über den Gesamtzeitraum von zehn Jahren insgesamt als verhältnismäßig konstant.

Diagnoserate psychischer Störungen steigt um 17 % (2009–2018)

Ein stetiger Zuwachs ist seit 2009 bei Diagnosen von angeborenen Fehlbildungen, Krankheiten des Nervensystems sowie insbesondere bei psychischen Störungen festzustellen. So stieg – unabhängig von demografischen Veränderungen – im Vergleich zu 2009 der Anteil der Population mit diagnostizierten angeborenen Fehlbildungen und Chromosomenanomalien bis 2018 um 15,4 Prozent, der mit Krankheiten des Nervensystems um 16,2 sowie der Anteil der Population mit diagnostizierten psychischen Störungen um 17,4 Prozent. Auf vergleichsweise niedrigem Niveau lässt sich auch hinsichtlich des Kapitels „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett" eine relative Zunahme der Betroffenenrate um 17,0 Prozent feststellen, die auf eine Zunahme von Schwangerschaften und Geburten hindeutet.

Auffällig hohe Diagnoseraten im Hinblick auf Krankheiten des Atmungssystems im Jahr 2009 dürften im Zusammenhang mit der „Neuen Influenza" stehen, die Ende des Jahres 2009 für eine jahreszeitlich untypische Erkrankungswelle sorgte. Für die Jahre 2013, 2015 und 2018 wurden ähnlich hohe Diagnoseraten im Hinblick auf Krankheiten des Atmungssystems ermittelt, die sich auf jeweils stark ausgeprägte Grippe- beziehungsweise Erkältungswellen in diesen Jahren zurückführen lassen. In den Jahren 2016 und 2017 lagen die Diagnoseraten zu Krankheiten des Atmungssystems etwas niedriger als 2015, gemessen an den Vorjahren jedoch auf vergleichsweise hohem Niveau.

Die Tabelle 2.9 zeigt die auf Basis von BARMER-Daten berechneten Diagnoseraten des Jahres 2018 nach Diagnosekapiteln, wobei an dieser Stelle eine Standardisierung nach der Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland 2018 vorgenommen wurde, um ein möglichst realitätsnahes Abbild der Situation in Deutschland im aktuell betrachteten Jahr 2018 zu liefern.

Tabelle 2.9: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2018

ICD-10-Kapitel		Männer Anteil	Frauen Anteil	gesamt Anteil
		Angaben in Prozent		
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	29,3	32,4	30,9
02	Neubildungen	19,2	26,6	23,0
03	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	6,6	10,3	8,4
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	36,0	49,0	42,6
05	Psychische und Verhaltensstörungen	33,6	42,0	37,8
06	Krankheiten des Nervensystems	20,3	26,2	23,3
07	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	26,3	33,3	29,8
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	18,1	20,0	19,0
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	37,2	42,7	40,0
10	Krankheiten des Atmungssystems	49,7	52,7	51,2
11	Krankheiten des Verdauungssystems	33,1	35,9	34,5
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	25,8	33,5	29,7
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	46,9	55,0	51,0
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	22,3	55,0	38,8
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0	4,4	2,2
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,7	0,7	0,7
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	12,9	15,7	14,3
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	41,7	53,6	47,7
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	30,1	33,3	31,8
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	49,1	77,8	63,6

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert D2018

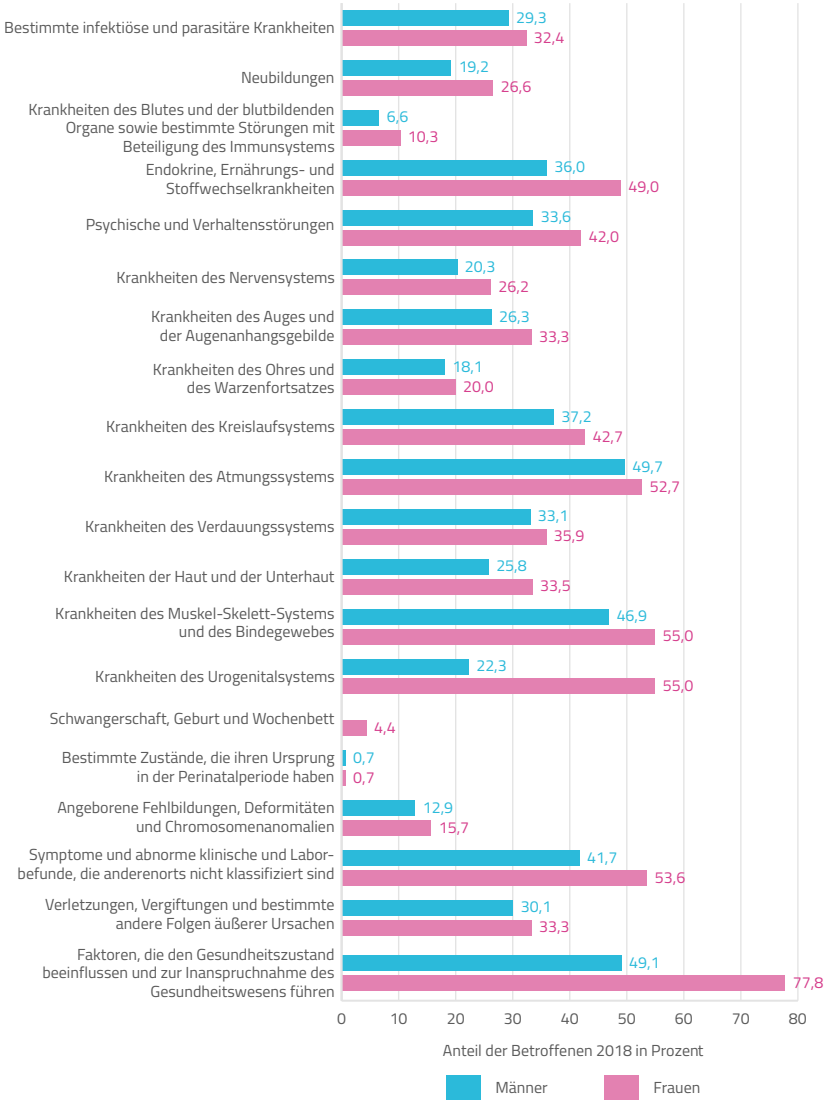
Unterschiede zu den vorausgehend bereits in Tabelle 2.8 berichteten geschlechtsübergreifenden Ergebnissen für das Jahr 2018 resultieren aus der abweichenden Geschlechts- und Altersstandardisierung. Die in der Tabelle 2.9 zusätzlich ausgewiesenen geschlechts-

spezifischen Diagnoseraten zeigen, dass Frauen von Diagnosen aus nahezu allen Kapiteln häufiger als Männer betroffen sind (siehe Abbildung 2.8). Die einzige und anteilig wenig relevante Ausnahme auf der hier betrachteten Gliederungsebene von Diagnosen bilden „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben", von denen Männer geringfügig häufiger als Frauen betroffen sind (rundungsbedingt bei Zahlenangaben in der Tabelle nicht sichtbar). Am häufigsten betroffen, nämlich zu gut drei Vierteln, sind Frauen von einer Diagnoseschlüsselvergabe aus dem Kapitel 21 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen". Entsprechende Schlüssel werden vorrangig im Kontext mit der Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen vergeben und enthalten insofern keine direkten Erkrankungshinweise. Mehr als die Hälfte aller Frauen erhalten innerhalb eines Jahres mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel 13 „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems", dem Kapitel 14 „Krankheiten des Urogenitalsystems" sowie dem Kapitel 18 „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde". Auch von Diagnosen aus dem Kapitel 10 „Krankheiten des Atmungssystems" waren im Jahr 2018 mehr als die Hälfte der Frauen betroffen. Im Hinblick auf dieses Diagnosekapitel fanden sich bei Männern die höchsten Diagnoseraten. Etwa die Hälfte der Männer erhielt 2018 eine Diagnose aus dem Kapitel 10 „Krankheiten des Atmungssystems". Ähnlich häufig wurden bei Männern Diagnosen, die den ICD-Kapiteln 13 „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems" und 21 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen" zuzuordnen sind, gestellt. Auch bei Männern haben entsprechende Diagnoseschlüssel eine verhältnismäßig große Bedeutung.

42,3 Mio. Personen mit Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems

Die zuvor geschlechts- und altersstandardisiert ermittelten Anteile lassen sich durch Multiplikation mit den zugehörigen Bevölkerungszahlen zur Abschätzung der absoluten Anzahl von Personen in Deutschland mit bestimmten Diagnoseangaben nutzen. Die Tabelle 2.10 beinhaltet entsprechende Angaben zur Anzahl von Betroffenen mit Diagnosen aus bestimmten Diagnosekapiteln. Die absolute Zahl der Betroffenen übersteigt in fast allen Diagnosekapiteln die Millionengrenze. Bei jeweils mehr als 40 Millionen Personen in Deutschland wurde 2018 mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems" oder dem Kapitel „Krankheiten des Atmungssystems" gestellt.

Abbildung 2.8: Diagnoseraten nach ICD-10-Kapiteln 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert D2018

Tabelle 2.10: Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2018

ICD-10-Kapitel		Männer	Frauen	gesamt
		in Tausend		
01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	11.986	13.594	25.581
02	Neubildungen	7.861	11.167	19.028
03	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	2.689	4.308	6.997
04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	14.717	20.560	35.277
05	Psychische und Verhaltensstörungen	13.724	17.628	31.352
06	Krankheiten des Nervensystems	8.290	10.992	19.282
07	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	10.749	13.975	24.724
08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	7.398	8.388	15.786
09	Krankheiten des Kreislaufsystems	15.215	17.933	33.148
10	Krankheiten des Atmungssystems	20.321	22.126	42.447
11	Krankheiten des Verdauungssystems	13.542	15.093	28.636
12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	10.562	14.056	24.617
13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19.167	23.118	42.285
14	Krankheiten des Urogenitalsystems	9.113	23.096	32.209
15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	–	1.837	1.846
16	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	303	300	603
17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	5.291	6.586	11.876
18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	17.076	22.512	39.588
19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	12.329	14.006	26.335
21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	20.092	32.668	52.760

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Diagnosegruppen

100 Diagnosegruppen betreffen jeweils > 1,7 Mio. Menschen.

Eine im Vergleich zu Diagnosekapiteln wesentlich differenziertere Gliederungsebene in der ICD-10 bilden die mehr als 200 Diagnosegruppen. In der Tabelle 2.11 werden zu einer Auswahl relevanter Diagnosegruppen, wie zuvor bei Diagnosekapiteln, die Anteile der von den zugehörigen Diagnoseschlüsseln im Jahr 2018 betroffenen Bevölkerung nach Ergebnissen der geschlechts- und altersstandardisierten Auswertung von Daten zu knapp 9,1 Millionen Versicherten der BARMER angegeben (die Auflistung der Diagnosegruppen erfolgt in einer absteigenden Sortierung nach dem Anteil der insgesamt betroffenen Bevölkerung). Von Erkrankungen und Zuständen aus den 100 aufgeführten Diagnosegruppen waren 2018 jeweils mehr als zwei Prozent der Bevölkerung, also schätzungsweise jeweils mindestens 1,7 Millionen Menschen in Deutschland, betroffen.

Die Diagnosegruppe im Sinne von Erkrankungen mit der bevölkerungsbezogen weitesten Verbreitung bilden „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens", die innerhalb des Jahres 2018 bei 35,1 Prozent der Bevölkerung als Diagnose dokumentiert wurden. Bei 31,3 Prozent der Bevölkerung wurde 2018 eine Diagnose aus der Erkrankungsgruppe „Akute Infektionen der oberen Atemwege" gestellt.

Jeweils etwa 21 bis 29 Prozent der Bevölkerung erhielten 2018 Diagnosen aus den Gruppen „Hypertonie [Hochdruckkrankheit]", „Arthropathien", „Stoffwechselstörungen", „Krankheiten der Weichteilgewebe", „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen" und „Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen".

Eine Sonderstellung nimmt die in sich recht heterogene Diagnosegruppe „Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes" ein, von der nach den ärztlichen Diagnosedokumentationen 43,5 Prozent aller Frauen innerhalb eines Jahres betroffen waren. Eine Reihe von Diagnosen aus dieser Gruppe dürfte vorrangig aus Abrechnungsgründen dokumentiert werden, eine Erkrankung im eigentlichen Sinn dürfte sich hinter einer entsprechenden Diagnose nur selten verbergen.

Tabelle 2.11: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte Diagnosegruppen 2018

ICD-10-Kode	Bezeichnung der Diagnosegruppe	Anteil Männer	Anteil Frauen	Anteil gesamt
		in Prozent		
Z00–Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen	26,7	57,0	42,0
M40–M54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	31,0	39,0	35,1
J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	30,1	32,6	31,3
I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	28,9	29,3	29,1
M00–M25	Arthropathien	23,8	30,0	26,9
Z20–Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten	24,2	28,9	26,6
E70–E90	Stoffwechselstörungen	24,3	24,9	24,6
R50–R69	Allgemeinsymptome	18,6	25,9	22,3
N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	0,0	43,5	22,1
M60–M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	19,1	24,4	21,8
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15,2	26,8	21,1
H49–H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	18,1	24,0	21,1
Z80–Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen	16,3	23,2	19,8
E00–E07	Krankheiten der Schilddrüse	9,3	26,6	18,1
J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	16,9	18,6	17,7
J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	15,3	16,5	15,9
D10–D36	Gutartige Neubildungen	12,5	18,8	15,7
R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	11,4	19,2	15,4
Z30–Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen	0,8	29,0	15,1
L20–L30	Dermatitis und Ekzem	12,6	16,6	14,6
F30–F39	Affektive Störungen	10,3	18,0	14,2
G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	11,6	16,0	13,9
K20–K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	12,7	15,0	13,9

ICD-10-Kode	Bezeichnung der Diagnosegruppe	Anteil Männer	Anteil Frauen	Anteil gesamt
		in Prozent		
I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	12,8	13,4	13,1
R00–R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	12,3	13,9	13,1
K55–K64	Sonstige Krankheiten des Darmes	11,3	13,3	12,3
I80–I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	7,8	15,2	11,6
E65–E68	Adipositas und sonstige Überernährung	9,3	11,4	10,4
A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten	10,3	9,6	9,9
H90–H95	Sonstige Krankheiten des Ohres	9,4	10,3	9,9
E10–E14	Diabetes mellitus	10,7	8,9	9,8
N30–N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5,5	13,9	9,8
Q65–Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems	8,3	11,2	9,8
M95–M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,2	11,1	9,7
H25–H28	Affektionen der Linse	7,6	10,3	8,9
H60–H62	Krankheiten des äußeren Ohres	8,7	9,0	8,9
C00–C97	Bösartige Neubildungen	8,3	9,4	8,9
T08–T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	8,4	9,0	8,7
L60–L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde	6,1	10,7	8,5
Z40–Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen	7,3	8,3	7,8
J20–J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	7,5	7,7	7,6
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	8,6	6,5	7,5
L80–L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut	6,1	8,7	7,4
N40–N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	14,9	0,0	7,4
R40–R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen	5,7	8,6	7,2
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten	8,7	5,5	7,1
H53–H54	Sehstörungen und Blindheit	6,3	7,7	7,0
M80–M94	Osteopathien und Chondropathien	4,0	9,7	6,9
H10–H13	Affektionen der Konjunktiva	6,2	7,4	6,8

ICD-10-Kode	Bezeichnung der Diagnosegruppe	Anteil Männer	Anteil Frauen	Anteil gesamt
		in Prozent		
B25–B34	Sonstige Viruskrankheiten	6,7	6,9	6,8
T66–T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	5,5	8,0	6,7
B35–B49	Mykosen	5,7	7,7	6,7
H30–H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut	5,9	7,4	6,7
K70–K77	Krankheiten der Leber	7,3	6,1	6,7
Z70–Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	5,0	8,3	6,7
H00–H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	4,8	7,9	6,4
G50–G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	5,2	7,5	6,4
R30–R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen	5,6	7,0	6,3
I70–I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	6,7	5,8	6,2
R25–R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	5,3	7,0	6,2
H65–H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	5,9	6,3	6,1
I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	5,9	5,6	5,8
B00–B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind	4,8	6,2	5,5
T80–T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	4,0	6,2	5,1
E50–E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände	3,2	6,6	4,9
K50–K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	4,9	4,8	4,8
N70–N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	0,0	9,3	4,7
K80–K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas	3,6	5,7	4,7
N17–N19	Niereninsuffizienz	4,8	4,3	4,5
K40–K46	Hernien	5,4	3,4	4,4
H40–H42	Glaukom	3,5	4,9	4,2
J09–J18	Grippe und Pneumonie	4,1	4,1	4,1
N60–N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	0,4	7,3	3,9
G60–G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	4,0	3,7	3,9
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4,4	3,3	3,9

ICD-10-Kode	Bezeichnung der Diagnosegruppe	Anteil Männer	Anteil Frauen	Anteil gesamt
		in Prozent		
S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	3,9	3,8	3,8
D37–D48	Neubildungen unsicheren oder unbekannten Verhaltens	3,2	4,3	3,7
L00–L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut	3,8	3,6	3,7
S90–S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	3,5	3,7	3,6
K00–K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer	3,1	3,9	3,5
I95–I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	2,3	4,6	3,5
F80–F89	Entwicklungsstörungen	4,3	2,6	3,5
J95–J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems	3,4	3,5	3,5
B99–B99	Sonstige Infektionskrankheiten	3,2	3,3	3,2
D50–D53	Alimentäre Anämien	1,8	4,4	3,1
E20–E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	1,6	4,6	3,1
L40–L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten	3,0	3,2	3,1
S00–S09	Verletzungen des Kopfes	3,4	2,8	3,1
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3,8	2,3	3,0
R20–R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen	2,7	3,4	3,0
N25–N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters	3,2	2,5	2,9
S60–S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	3,1	2,6	2,9
H15–H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	2,4	3,1	2,8
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2,3	3,1	2,7
H43–H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels	2,1	3,2	2,6
R70–R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose	2,7	2,4	2,6
R90–R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen	2,1	2,7	2,4
L55–L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	2,5	2,3	2,4
A30–A49	Sonstige bakterielle Krankheiten	2,2	2,5	2,4
D60–D64	Aplastische und sonstige Anämien	2,0	2,8	2,4

Quelle: BARMER–Daten 2018, standardisiert D2018

Einzelne Diagnosen (dreistellige ICD-10-Schlüssel)

Auf der dreistelligen Kodierungsebene umfasst die ICD-10 mehr als 1.700 unterschiedliche Diagnoseschlüssel. Die Tabelle 2.12 zeigt für 100 häufig verwendete dreistellig differenzierte Diagnosen die Anteile der im Jahr 2018 betroffenen Bevölkerung, also den Anteil der Personen, bei denen eine entsprechende Diagnose mindestens einmalig innerhalb des Jahres 2018 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert wurde.

Rückenschmerzen bei 25 % der Bevölkerung

Die Bedeutung vieler der hier aufgeführten dreistelligen Diagnosen lässt sich bereits nach der vorausgehenden Auswertung zu Diagnosegruppen vermuten. Die am weitesten verbreitete Diagnose war nach den altersstandardisierten Ergebnissen auf der Basis von BARMER-Daten 2018 die primäre Hypertonie, also Bluthochdruck ohne definierte organische Ursache mit einem betroffenen Bevölkerungsanteil von 28,7 Prozent. Mehr als ein Viertel der deutschen Bevölkerung leidet demnach unter Bluthochdruck. Auf dem zweiten Rang folgen „Rückenschmerzen" mit dem Diagnoseschlüssel M54, von denen 24,8 Prozent betroffen waren. Auf dem dritten Rang im Sinne von Erkrankungen liegen akute Infektionen der oberen Atemwege mit einem Betroffenenanteil von 23,0 Prozent, gefolgt von Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern, die bei 20,5 Prozent der Population innerhalb des Jahres 2018 erfasst wurden. 19,2 Prozent der Population waren von einer Fettstoffwechselstörung betroffen.

Die geschlechtsspezifisch sehr unterschiedliche Erfassungshäufigkeit des Schlüssels Z12 „Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen" gibt einen ersten Hinweis auf die unterschiedliche Bedeutung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern (Z12: 10,2 Prozent) und Frauen (Z12: 33,9 Prozent).

Tabelle 2.12: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte dreistellige Diagnosen 2018

ICD-10-Kode	ICD-10-Diagnose dreistellig	Anteil Männer	Anteil Frauen	Anteil gesamt
		in Prozent		
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	28,5	28,9	28,7
M54	Rückenschmerzen	21,6	27,9	24,8
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	22,6	23,5	23,0
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	10,2	33,9	22,2
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	17,5	23,4	20,5
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	19,3	19,0	19,2
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	17,4	18,8	18,1
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	13,0	16,4	14,7
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	0,3	27,9	14,3
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	0,0	24,1	12,2
F32	Depressive Episode	8,4	15,0	11,7
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	3,2	19,9	11,6
F45	Somatoforme Störungen	7,3	14,1	10,8
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	6,4	13,9	10,2
E66	Adipositas	9,2	11,2	10,2
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	8,7	9,7	9,2
M47	Spondylose	7,5	10,6	9,0
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,4	10,2	8,9
E04	Sonstige nichttoxische Struma	4,6	12,7	8,7
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	8,9	8,3	8,6
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9,5	7,7	8,6
J45	Asthma bronchiale	7,6	9,1	8,4
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	7,9	8,8	8,3
Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	6,8	9,5	8,2
D22	Melanozytennävus	6,8	9,1	8,0
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	7,8	8,0	7,9

ICD-10-Kode	ICD-10-Diagnose dreistellig	Anteil Männer	Anteil Frauen	Anteil gesamt
		in Prozent		
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	7,5	7,9	7,8
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5,4	10,0	7,7
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6,2	9,0	7,6
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	7,0	7,8	7,4
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	5,6	9,1	7,4
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6,5	8,2	7,3
N95	Klimakterische Störungen	0,0	14,4	7,3
L30	Sonstige Dermatitis	6,7	7,9	7,3
E03	Sonstige Hypothyreose	3,2	11,2	7,3
K29	Gastritis und Duodenitis	6,3	8,1	7,2
H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	7,1	7,2	7,2
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	3,5	10,4	7,0
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5,3	8,5	6,9
J20	Akute Bronchitis	6,9	7,0	6,9
I83	Varizen der unteren Extremitäten	4,1	9,5	6,9
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	5,1	8,5	6,8
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	5,5	8,2	6,8
G47	Schlafstörungen	6,7	6,3	6,5
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	8,1	4,9	6,5
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,1	7,5	6,3
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	5,5	7,0	6,2
H53	Sehstörungen	5,5	6,9	6,2
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	6,2	6,2	6,2
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	6,4	5,4	5,9
H10	Konjunktivitis	5,3	6,4	5,9
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	6,4	5,3	5,8
M77	Sonstige Enthesopathien	4,9	6,8	5,8
F41	Andere Angststörungen	3,8	7,4	5,6

ICD-10-Kode	ICD-10-Diagnose dreistellig	Anteil Männer	Anteil Frauen	Anteil gesamt
		in Prozent		
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	4,8	6,3	5,5
H26	Sonstige Kataraktformen	4,6	6,4	5,5
M19	Sonstige Arthrose	4,5	6,3	5,4
M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	4,4	6,2	5,3
M75	Schulterläsionen	4,9	5,6	5,3
N40	Prostatahyperplasie	10,2	0,0	5,0
G43	Migräne	2,4	7,4	4,9
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	6,6	3,4	4,9
M62	Sonstige Muskelkrankheiten	4,0	5,7	4,9
R42	Schwindel und Taumel	3,7	6,0	4,9
M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	3,9	5,5	4,7
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	3,9	5,4	4,7
H25	Cataracta senilis	4,0	5,2	4,6
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	4,8	4,4	4,6
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	4,0	5,2	4,6
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	4,2	4,9	4,6
R05	Husten	4,1	4,9	4,5
R51	Kopfschmerz	3,8	5,1	4,5
J02	Akute Pharyngitis	3,9	4,8	4,4
N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	0,0	8,6	4,3
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	4,7	3,8	4,3
K57	Divertikulose des Darmes	4,0	4,5	4,3
H40	Glaukom	3,5	4,9	4,2
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,9	5,4	4,2
M41	Skoliose	3,1	5,2	4,2
Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	4,5	3,8	4,2
H50	Sonstiger Strabismus	3,7	4,6	4,1
J32	Chronische Sinusitis	3,6	4,7	4,1
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	4,0	4,2	4,1
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	3,8	4,4	4,1
H90	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung	3,9	4,1	4,0

ICD-10-Kode	ICD-10-Diagnose dreistellig	Anteil Männer	Anteil Frauen	Anteil gesamt
		in Prozent		
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	4,1	4,0	4,0
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	3,9	4,1	4,0
J03	Akute Tonsillitis	3,6	4,3	3,9
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	0,0	7,8	3,9
H91	Sonstiger Hörverlust	3,8	3,9	3,9
I70	Atherosklerose	4,2	3,5	3,8
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	3,8	3,8	3,8
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	0,0	7,6	3,8
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	2,8	4,8	3,8
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	1,2	6,3	3,8
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	3,8	3,7	3,7
T88	Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	2,8	4,6	3,7
N18	Chronische Nierenkrankheit	3,9	3,5	3,7
Z98	Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	3,0	4,3	3,7
H04	Affektionen des Tränenapparates	2,5	4,7	3,6

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert D2018

Diagnosezahl und Diagnosekombinationen

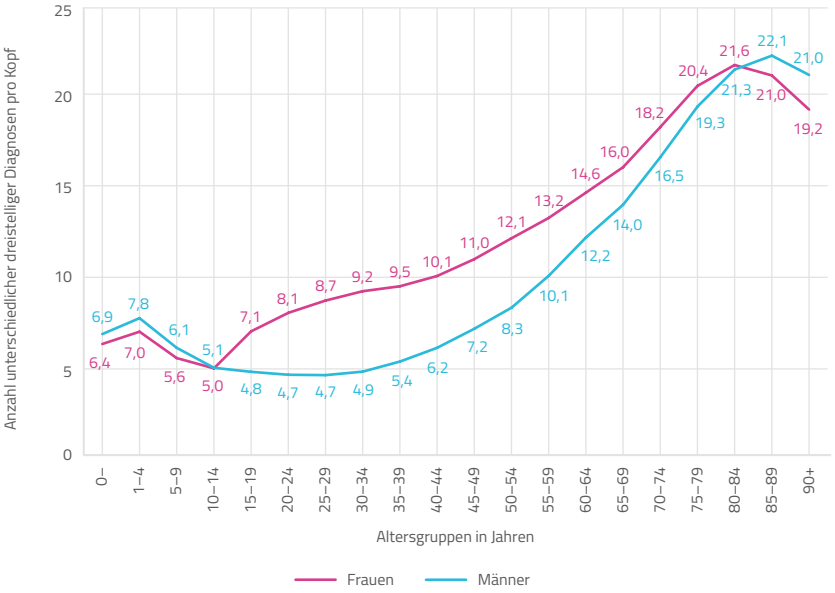
Bereits aus den bisher dargestellten Ergebnissen ist ersichtlich, dass ein überwiegender Teil der Bevölkerung innerhalb eines Jahres mehrere und zugleich auch unterschiedliche Diagnosen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung erhält. Der folgende Abschnitt liefert quantitative Kennzahlen zu diesem Sachverhalt. Weiterhin werden empirisch ermittelte und anteilig relevante Diagnosekombinationen vorgestellt. Nachdem vierstellige Diagnoseangaben im Rahmen der ambulanten Versorgung in vielen Fällen kaum detailliertere Informationen als dreistellige Schlüssel enthalten (durch die häufige Verwendung zumeist unspezifischer Schlüsselziffern mit einer 9 in der vierten Stelle der Diagnoseangabe), beschränken sich die nachfolgenden Auswertungen dabei grundsätzlich auf eine Differenzierung von dreistelligen Diagnoseangaben.

in Deutschland ~ 2,9 Mrd. ambulante Diagnosen erfasst

2018 pro Kopf ∅ 10,5 verschiedene Erkrankungen

Im Mittel wurden je Person im Rahmen der ambulanten Versorgung nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten innerhalb des Jahres 2018 34,5 formal gültige Diagnoseschlüssel (von beliebigen, gegebenenfalls auch unterschiedlichen Ärzten) erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies 2,86 Milliarden dokumentierten Diagnoseangaben. Dabei fanden sich je Person durchschnittlich 13,1 unterscheidbare Diagnoseangaben (auf dreistelliger ICD-10-Ebene). Selbst wenn bei der Auswertung Diagnosekapitel unberücksichtigt bleiben, die primär keine Erkrankung repräsentieren (Kapitel 18 „Symptome" und Kapitel 21 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen"), resultierten durchschnittlich noch 10,5 unterschiedliche Diagnosen je Person (Männer: 8,9; Frauen: 12,0). Die Abbildung 2.9 zeigt die durchschnittliche geschlechts- und altersspezifische Anzahl von unterscheidbaren Diagnosen mit der beschriebenen Beschränkung auf Erkrankungsdiagnosen pro Kopf im Jahr 2018.

Abbildung 2.9: Anzahl unterschiedlicher dreistelliger Diagnosen pro Kopf nach Geschlecht und Alter 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018; nur dreistellige Diagnosen aus den ICD-10-Kapiteln 1 bis 17 sowie 19

Ergänzende Angaben zur Verteilung der Diagnoseangaben nach geschlechts- und altersstandardisierten Berechnungen sind Tabelle 2.13 zu entnehmen. Bei mehr als der Hälfte der Bevölkerung werden jährlich acht oder mehr unterschiedliche Diagnosen aus den Diagnosekapiteln 1 bis 17 oder 19 erfasst. Bei gut einem Drittel sind es sogar elf oder mehr unterscheidbare Diagnoseschlüssel im Sinne von Erkrankungen innerhalb eines Jahres.

Tabelle 2.13: Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2018

Zahl der Diagnosen	nach Gesamtzahl differenzierbarer Diagnosen		nach Zahl der differenzierbaren Diagnosen, nur Kapitel 1–17, 19	
	Prozent	kumulativ	Prozent	kumulativ
0	6,9	6,9	7,6	7,6
1	3,4	10,3	4,7	12,4
2	4,0	14,4	5,6	18,0
3	4,4	18,8	6,0	24,1
4	4,7	23,5	6,2	30,2
5	4,8	28,3	6,0	36,3
6	4,8	33,2	5,8	42,0
7	4,8	37,9	5,4	47,5
8	4,6	42,5	5,0	52,5
9	4,4	46,9	4,6	57,1
10	4,2	51,1	4,2	61,2
11–15	17,0	68,1	15,7	77,0
16–20	11,4	79,5	9,5	86,5
21–30	12,3	91,8	9,1	95,6
31 und mehr	8,2	100,0	4,4	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert D2018

Für die nachfolgenden Darstellungen zu Kombinationen von Diagnosen wurden zunächst alle unterschiedlichen gültigen Diagnosen zu einzelnen Patienten (auf dreistelliger ICD-10-Ebene) innerhalb des Jahres 2018 ermittelt. Anschließend wurden alle auf Versichertenebene vorkommenden Kombinationen aus zwei Diagnoseschlüsseln in eine externe Datei geschrieben. Auf Basis einer entsprechenden Datei mit allen Diagnosekombinationen zu allen Versicherten wurden schließlich empirisch die am häufigsten erfassten Kombinationen ermittelt. Durch die Verwendung geeigneter Gewichtungen lassen sich dabei sinngemäß geschlechts- und altersstandardisierte Häufigkeiten von Diagnosekombinationen angeben. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass einzelne Personen mit mehreren Diagnosen eine Vielzahl von Diagnosekombinationen aufweisen können, also keinesfalls nur einer der Kombinationen exklusiv zugeordnet werden.

10,9 Mio. Personen mit Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen

Die Tabelle 2.14 zeigt die 20 häufigsten Zweierkombinationen gültiger Diagnoseschlüssel. An erster Stelle der Rangfolge erscheint die Kombination der beiden Diagnosen Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck (E78, I10), die innerhalb des Jahres 2018 schätzungsweise bei etwa 13 Prozent der Bevölkerung und damit bei etwa 10,9 Millionen Personen in Deutschland erfasst wurde.

Die Tabelle zeigt auf den folgenden Rängen eine mehr oder minder vollständige Liste von möglichen Kombinationen allgemein häufig erfasster Einzeldiagnosen. Die Kombinationen dürften zum Teil zufällig, aber auch bedingt durch gemeinsame Determinanten von Erkrankungen resultieren, wobei unter anderem Häufungen von Diagnosen in bestimmten Altersgruppen eine maßgebliche Rolle spielen. Einige der gelisteten Diagnoseschlüsselkombinationen lassen sich gut vor dem Hintergrund von Abrechnungsmodalitäten erklären. So besteht die bevölkerungsbezogen sechsthäufigste Diagnoseschlüsselkombination aus den Ziffern N89 und Z30, die für „Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina" und „Kontrazeptive Maßnahmen" stehen. Vermutlich ist die (ärztliche) Motivation zur Angabe der Erkrankungsdiagnose „Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina" vorrangig darin begründet, dass bei einem Arztbesuch, der patientinnenseitig in erster Linie dazu dient, ein Rezept für orale Kontrazeptiva einzuholen, ohne Angabe einer Erkrankungsdiagnose keine Ordinationsgebühr beziehungsweise Grundpauschale abgerechnet werden konnte.

Tabelle 2.15 zeigt eine Liste der empirisch in der Gesamtpopulation des Jahres 2018 am häufigsten feststellbaren Zweierkombinationen von Diagnosen, die sich im Gegensatz zu Tabelle 2.14 weitgehend auf Kombinationen von Diagnoseschlüsseln im Sinne von Erkrankungen beschränkt. Hierzu wurden alle Kombinationen von Schlüsseln ausgeschlossen, die nicht in den ICD-10-Kapiteln 1 bis 17 beziehungsweise 19 enthalten sind. Zudem wurden Kombinationen mit bestimmten und sehr häufig dokumentierten Sehfehlern im Sinne der Diagnosen H50 bis H52 ausgeschlossen.

Tabelle 2.14: Top 20 der Zweierkombinationen von Diagnosen 2018

Rang	ICD-10-Kode	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen siehe offiziellen ICD-10-Katalog)	Anteil Bevölkerung in Prozent	Betroffene in Tausend
1	E78, I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	13,1	10.862
2	I10, M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	11,1	9.185
3	H52, I10	Fehlsichtigkeit, Bluthochdruck	9,6	7.996
4	I10, Z12	Bluthochdruck, spezielle Untersuchung auf Neubildungen	8,4	6.964
5	I10, Z25	Bluthochdruck, Impfung gegen einzelnen Virus	8,4	6.940
6	N89, Z30	Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina, Kontrazeption	8,2	6.763
7	M54, Z12	Rückenschmerzen, spezielle Untersuchung auf Neubildungen	8,1	6.744
8	Z12, Z30	Spezielle Untersuchung auf Neubildungen, Kontrazeption	8,1	6.722
9	N89, Z12	Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina, spezielle Untersuchung auf Neubildungen	8,1	6.676
10	E78, M54	Fettstoffwechselstörung, Rückenschmerzen	7,8	6.474
11	E11, I10	Diabetes Typ 2, Bluthochdruck	7,0	5.798
12	H52, M54	Fehlsichtigkeit, Rückenschmerzen	6,9	5.729
13	E78, H52	Fettstoffwechselstörungen, Fehlsichtigkeit	6,7	5.583
14	E66, I10	Adipositas, Bluthochdruck	6,6	5.494
15	I10, Z00	Bluthochdruck, Allgemeinuntersuchung	6,4	5.275
16	H52, Z12	Fehlsichtigkeit, spezielle Untersuchung auf Neubildungen	6,3	5.233
17	E78, Z12	Fettstoffwechselstörung, spezielle Untersuchung auf Neubildungen	6,0	4.953
18	M47, M54	Spondylose, Rückenschmerzen	5,9	4.916
19	M54, M99	Rückenschmerzen, biomechanische Funktionsstörung	5,8	4.820
20	E78, Z25	Fettstoffwechselstörungen, Impfung gegen einzelnen Virus	5,7	4.749

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018; Basis: gültige personenbezogene Diagnoseschlüsselangaben

Nach diesem Vorgehen verbleiben 7 Kombinationen, die bereits in Tabelle 2.14 aufgeführt sind, 13 der zuvor dokumentierten Kombinationen werden in Tabelle 2.15 nicht mehr gelistet, da sie Schlüssel aus den Kapiteln 18 (Symptome) oder 21 (Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen) oder Schlüssel im Sinne von dokumentierten Sehfehlern enthalten (H50 bis H52).

Tabelle 2.15: Top 20 der Zweierkombinationen von Erkrankungsdiagnosen 2018

Rang	ICD-10-Kode	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen siehe offiziellen ICD-10-Katalog)	Anteil Bevölkerung in Prozent	Betroffene in Tausend
1*	E78, I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	13,1	10.862
2*	I10, M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	11,1	9.185
3*	E78, M54	Fettstoffwechselstörungen, Rückenschmerzen	7,8	6.474
4*	E11, I10	Diabetes Typ 2, Bluthochdruck	7,0	5.798
5*	E66, I10	Adipositas, Bluthochdruck	6,6	5.494
6*	M47, M54	Spondylose, Rückenschmerzen	5,9	4.916
7*	M54, M99	Rückenschmerzen, biomechanische Funktionsstörungen	5,8	4.820
8	J06, M54	Akute Atemwegsinfekte, Rückenschmerzen	5,7	4.742
9	M51, M54	Sonstige Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen	5,7	4.716
10	I10, I25	Bluthochdruck, ischämische Herzkrankheit	5,6	4.605
11	I10, M47	Bluthochdruck, Spondylose	5,5	4.573
12	F32, I10	Depressive Episode, Bluthochdruck	5,4	4.489
13	F45, M54	Somatoforme Störung, Rückenschmerzen	5,3	4.387
14	I10, M17	Bluthochdruck, Arthrose des Kniegelenkes	5,3	4.385
15	F32, M54	Depressive Episode, Rückenschmerzen	5,3	4.353
16	E11, E78	Diabetes Typ 2, Fettstoffwechselstörungen	4,9	4.043
17	E04, I10	Sonstige Vergrößerung der Schilddrüse, Bluthochdruck	4,8	3.972
18	F45, I10	Somatoforme Störung, Bluthochdruck	4,7	3.883
19	M53, M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule, Rückenschmerzen	4,6	3.831
20	I10, M51	Bluthochdruck, sonstige Bandscheibenschäden	4,4	3.650

* bereits in Tabelle 2.14 aufgeführte Kombinationen
Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018; Basis: gültige personenbezogene Diagnoseschlüsselangaben aus den Diagnosekapiteln 1–17 und 19, ohne Diagnosen von Sehfehlern ICD-10: H50–H52

4,4 Mio. Menschen mit Diagnosekombination Rückenschmerzen und depressive Episode

5 der 13 neu gelisteten Zweierkombinationen beinhalten Rückenschmerzen (M54) als einen der beiden Diagnoseschlüssel. Neben Kombinationen von Rückenschmerzen mit Bandscheibenschäden (M51) und anderen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Bewegungsapparats (M47, M53, M99) sowie akuten Atemwegsinfekten (J06) sind auch Kombinationen mit psychischen Beschwerden relativ häufig (F45, F32). So dürften nach den Berechnungen in Deutschland innerhalb des Jahres 2018 bei jeweils etwa 4,4 Millionen Menschen Rückenschmerzen in Kombination mit somatoformen Störungen (F45) und in Kombination mit depressiven Episoden (F32) ambulant diagnostiziert worden sein. Die verbleibenden acht häufigen Kombinationen beinhalten als eine der Kombinationsdiagnosen jeweils Bluthochdruck (I10) oder Fettstoffwechselstörungen (E78).

2.7 Diagnosen – differenzierte Betrachtung

2.7.1 Ambulante Diagnosen und reale Erkrankungshäufigkeiten

Diagnosen beziehungsweise die auf der Basis von Routinedaten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung berechneten Diagnoseraten können nur bedingt und mit gewissen Einschränkungen mit Erkrankungsraten aus primären Erhebungen zum Gesundheitszustand in der Bevölkerung verglichen oder gleichgesetzt werden:

- Die Dokumentation von Diagnosen in ambulanten ärztlichen Abrechnungsdaten dient in erster Linie dazu, die im Behandlungsfall abgerechneten oder gegebenenfalls veranlassten Leistungen zu legitimieren.
- Die Dokumentation kann per se, selbst bei Personen, die einen Arzt aufgesucht haben, keinesfalls als vollständige Dokumentation aller potenziell nachweisbaren Erkrankungen angesehen werden, da nicht alle Diagnosen für den einzelnen Behandlungsfall und dessen Abrechnung relevant sind.
- Zusätzlich fehlt in den Daten selbstverständlich jegliche Dokumentation von Erkrankungszuständen bei all jenen Personen, die keinen Arztkontakt im gewählten Beobachtungszeitraum hatten, wobei dieser Personenkreis allerdings nach den vorliegenden Daten innerhalb eines Jahres mit weniger als zehn Prozent eher klein ist.

Nach den hier an zweiter und dritter Stelle aufgeführten Überlegungen wäre davon auszugehen, dass die reale Erkrankungshäufigkeit, auch bei ansonsten adäquater Auswertung valider Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung, in mehr oder minder starkem Umfang unterschätzt wird. Dies dürfte insbesondere für Diagnosen gelten, die keine Begründung für die Erbringung spezifischer Leistungen liefern und die auch anderweitig – beispielsweise zur Legitimation von Arzneiverordnungen – wenig oder nicht relevant sind.

Diagnosen mit hoher Relevanz als Abrechnungsbegründung dürften im Gegenzug – bei oftmals recht großem Ermessensspielraum in der ärztlichen Praxis – tendenziell und im Vergleich zur vorausgehend beschriebenen Gruppe verhältnismäßig oft und zum Teil auch eher großzügig dokumentiert werden. Zu einer verhältnismäßig hohen Zahl von Diagnosen kann zudem die eingesetzte Praxissoftware beitragen, sofern sie diese Diagnosen von (vermeintlich) chronischen Erkrankungen weitgehend automatisch aus vorausgehend dokumentierten Behandlungsfällen zum selben Patienten, möglicherweise auch ohne Einzelnachfrage, übernimmt, was allerdings bei Verwendung aktueller Praxissoftware ausgeschlossen sein sollte.

Zudem dürfte es eine Reihe von Behandlungsanlässen geben, die sich nur schlecht mit den vorgegebenen ICD-Diagnosen beschreiben oder im Sinne der Abrechnungsvorgaben begründen lassen und die insofern zu einer Kodierung von mehr oder weniger sinnvollen „Ersatzdiagnosen" führen können. Schließlich ist – insbesondere in Anbetracht der hohen Zahl an dokumentierten Diagnosen – selbst bei Unterstellung einer sorgfältigen und gewissenhaften ärztlichen Dokumentation von einem gewissen Anteil an Eingabe- und Übertragungsfehlern auszugehen. Diese würden schon bei ausgesprochen geringen Fehlerraten um ein Promille allein in den hier ausgewerteten BARMER-Daten des Jahres 2018 zu mehr als 370.000 fehlerhaft erfassten Diagnoseschlüsseln führen.

Vorteile von Diagnoseinformationen aus Routinedaten

Trotz der genannten Einschränkungen bieten die Diagnoseinformationen aus der ambulanten Versorgung bei einer Verknüpfung mit weiteren Daten einer Krankenkasse wichtige und anderweitig in wesentlichen Teilen schlicht nicht verfügbare Möglichkeiten zu

Auswertungen im Hinblick auf Erkrankungshäufigkeiten, die, im Gegensatz zu den meisten Primärerhebungen,

- sich auf das gesamte Erkrankungsspektrum gemäß der Kodierungsmöglichkeiten in der ICD-10 beziehen,
- Aussagen zu allen Altersgruppen erlauben,
- nicht durch eine eingeschränkte Studienbeteiligung verzerrt werden und
- auf erheblich größere Untersuchungspopulationen als nahezu jede Primärerhebung zurückgreifen können.

2.7.2 Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen

Eine Möglichkeit für eine differenziertere systematische Darstellung zu ambulant vergebenen Diagnosen als die Auflistung der Diagnosen entsprechend ihrer Häufigkeit in der Gesamtpopulation bietet die Fokussierung auf einzelne Altersgruppen, die den Inhalt der nachfolgenden Seiten bildet.

Beantwortet werden soll die Frage, ob, und wenn ja welche Diagnosen in einzelnen Altersgruppen eine herausragende Rolle spielen. Hierzu werden, zum Teil auch separat für beide Geschlechter, Angaben zu den 20 am weitesten verbreiteten Diagnosen in insgesamt sieben exklusiven Altersgruppen dargestellt. Die altersabhängige Aufteilung separiert dabei Säuglinge und Kleinkinder (0 bis 4 Jahre), Kinder (5 bis 14 Jahre), Jugendliche (15 bis 24 Jahre), junge Erwachsene (25 bis 39 Jahre), Erwachsene (40 bis 64 Jahre), Personen im Ruhestandsalter (65 bis 79 Jahre) sowie Hochbetagte (hier Personen ab 80 Jahre).

Säuglinge und Kleinkinder, Altersgruppen 0 bis 4 Jahre

Säuglinge und Kleinkinder stellten 2018 in Deutschland mit 3,9 Millionen einen Anteil von 4,7 Prozent an der Gesamtbevölkerung. Die Zahl der Arztkontakte liegt in dieser jüngsten Altersgruppe allgemein über der bei älteren Kindern (siehe auch Abbildung 2.4). Die Tabelle 2.16 gibt einen Überblick zu den 20 am häufigsten vergebenen dreistelligen ICD-10-Schlüsseln unter Säuglingen und Kleinkindern. Grundsätzlich sind mit dieser Formulierung „häufigste Diagnosen" an dieser Stelle und in den nachfolgenden Abschnitten immer die Diagnosen gemeint, die den größten Anteil der jeweils fokussierten Gruppe betreffen, was jedoch sprachlich nur recht umständlich korrekt zum Ausdruck gebracht

werden kann. In der ersten Ergebnisspalte wird der prozentuale Anteil der innerhalb des Jahres 2018 von der genannten Diagnose betroffenen Säuglinge und Kleinkinder angegeben, die zweite Ergebnisspalte nennt die hochgerechnete absolute Zahl der Betroffenen in Deutschland 2018.

Tabelle 2.16: Top-20-Diagnosen: Kleinkinder, 0 bis 4 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 3.887 Tausend; Anteil: 4,7 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	86,2	3.349
2	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	56,3	2.188
3	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	43,9	1.705
4	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	34,6	1.343
5	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	27,5	1.070
6	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	27,3	1.062
7	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	26,1	1.016
8	J20	Akute Bronchitis	25,0	971
9	H10	Konjunktivitis	24,3	944
10	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	21,7	842
11	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	18,3	712
12	Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	17,9	697
13	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	17,5	681
14	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	16,7	649
15	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	16,5	641
16	H65	Nichteitrige Otitis media	14,8	575
17	R05	Husten	13,7	534
18	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	13,3	518
19	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	13,1	510
20	L30	Sonstige Dermatitis	13,0	504

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Ein erster Blick auf die Tabelle offenbart, dass neben Routine- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen unterschiedliche Infektionserkrankungen eine herausragende Rolle in der ambulanten Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern spielen. Mehr als die Hälfte der Kinder waren auch 2018 von „Akuten Infektionen …" im Sinne der unspezifischen Diagnose J06 betroffen, bei etwa einem Viertel der Kinder wurden jeweils eine nicht näher bezeichnete Viruskrankheit (B34), eine „Akute Bronchitis" (J20) und eine „Konjunktivitis" (H10) diagnostiziert. Ein „Fieber unbekannter Ursache" (R50) wurde bei gut einem Fünftel der Kinder festgestellt. Eine eitrige Mittelohrentzündung (H66) betraf rund 16 Prozent der Kinder.

Kinder, Altersgruppen 5 bis 14 Jahre

im Schulalter bei 23,4 % der Kinder Sehfehler diagnostiziert

Die 5- bis 14-Jährigen, hier als Kinder bezeichnet, repräsentierten 2018 in Deutschland mit 7,3 Millionen einen Bevölkerungsanteil von 8,9 Prozent. Die Anzahl der Arztkontakte bewegt sich in dieser Altersgruppe bei beiden Geschlechtern auf einem weitgehend übereinstimmenden und im Vergleich zu anderen Altersgruppen verhältnismäßig niedrigen Niveau (siehe auch Abbildung 2.4). Im Vergleich zum Kleinkindalter spielen Routineuntersuchungen und Impfungen eine deutlich geringere Rolle. Deutlich seltener wird unter anderem eine Mittelohrentzündung diagnostiziert, welche in dieser Altersgruppe nicht mehr unter den häufigsten dreistelligen ICD-10-Diagnosen zu finden ist. Eine sehr starke Bedeutung erlangen mit Eintritt ins Schulalter Sehfehler, die unter verschiedenen ICD-10-Schlüsseln erfasst werden (H50, H52, H53). 23,4 Prozent der Kinder erhielten innerhalb des Jahres 2018 die Diagnose einer Fehlsichtigkeit im Sinne des ICD-10-Schlüssels H52. Andere Diagnosen, wie die „Akute Tonsillitis" (J03) sowie „Verletzungen" (T14), zeigen im Vergleich zum Kleinkindalter eine leicht rückgängige Diagnoserate, steigen jedoch durch den Wegfall anderer Diagnosen in der Rangfolge der häufigsten Diagnoseschlüssel auf einen der vorderen 20 Ränge auf.

Bei 9,0 Prozent der 5- bis 14-Jährigen wurde innerhalb des Jahres ein „Atopisches Ekzem" (L20) dokumentiert, auch „Asthma bronchiale" (J45) betrifft mit 8,7 Prozent einen vergleichbar hohen Anteil.

Bei 13,7 Prozent der Kinder wurden 2018 „Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache" (F80) diagnostiziert, die im BARMER Arztreport 2012 mit

dem Schwerpunkt „Kindergesundheit" näher fokussiert wurden. Hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung entspricht dies rund 1.008.000 betroffenen Kindern im Alter zwischen 5 und 14 Jahren. Bereits von 2010 bis 2017 wurde ein von 10,0 auf 13,3 Prozent stetig zunehmender Anteil betroffener Kinder dokumentiert.

Tabelle 2.17: Top-20-Diagnosen: Kinder, 5 bis 14 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 7.345 Tausend; Anteil: 8,9 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	32,1	2.357
2	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	23,4	1.718
3	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	18,9	1.389
4	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	13,7	1.008
5	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	13,6	1.001
6	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	12,7	936
7	H50	Sonstiger Strabismus	11,3	833
8	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	11,2	822
9	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10,3	754
10	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,0	732
11	J20	Akute Bronchitis	9,8	720
12	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	9,7	713
13	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	9,4	689
14	J03	Akute Tonsillitis	9,0	662
15	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	9,0	662
16	J45	Asthma bronchiale	8,7	636
17	H53	Sehstörungen	8,7	635
18	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	8,6	629
19	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	8,2	606
20	H10	Konjunktivitis	7,8	574

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Jugendliche, Altersgruppen 15 bis 24 Jahre

Als Jugendliche sollen im Kontext dieser Auswertung 15- bis 24-Jährige verstanden werden, die 2018 mit 8,6 Millionen Personen einen Bevölkerungsanteil von 10,4 Prozent in Deutschland stellten. Ab einem Alter von 15 Jahren zeigen sich unter männlichen und weiblichen Personen erheblich divergierende Inanspruchnahmen der ambulanten Versorgung (siehe auch Abbildung 2.4) sowie ein erheblich unterschiedliches Diagnosespektrum, weshalb ab diesem Alter grundsätzlich separat ermittelte Ergebnisse zu Männern und Frauen dargestellt werden.

Männliche Jugendliche im Alter zwischen 15 und 24 Jahren weisen eine insgesamt ausgesprochen geringe Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen auf. Unter den aufgeführten und noch relativ häufigen Diagnosen spielen akute und oftmals infektiöse Erkrankungen weiterhin eine dominierende Rolle. Erwartungsgemäß taucht die Diagnose „Akne" als typisches Pubertätsproblem in der Liste der häufigen Diagnosen auf. Auch allergische Erkrankungen (J30, J45, T78) spielen eine relativ große Rolle. Hinter der etwas missverständlich bezeichneten Diagnose T78 „Unerwünschte Nebenwirkungen" verbergen sich dabei in der Regel nicht näher bezeichnete Allergien. Bemerkenswert erscheint, dass „Rückenschmerzen" (M54) unter männlichen Jugendlichen bereits Rang vier der häufigsten Diagnosen einnehmen.

Bei weiblichen Jugendlichen liegt die Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung deutlich höher als bei männlichen Jugendlichen, wobei gynäkologische Themen (inklusive Krebsfrüherkennung) und Kontrazeption in diesem Alter eine entscheidende Rolle spielen. Gynäkologische Diagnosen sind sehr häufig, wodurch Erkrankungen, die bei männlichen Jugendlichen eine Rolle spielen, aus der Auflistung häufiger Diagnosen verdrängt werden. Dabei dürfte insbesondere die häufige Verwendung der Diagnose „Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina" (N89) vorrangig aus Abrechnungsbestimmungen resultieren und entsprechend keine Hinweise auf reale Erkrankungshäufigkeiten liefern.

Tabelle 2.18: Top-20-Diagnosen: männliche Jugendliche, 15 bis 24 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 4.521 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 11,1 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	29,9	1.353
2	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	16,5	745
3	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,3	513
4	M54	Rückenschmerzen	10,7	485
5	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,3	464
6	J45	Asthma bronchiale	8,6	388
7	R51	Kopfschmerz	8,6	387
8	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	8,4	378
9	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	7,7	347
10	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	7,2	326
11	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	7,1	320
12	L70	Akne	6,9	314
13	J03	Akute Tonsillitis	6,4	288
14	J02	Akute Pharyngitis	6,4	288
15	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	6,3	284
16	J20	Akute Bronchitis	5,7	258
17	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,6	253
18	R11	Übelkeit und Erbrechen	5,5	250
19	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,4	245
20	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	5,1	233

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Tabelle 2.19: Top-20-Diagnosen: weibliche Jugendliche, 15 bis 24 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 4.126 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 9,8 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	63,6	2.624
2	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	35,3	1.457
3	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	32,1	1.325
4	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	27,5	1.136
5	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	24,0	990
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	19,0	786
7	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	17,8	733
8	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	16,3	672
9	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	15,1	625
10	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	14,8	610
11	M54	Rückenschmerzen	14,0	578
12	L70	Akne	13,0	537
13	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,3	467
14	R51	Kopfschmerz	10,4	430
15	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	9,8	405
16	J03	Akute Tonsillitis	9,2	381
17	F45	Somatoforme Störungen	9,2	379
18	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	9,0	373
19	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,9	368
20	G43	Migräne	8,6	356

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Junge Erwachsene, Altersgruppen 25 bis 39 Jahre

Junge Erwachsene in der hier gewählten Abgrenzung von Altersgruppen repräsentierten 2018 mit 15,8 Millionen Personen 19,1 Prozent der deutschen Bevölkerung.

Unter Männern im Alter zwischen 25 und 39 Jahren sind „Akute Infektionen …" (J06) und „Rückenschmerzen" (M54) die mit Abstand am weitesten verbreiteten Diagnosen, von

denen innerhalb des Jahres 2018 jeweils etwa 26,3 beziehungsweise 18,7 Prozent betroffen waren. Neben einer Reihe von infektiösen und/oder akut verlaufenden Erkrankungen zeigt sich in der Liste der häufigsten Diagnosen bei Männern bereits die Diagnose einer „Essentiellen Hypertonie" (I10), die 2018 bei 7,7 Prozent der Männer dokumentiert wurde. Eine „Depressive Episode" (F32) wurde bei 7,1 und „Somatoforme Störungen" (F45) wurden bei 6,0 Prozent der jüngeren Männer diagnostiziert und erreichten damit Rang sieben und zehn unter den häufigsten Diagnosen.

Tabelle 2.20: Top-20-Diagnosen: männliche Erwachsene, 25 bis 39 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 8.106 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 19,8 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	26,3	2.133
2	M54	Rückenschmerzen	18,7	1.518
3	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	13,1	1.059
4	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	9,9	801
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	7,7	625
6	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,4	599
7	F32	Depressive Episode	7,1	578
8	J45	Asthma bronchiale	7,1	573
9	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	6,7	540
10	F45	Somatoforme Störungen	6,0	484
11	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5,9	477
12	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	5,8	470
13	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	5,7	463
14	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	5,6	457
15	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5,5	447
16	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,5	446
17	D22	Melanozytennävus	5,4	442
18	K29	Gastritis und Duodenitis	5,3	432
19	J20	Akute Bronchitis	5,0	409
20	E66	Adipositas	4,9	394

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Unter jungen Frauen bilden die bereits in Bezug auf weibliche Jugendliche umrissenen gynäkologischen Diagnosen weiterhin einen Schwerpunkt. Eine zunehmende Bedeutung zeigen im jungen Erwachsenenalter Diagnosen von psychischen Störungen auch bei Frauen. Die Diagnose einer „Somatoformen Störung" (F45) wurde 2018 in diesem Alter innerhalb eines Jahres bei 13,3 Prozent der Frauen gestellt, die Diagnose „Depressive Episode" (F32) betraf 12,2 Prozent der Frauen.

Tabelle 2.21: Top-20-Diagnosen: weibliche Erwachsene, 25 bis 39 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 7.698 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 18,3 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	66,0	5.072
2	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	45,6	3.503
3	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	44,0	3.383
4	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	29,1	2.234
5	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	25,8	1.985
6	M54	Rückenschmerzen	23,3	1.793
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	19,4	1.493
8	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	18,0	1.387
9	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	15,7	1.205
10	F45	Somatoforme Störungen	13,3	1.021
11	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	12,4	956
12	E03	Sonstige Hypothyreose	12,4	951
13	F32	Depressive Episode	12,2	935
14	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	12,1	930
15	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	11,9	914
16	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,5	883
17	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	10,2	781
18	O09	Schwangerschaftsdauer	10,1	774
19	D22	Melanozytennävus	10,0	765
20	G43	Migräne	9,9	761

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Erwachsene, Altersgruppen 40 bis 64 Jahre

Erwachsene im Alter zwischen 40 und 64 Jahren repräsentierten 2018 mit 35,5 Prozent beziehungsweise 29,4 Millionen Personen mehr als ein Drittel der deutschen Bevölkerung.

Tabelle 2.22: Top-20-Diagnosen: männliche Erwachsene, 40 bis 64 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 14.734 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 36,0 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	35,5	5.227
2	M54	Rückenschmerzen	28,6	4.219
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	25,0	3.677
4	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	19,8	2.913
5	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	16,9	2.483
6	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	15,0	2.206
7	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	13,1	1.933
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	12,0	1.774
9	E66	Adipositas	12,0	1.765
10	F32	Depressive Episode	11,7	1.719
11	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	10,1	1.491
12	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	10,0	1.471
13	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9,9	1.453
14	M47	Spondylose	9,4	1.388
15	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	9,2	1.362
16	F45	Somatoforme Störungen	9,2	1.357
17	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	9,0	1.323
18	G47	Schlafstörungen	8,8	1.291
19	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	8,8	1.290
20	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	8,5	1.258

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Tabelle 2.23: Top-20-Diagnosen: weibliche Erwachsene, 40 bis 64 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 14.702 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 35,0 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	46,2	6.791
2	M54	Rückenschmerzen	35,5	5.226
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	30,2	4.439
4	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	27,8	4.080
5	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	26,4	3.879
6	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	25,4	3.728
7	N95	Klimakterische Störungen	23,6	3.467
8	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	22,4	3.295
9	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	21,3	3.128
10	F32	Depressive Episode	19,6	2.882
11	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	19,4	2.859
12	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	19,2	2.822
13	F45	Somatoforme Störungen	17,6	2.582
14	E04	Sonstige nichttoxische Struma	16,9	2.489
15	E66	Adipositas	13,8	2.026
16	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	13,7	2.017
17	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	13,6	2.001
18	E03	Sonstige Hypothyreose	13,5	1.979
19	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	13,2	1.941
20	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	12,7	1.868

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

In der Liste der häufigen Diagnosen treten akute Erkrankungen in den Hintergrund. Unter Männern bilden in diesem Alter mehr oder minder klar spezifizierte Beschwerden und Erkrankungen der Wirbelsäule eine wesentliche Gruppe von Diagnosen (M54, M51, M47,

siehe Tabelle 2.22). Eine erhebliche Bedeutung fällt auch der Diagnose von kardiovaskulären Risikofaktoren im weiteren Sinne zu. In diesem Kontext wären als Diagnosen zu nennen die „Essentielle Hypertonie" (I10: 35,5 Prozent), Fettstoffwechselstörungen (E78: 25,0 Prozent), „Adipositas" (starkes Übergewicht, E66: 12,0 Prozent) sowie der Typ-2-Diabetes (E11: 9,9 Prozent). Relativ häufig werden bereits auch Lebererkrankungen (K76: 8,8 Prozent) diagnostiziert.

Auch unter Frauen verschiebt sich das Spektrum häufiger Diagnosen. Rückenbeschwerden haben eine große Bedeutung. „Klimakterische Störungen" (N95), also Beschwerden in den Wechseljahren, werden in den genannten Altersgruppen bei knapp einem Viertel aller Frauen explizit als Diagnose erfasst. Schilddrüsenvergrößerungen (E04) betreffen 16,9 Prozent der Frauen, „Depressive Episoden" (F32) 19,6 Prozent. Ausgesprochen häufig werden auch bei Frauen Erkrankungen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren diagnostiziert (Hypertonie, I10: 30,2 Prozent; Fettstoffwechselstörungen, E78: 19,4 Prozent).

Ruhestandsalter, 65 bis 79 Jahre

In Deutschland lebten 2018 etwa 12,5 Millionen Menschen im Alter zwischen 65 und 79 Jahren, was einem Anteil von 15,1 Prozent der Bevölkerung entspricht.

chronische Erkrankungen bei Menschen > 65 Jahre dominant

In dieser Altersgruppe dominieren bei beiden Geschlechtern chronische Erkrankungen das Diagnosespektrum. Bei mehr als 65 Prozent der Personen wird innerhalb eines Jahres die Diagnose einer „Hypertonie" dokumentiert, bei mehr als 45 Prozent eine „Fettstoffwechselstörung", die explizite Diagnose eines „Diabetes mellitus Typ-2" fand sich bei 28,8 Prozent der Männer und 20,0 Prozent der Frauen. Die Diagnose einer ischämischen beziehungsweise koronaren Herzerkrankung im Sinne des Diagnoseschlüssels I25 wurde bei 26,3 Prozent, also bei mehr als einem Viertel der Männer, dokumentiert.

Auch Augenerkrankungen zählen bei beiden Geschlechtern zu häufig genannten Diagnosen, wobei zunächst insbesondere den Katarakten eine steigende Bedeutung zukommt. Eine Prostatavergrößerung (N40) wird bei gut einem Drittel aller Männer (34,1 Prozent) dokumentiert.

Bei Frauen wurde auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Diagnose einer „Klimakterischen Störung" (N95) mit 30,9 Prozent noch ausgesprochen häufig vergeben. Bei 18 Prozent der Männer und 23 Prozent der Frauen wurde 2018 mit dem ICD-10-Kode Z96 das „Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten" dokumentiert.

Tabelle 2.24: Top-20-Diagnosen: männliche Personen, 65 bis 79 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 5.808 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 14,2 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	70,5	4.093
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	48,6	2.825
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	36,3	2.107
4	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	34,2	1.985
5	N40	Prostatahyperplasie	34,1	1.982
6	M54	Rückenschmerzen	32,0	1.861
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	28,8	1.673
8	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	26,3	1.527
9	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	25,9	1.507
10	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	22,7	1.319
11	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	18,1	1.051
12	M47	Spondylose	18,0	1.044
13	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	17,9	1.038
14	E66	Adipositas	17,2	999
15	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	17,0	987
16	H26	Sonstige Kataraktformen	17,0	985
17	H25	Cataracta senilis	15,7	911
18	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	14,7	856
19	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	14,7	856
20	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	14,7	852

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Tabelle 2.25: Top-20-Diagnosen: weibliche Personen, 65 bis 79 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 6.719 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 16,0 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	66,7	4.479
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	46,6	3.132
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	42,4	2.849
4	M54	Rückenschmerzen	40,3	2.709
5	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	36,3	2.440
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	34,1	2.294
7	N95	Klimakterische Störungen	30,9	2.078
8	E04	Sonstige nichttoxische Struma	23,9	1.603
9	M47	Spondylose	22,9	1.537
10	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	22,9	1.537
11	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	22,7	1.527
12	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	22,6	1.516
13	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	20,7	1.388
14	H26	Sonstige Kataraktformen	20,2	1.354
15	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	20,0	1.344
16	F32	Depressive Episode	19,9	1.337
17	I83	Varizen der unteren Extremitäten	19,8	1.327
18	F45	Somatoforme Störungen	18,6	1.250
19	H25	Cataracta senilis	18,2	1.226
20	E66	Adipositas	17,3	1.159

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Hochbetagte, Altersgruppen ab 80 Jahre

Hochbetagte bilden in der hier gewählten Abgrenzung mit einem Alter ab 80 Jahre bislang in Deutschland, insbesondere unter Männern, eine noch verhältnismäßig kleine, aber wachsende Gruppe. Geschlechtsübergreifend stellten sie in Deutschland 2018 mit etwa 5,3 Millionen Personen einen Anteil von 6,4 Prozent der Bevölkerung. Aufgrund der geringeren allgemeinen Lebenserwartung, aber auch noch mitbedingt durch die hohe Zahl der männlichen Kriegstoten des Zweiten Weltkriegs, bilden die 1,97 Millionen Männer in dieser Altersgruppe eine klare Minderheit.

Viele der aufgeführten Raten von Diagnosen nahezu ausnahmslos chronischer Erkrankungen liegen bei Hochbetagten noch über denen in der zuvor dargestellten Altersgruppe, wobei die Differenzen zum Teil gering sind. Zu den sehr häufigen Diagnosen unter Hochbetagten zählen, nach „Bluthochdruck" und „Fettstoffwechselstörungen", die ischämische Herzkrankheit (I25; Männer 41,7 Prozent; Frauen 24,5 Prozent) sowie die „Herzinsuffizienz" (I50; Männer 23,1 Prozent; Frauen 21,7 Prozent). Die Angabe „Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten" (Z96) fand sich 2018 bei 35,3 Prozent der Männer und bei 40,8 Prozent der Frauen. Eine Prostatavergrößerung (N40) wurde bei 47,3 Prozent der Männer dokumentiert.

Die Diagnose einer Osteoporose wird bei Männern auch in dieser Altersgruppe eher selten dokumentiert. Unter hochbetagten Frauen fand sich die Diagnose M81 „Osteoporose ohne pathologische Fraktur" bei 29,1 Prozent, also bei fast einem Drittel aller Frauen.

Von Augenerkrankungen im Sinne der Diagnose „Sonstige Kataraktformen" (H26) sind hochbetagte Männer und Frauen annähernd gleich häufig betroffen.

Tabelle 2.26: Top-20-Diagnosen: männliche Hochbetagte ab 80 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 1.965 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 4,8 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	80,7	1.586
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	52,3	1.027
3	N40	Prostatahyperplasie	47,3	930
4	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	43,8	860
5	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	42,6	838
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	41,7	820
7	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	35,3	693
8	M54	Rückenschmerzen	33,8	665
9	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	33,2	653
10	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	27,4	539
11	H26	Sonstige Kataraktformen	26,7	525
12	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	26,1	512
13	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	25,1	492
14	N18	Chronische Nierenkrankheit	24,7	485
15	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	24,4	479
16	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	23,2	455
17	I50	Herzinsuffizienz	23,1	454
18	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	22,8	449
19	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	22,2	437
20	M47	Spondylose	21,7	427

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

Tabelle 2.27: Top-20-Diagnosen: weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 3.305 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 7,9 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	80,9	2.674
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	50,8	1.677
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	41,4	1.369
4	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	40,8	1.348
5	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	40,1	1.324
6	M54	Rückenschmerzen	39,7	1.312
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	31,0	1.023
8	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	29,1	960
9	H26	Sonstige Kataraktformen	26,8	886
10	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	26,3	871
11	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	26,0	860
12	M47	Spondylose	25,6	845
13	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	24,9	824
14	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	24,5	810
15	I83	Varizen der unteren Extremitäten	24,3	804
16	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	23,8	786
17	F32	Depressive Episode	23,3	769
18	I50	Herzinsuffizienz	21,7	717
19	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	20,9	691
20	R54	Senilität	20,6	682

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert/hochgerechnet D2018

2.8 Untersuchungen zur Früherkennung

An dieser Stelle soll auf Ergebnisse zur Dokumentation von spezifischen EBM-Ziffern in den ärztlichen Abrechnungsdaten eingegangen werden, die ein differenziertes Bild zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen innerhalb des Jahres 2018 liefern können.

2.8.1 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Krebsfrüherkennungs-Untersuchung, EBM-Ziffern 01730 und 01731

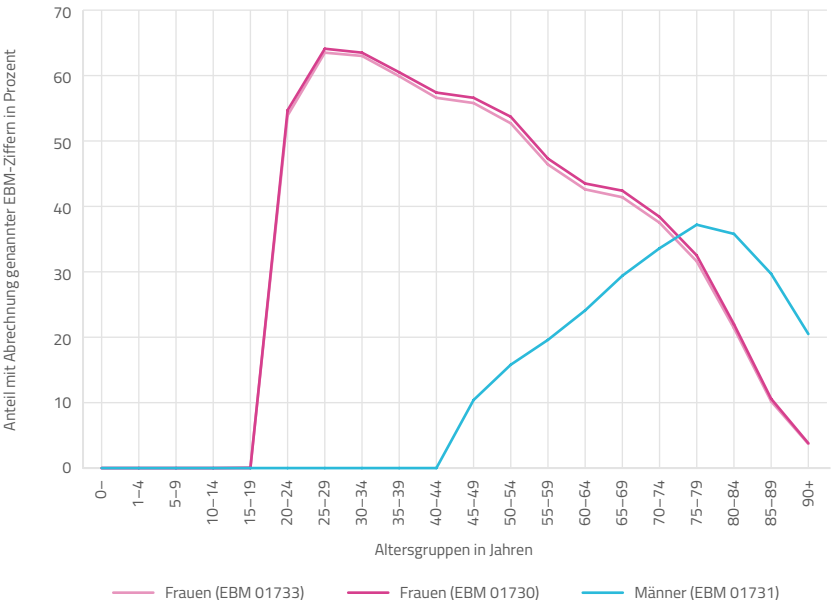
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern zählen zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Welche Maßnahmen bei welchen Versicherten abgerechnet werden können, regeln die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen des Gemeinsamen Bundesausschusses. Entsprechend existieren im EBM Abrechnungsziffern, die bei einer Durchführung von Früherkennungsuntersuchungen von niedergelassenen Ärzten abgerechnet werden können. Über die EBM-Ziffer 01730 werden „Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei der Frau" und über die Ziffer 01731 „Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann" abgerechnet.

Die mit der EBM-Ziffer 01730 erfasste Untersuchung bei Frauen ab einem Alter von 20 Jahren umfasst insbesondere einen Cervix-Abstrich und ab dem Alter von 30 Jahren das Abtasten der Brust. Die zytologische Untersuchung des Cervix-Abstrichs lässt sich dann noch gesondert über die Ziffer 01733 abrechnen.

Zur Untersuchung bei Männern ab einem Alter von 45 Jahren gemäß Ziffer 01731 gehört das Abtasten der Prostata. Die Untersuchungen können einmal im Jahr abgerechnet werden. Nicht in den Ziffern enthalten und gesondert abzurechnen sind gegebenenfalls Leistungen im Sinne eines Mammographie-Screenings bei Frauen und Screening-Untersuchungen auf Hautkrebs sowie kolorektale Karzinome (siehe hierzu auch nachfolgende Textabschnitte).

Die Abbildung 2.10 zeigt die altersspezifische Häufigkeit der Abrechnung der beiden jährlich erstattungsfähigen Früherkennungsziffern 01730 bei weiblichen und 01731 bei männlichen Versicherten der BARMER im Jahr 2018 (siehe auch Tabelle A 8 im Anhang).

Abbildung 2.10: Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, EBM-Ziffern 01730, 01733, 01731: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018; siehe auch Tabelle A 8 im Anhang

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen von 20–49 Jahren Teilnahmerate mindestens 55 %

Im Alter zwischen 20 und 49 Jahren wurde die EBM-Ziffer 01730 „Krebsfrüherkennungsuntersuchung" jährlich bei mindestens 54,7 Prozent der Frauen abgerechnet. Mit zunehmendem Alter sinkt die Teilnahmerate und lag 2018 ab einem Alter von 70 Jahren unterhalb von 40 Prozent. Bei einem weit überwiegenden Teil der Untersuchungen im Sinne der Ziffer 01730 bei Frauen werden gesondert auch zytologische Untersuchungen der Cervix-Abstriche mit der Ziffer 01733 abgerechnet (siehe Abbildung 2.10).

Bei Männern werden Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Sinne der Ziffer 01731, also insbesondere Untersuchungen der Prostata, erst ab einem Alter von 45 Jahren abgerechnet und sind bis zum 75. Lebensjahr seltener als die Cervix-Untersuchungen im Sinne der Ziffer 01730 bei Frauen.

Unterstellt man vereinfachend vergleichbare Früherkennungsuntersuchungsfrequenzen bei privat versicherten Frauen, dürften 2018 nach Hochrechnung der BARMER-Ergebnisse 39,6 Prozent aller Frauen in Deutschland (in absoluten Zahlen: 16,65 Millionen Frauen) im Sinne der Ziffer 01730 untersucht worden sein. Von den Männern nahmen 11,5 Prozent beziehungsweise 4,70 Millionen an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung im Sinne der EBM-Ziffer 01731 teil.

Regionale Variationen

Die Tabelle 2.28 listet einheitlich geschlechts- und altersstandardisierte Angaben zur regionalen Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den 16 Bundesländern bei Frauen und Männern im Jahr 2018 auf.

Tabelle 2.28: Krebsfrüherkennungsuntersuchungsraten in Bundesländern 2018

Bundesland	Untersuchungsraten Frauen EBM-Ziffer 01730	Untersuchungsraten Männer EBM-Ziffer 01731
	in Prozent	
Baden-Württemberg	39,8	12,3
Bayern	38,2	10,2
Berlin	39,1	11,0
Brandenburg	43,2	12,6
Bremen	37,9	11,5
Hamburg	38,9	11,9
Hessen	39,6	11,1
Mecklenburg-Vorpommern	42,6	13,7
Niedersachsen	38,3	12,3
Nordrhein-Westfalen	39,7	11,4
Rheinland-Pfalz	38,4	11,1
Saarland	36,5	9,4
Sachsen	42,7	11,5
Sachsen-Anhalt	41,1	11,6
Schleswig-Holstein	40,1	10,8
Thüringen	39,8	11,6
bundesweit	39,6	11,5

Quelle: BARMER-Daten 2018, standardisiert 2018

Die regional ermittelten Raten bei Frauen zeigen moderate Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen. Unter den bundesweiten Ergebnissen liegen die Raten insbesondere im Saarland und in Bremen, Bayern, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz sowie Hamburg. In den neuen Bundesländern liegen die Untersuchungsraten durchgängig höher als im Bundesdurchschnitt.

Die Untersuchungsraten bei Männern zeigen auf Bundeslandebene stärkere Variationen. Die geringsten Raten auf Bundeslandebene zeigen sich bei Männern im Saarland und in Bayern. Im Bundeslandvergleich lassen sich insbesondere für Mecklenburg-Vorpommern hohe Werte errechnen.

Darmkrebsfrüherkennung, EBM-Ziffern 01737 und 01738

Weitere Abrechnungsziffern des EBM stehen im Zusammenhang mit der Früherkennung von Darmkrebs. Ab einem Alter von 50 Jahren können Männer und Frauen zunächst jährlich, ab 55 Jahren in zweijährigen Abständen, sofern in zehn vorausgehenden Jahren keine Koloskopie erfolgte, eine Untersuchung auf Blut im Stuhl durchführen lassen. Mit der Untersuchung können nicht sichtbare Blutmengen nachgewiesen werden, die Hinweise auf eine Darmkrebserkrankung liefern können. Seit 1. April 2017 wird hierfür der „quantitative immunologischen Test" (iFOBT) eingesetzt. In Studien war für dieses Testverfahren eine höhere Sensitivität für die Entdeckung nicht sichtbaren Blutes im Stuhl nachgewiesen worden als für den sogenannten „Guajak-Test", der bis zu diesem Zeitpunkt für den Nachweis genutzt und mit der EBM-Ziffer 01734 abgerechnet wurde.

Beim immunologischen Testverfahren wird das Material zur Probenentnahme von der Arztpraxis an den Patienten ausgegeben und später die Stuhlprobe vom Patienten entgegengenommen und zur Auswertung an ein Labor weitergeleitet. Entsprechend diesem Ablauf kann der Arzt mit der EBM-Ziffer 01737 die „Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems" abrechnen. Des Weiteren wird der Test auf „Hämoglobin im Stuhl, immunologisch" vom Labormediziner, der die Analyse durchführt, mit den EBM-Ziffern 01738 – bei einer präventiven Untersuchung im Rahmen der Darmkrebsfrüherkennung – und mit der EBM-Ziffer 32457 – bei Durchführung des Tests zur Erfolgskontrolle im Zuge einer medizinischen Therapie – abgerechnet.

Im Zusammenhang mit der Früherkennung von Darmkrebs stehen auch die EBM-Ziffern 01740 und 01741. Die EBM-Ziffer 01740 umfasste im Jahr 2018 die „Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms". Eine entsprechende Beratung war im Rahmen des Screenings beziehungsweise der Früherkennung gemäß Vorgaben zweimalig vorgesehen. Die erste Beratung sollte möglichst frühzeitig mit 50 Jahren erfolgen und war nicht gesondert abrechnungsfähig. Eine zweite mit der Ziffer 01740 abzurechnende ausführliche Beratung sollte im Alter von 55 Jahren stattfinden (KBV 2018). Die EBM-Ziffer 01741 „Totale Koloskopie gemäß Krebsfrüherkennungsrichtlinien" bezeichnet schließlich eine vollständige Darmspiegelung im Rahmen eines Screenings, die bei Männern und Frauen ohne Vorbefunde im Alter ab 55 Jahre zweimalig im Leben im Abstand von zehn Jahren durchgeführt werden konnte, wobei eine Untersuchung ab dem Alter von 65 Jahren immer als zweite Untersuchung zählte und nicht wiederholt werden konnte.

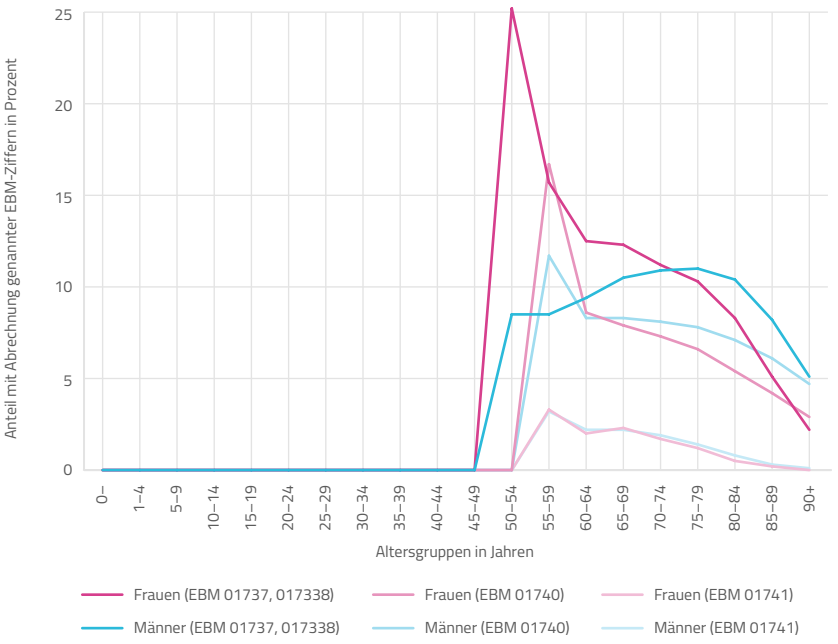
Mit dem Beschluss des G-BA vom 19. Juli 2018 wurde die Einführung eines organisierten Einladungsprogramms zur Darmkrebsfrüherkennung verabschiedet. Das Einladungsverfahren startete am 1. Juli 2019 und hat daher ebenso wie andere Anpassungen der Maßnahmen zur Darmkrebsfrüherkennung mit Gültigkeit ab dem Jahr 2019 – beispielsweise die Senkung der Altersgrenzen für die Koloskopie bei Männern – noch keinen Einfluss auf die Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Auswertungsjahr 2018.

Die Abbildung 2.11 zeigt die altersspezifische Abrechnungshäufigkeit der zuvor genannten Ziffern im Jahr 2018. Die Zahlenwerte zur Abbildung finden sich in Tabelle A 9 im Anhang.

2018 rund 573.000 Darmspiegelungen als Screening-Untersuchung

Insbesondere in den unteren betroffenen Altersgruppen ab 50 beziehungsweise 55 Jahren werden Stuhluntersuchungen sowie Beratungen zur Darmspiegelung häufiger bei Frauen als bei Männern abgerechnet, in höheren Altersgruppen sind Männer verhältnismäßig häufiger betroffen als Frauen. Die Darmspiegelung im Rahmen eines Screenings wurde 2018 ab einem Alter von 70 Jahren tendenziell häufiger bei Männern als bei Frauen durchgeführt, lediglich in jüngeren Altersgruppen waren Frauen teilweise etwas häufiger betroffen. Nach Hochrechnung der vorliegenden BARMER-Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung dürften im Jahr 2018 etwa 292.000 Koloskopien bei Frauen und etwa 281.000 Koloskopien bei Männern als Screening-Untersuchung durchgeführt worden sein.

Abbildung 2.11: Früherkennungsleistungen Darmkrebs, EBM-Ziffern 01737/01738, 01740, 01741: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018; siehe auch Tabelle A 9 im Anhang

Mammographie-Screening, EBM-Ziffer 01750

Seit Sommer 2008 ist das Mammographie-Screening, zu dem Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren in zweijährigen Abständen eingeladen werden sollen, unter der EBM-Ziffer 01750 bundesweit etabliert. Ein Mammographie-Screening wurde innerhalb des Jahres 2018 nach den vorliegenden Ergebnissen bei jeweils etwa einem Viertel der Frauen aus den anspruchsberechtigten Altersgruppen zwischen 50 und 69 Jahren abgerechnet. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Untersuchungsrate geringfügig gestiegen. Berücksichtigt man, dass die Untersuchung in zweijährigen Abständen durchgeführt werden soll, wäre nach den aktuell vorliegenden Ergebnissen von einer Beteiligungsrate am Mammographie-Screening von etwa 50 Prozent auszugehen.

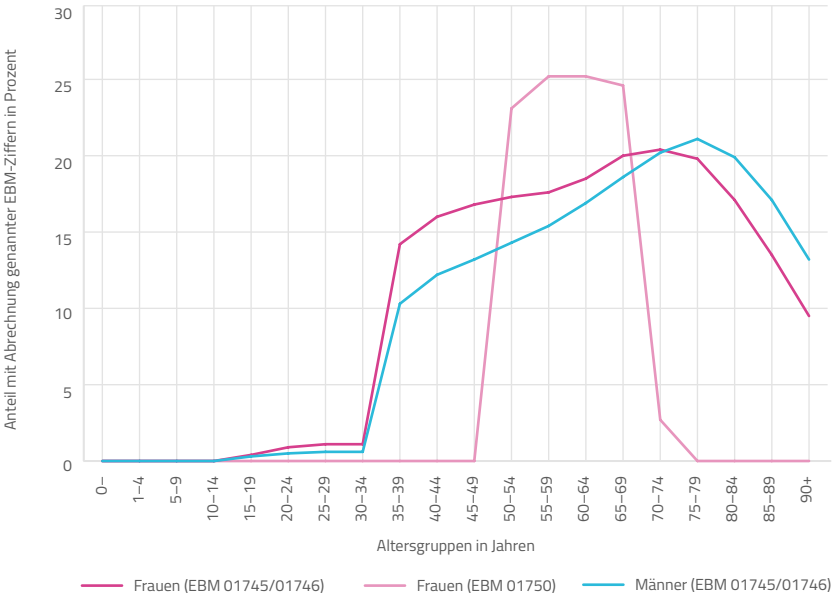
Hautkrebs-Screening, EBM-Ziffern 01745 und 01746

Seit Juli 2008 kann unter der EBM-Ziffer 01745 zudem von Haus- und Hautärzten eine „Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs" bei Versicherten ab 35 Jahre in zweijährigen Abständen abgerechnet werden. Wird die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs im Rahmen der Gesundheitsuntersuchung „Check-up" durchgeführt, muss sie mit der Ziffer 01746 abgerechnet werden.

~ 8,9 Mio. Personen 2018 beim Hautkrebs-Screening

Ein Hautkrebs-Screening im Sinne der EBM-Ziffern 01745 oder 01746 wurde 2018 mit altersabhängigen Variationen bei 10 bis 21 Prozent der Versicherten aus berechtigten Geschlechts- und Altersgruppen durchgeführt. Bezogen auf alle Altersgruppen waren 10,7 Prozent der Bevölkerung betroffen. Dieser Anteil entspräche unter Annahme vergleichbarer Screening-Untersuchungshäufigkeiten bei PKV-Versicherten einer Zahl von knapp 8,9 Millionen Personen in Deutschland.

Abbildung 2.12: Früherkennungsleistungen gemäß EBM-Ziffern 01745/01746, 01750 (nur Frauen): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018; siehe auch Tabelle A 10 im Anhang

2.8.2 Weitere Früherkennungsuntersuchungen

Gesundheitsuntersuchung, EBM-Ziffer 01732

Als Früherkennungsleistungen können neben den zuvor genannten Leistungen primär drei weitere Früherkennungsuntersuchungen abgerechnet werden. Die EBM-Ziffer 01732 mit der Bezeichnung „Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien" konnte bis zum Jahr 2018 in zweijährigen Abständen bei Versicherten ab einem Alter von 35 Jahren abgerechnet werden. Besser bekannt war diese Untersuchung unter der Bezeichnung „Check-up 35". Ab dem April 2019 wird der Check-up auch Erwachsenen ab einem Alter von 18 Jahren angeboten. Junge Erwachsene können sich vor dem 35. Lebensjahr einmalig auf gesundheitliche Risiken hin untersuchen lassen. Bei Erwachsenen im Alter ab 35 Jahren gilt seit April 2019 ein dreijähriges Untersuchungsintervall. Für die ermittelten Ergebnisse zur Inanspruchnahme im Auswertungsjahr 2018 haben diese Neuerungen noch keine Relevanz.

Check-up 35: 5,6 Mio. Männer, 6,8 Mio. Frauen

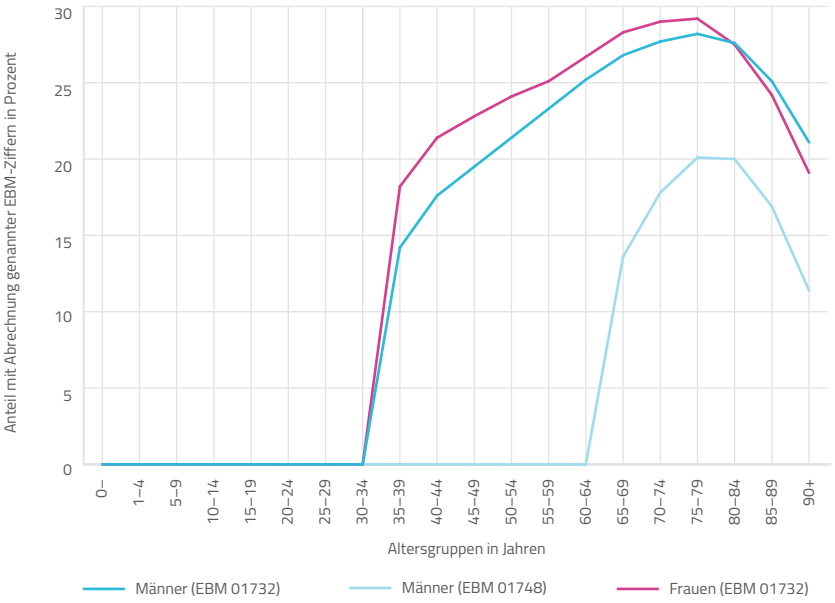
Eine „Gesundheitsuntersuchung" beziehungsweise der „Check-up 35" (EBM-Ziffer 01732) dürfte 2018 nach Hochrechnungen der BARMER-Ergebnisse bei 5,6 Millionen männlichen und 6,8 Millionen weiblichen Personen der Bevölkerung durchgeführt worden sein. In den berechtigten Altersgruppen wurde die Untersuchung bei etwa einem Viertel der Versicherten durchgeführt (mit altersabhängigen Variationen, siehe Abbildung 2.13 oder Tabelle A 10 im Anhang). Wenn man das zweijährige Intervall der Untersuchungen berücksichtigt, ist davon auszugehen, dass insbesondere um das 75. Lebensjahr herum eine entsprechende Untersuchung von mehr als der Hälfte aller Anspruchsberechtigten genutzt wird.

Sonografische Untersuchung auf Bauchaortenaneurysmen, EBM-Ziffern 01747 und 01748

Seit Anfang 2018 haben Männer im Alter ab 65 Jahren einmalig Anspruch auf eine Ultraschalluntersuchung zur Früherkennung von Aneurysmen der Bauchschlagader. Im Zusammenhang mit dieser Untersuchung können von Ärzten die EBM-Ziffern 01747 „Aufklärungsgespräch Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen" und 01748 „Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen" abgerechnet werden.

Das Screening auf ein Bauchaortenaneurysma im Sinne der EBM-Ziffern 01748 wurde im Jahr 2018 bei 11 bis 20 Prozent der männlichen Versicherten im Alter ab 65 Jahren durchgeführt. Hochgerechnet auf die Bevölkerung dürften 1,3 Millionen männliche Personen die Untersuchung in Anspruch genommen haben.

Abbildung 2.13: Früherkennungsleistungen gemäß EBM-Ziffern 01732 und 01748 (nur Männer): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018; siehe auch Tabelle A 11 im Anhang

Pulsoxymetrie-Screening gemäß Kinder-Richtlinie, EBM-Ziffern 01702 und 01703

Im November 2016 wurde die „Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres" vom G-BA um das Pulsoxymetrie-Screening ergänzt. Mit dieser nichtinvasiven Untersuchung kann der Sauerstoffgehalt des Blutes ermittelt werden, womit bereits in den ersten Lebenstagen kritische behandlungsbedürftige Herzfehler bei Neugeborenen entdeckt und eine frühzeitige Behandlung ermöglicht werden sollen. Dabei kann für jedes Neugeborene entweder die Aufklärung der Eltern über das Pulsoxymetrie-Screening mit der EBM-Ziffer 01702 „Beratung im

Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings" (im Falle einer Ablehnung) oder die Untersuchung des Neugeborenen (inklusive Aufklärung der Eltern) unter der EBM-Ziffer 01703 „Pulsoxymetrie-Screening" abgerechnet werden. In den ambulanten Abrechnungsdaten der BARMER zum Jahr 2018 wurden eine durchgeführte Untersuchung bei 4,2 Prozent der weiblichen und 4,0 Prozent der männlichen Kinder im Alter unter einem Jahr dokumentiert, lediglich eine Beratung wurde bei 0,4 beziehungsweise 0,3 Prozent abgerechnet. Ein geringer Teil der Untersuchungen wird zudem auch als Leistung bei Personen im Erwachsenenalter dokumentiert, wobei es sich zumeist um die Eltern von Neugeborenen handeln dürfte, bei denen kurz nach Geburt noch keine Versicherungsnummer bekannt war. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende Untersuchungen, die idealtypisch innerhalb von 24 bis 48 Stunden nach der Geburt stattfinden sollen, weit überwiegend bereits im Entbindungskrankenhaus durchgeführt werden. Da diese Untersuchungen im Krankenhaus nicht gesondert abgerechnet werden können (weder ambulant noch anderweitig), können in den ambulanten Abrechnungsdaten nur Hinweise auf einen vergleichsweise geringen Anteil der mutmaßlich durchgeführten Untersuchungen erwartet werden, vorrangig beispielsweise bei ambulanten Entbindungen oder Hausgeburten.

Kapitel 3

Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?

3 Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?

Psychotherapeutische Sprechstunde seit April 2017

Im Jahr 2017 wurde die Psychotherapie-Richtlinie reformiert, welche die maßgeblichen Regelungen zu Formen der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beinhalten. Wesentliche Ziele der Reform bestanden in der Verbesserung des Zugangs zu Psychotherapeuten und dabei insbesondere in einer Beschleunigung des Zugangs, um im Falle notwendiger Therapien dem Ziel einer möglichst zeitnahen Versorgung näher zu kommen. Hierzu wurden im Zuge der Reform neue Versorgungselemente beziehungsweise Leistungen definiert. Zu den im Rahmen der Reform neu eingeführten Versorgungselementen zählen insbesondere die

- „Psychotherapeutische Sprechstunde" sowie die
- „Psychotherapeutische Akutbehandlung",

welche bei einer Betreuung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung seit dem zweiten Quartal 2017 von den Psychotherapeuten durchgeführt und abgerechnet werden können.

Psychotherapeutische Sprechstunde soll zeitnahen Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung ermöglichen

Seit dem 1. April 2017 sind die an der ambulanten Versorgung gesetzlich Krankenversicherter beteiligten Psychotherapeuten dabei verpflichtet, ein bestimmtes Zeitkontingent für die Durchführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde anzubieten (bei vollem Versorgungsauftrag eines Psychotherapeuten für 100 Minuten pro Woche). Die Versicherten haben gemäß § 11 Absatz 1 der Psychotherapie-Richtlinie einen Anspruch auf die Psychotherapeutische Sprechstunde als zeitnahe Versorgung. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) schreibt dazu auf seinen Internetseiten: „Die psychotherapeutische Sprechstunde ermöglicht zeitnah einen niedrigschwelligen Zugang der Patientin oder des Patienten zur ambulanten Versorgung. Hier soll festgestellt werden, ob ein Verdacht auf eine seelische Krankheit vorliegt und weitere fachliche Hilfe notwendig wird. Dabei soll auch eine Beratung, Information, Klärung des individuellen Behandlungsbedarfs, eine erste Diagnosestellung und dementsprechende Behandlungsempfehlung und sofern erforderlich eine kurze psychotherapeutische Intervention erfolgen" (BMG, 2019).

Erst seit dem 1. April 2018 gilt über die Einführung hinaus verpflichtend, dass ein Patient im Regelfall mindestens 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunden bei einem Therapeuten in Anspruch genommen haben muss, bevor er bei dem jeweiligen Therapeuten eine Akutbehandlung oder Psychotherapie in einem engeren Sinne beginnt (Multmeier, 2017; BMG, 2019). Damit ist die Psychotherapeutische Sprechstunde seit dem 1. April 2018, und somit ein Jahr nach ihrer Einführung, zu einem obligaten Startpunkt nahezu jeder ambulanten Psychotherapie zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung geworden.

Teilnahme an Psychotherapeutischer Sprechstunde seit April 2018 vor Psychotherapie obligat

3.1 Ziele

Im Schwerpunktkapitel des Arztreports soll die aktuelle Situation hinsichtlich der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung beschrieben und mit der Situation vor der Reform der Psychotherapie-Richtlinie verglichen werden. Übergeordnet geht es dabei um die beiden folgenden Leitfragen:

- Zu welchen Veränderungen der ambulanten Versorgung ist es im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 gekommen?
- Wie sieht die aktuelle Versorgungssituation im Jahr 2018 aus und wie ist diese zu bewerten? Was hat sich verbessert, wo lassen sich gegebenenfalls neue oder auch altbekannte Defizite identifizieren und wie könnten diese ausgeglichen werden?

3.1.1 Versichertenbefragung

Berücksichtigt werden im Rahmen des Schwerpunkts, neben den umfangreichen Analyseergebnissen basierend auf Routinedaten, auch Erfahrungen mit der psychotherapeutischen Versorgung aus Patientenperspektive. Hierzu wurden im September 2019 Versicherte der BARMER befragt, die nach verfügbaren Abrechnungsdaten im vierten Quartal des Jahres 2018 an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde teilgenommen haben. Die Abrechnungen entsprechender Sprechstundenteilnahmen sollten bereits seit April 2018 regulär alle erstmaligen Kontakte eines Patienten zu einem bestimmten Psychotherapeuten umfassen und bilden in Daten bei Krankenkassen damit den zeitlich ersten regelmäßig erfassten Indikator für individuelle Bedarfe an psychotherapeutischer Betreuung.

Befragung von Teilnehmern an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde

3.2 Hintergrund und Methoden

Der nachfolgende Abschnitt liefert zunächst einen ersten allgemeinen Überblick zu den Elementen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sowie zu den Veränderungen im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 in Deutschland. Dargestellt werden anschließend die Abrechnungsmöglichkeiten von Leistungen im Rahmen der ambulanten Versorgung von psychischen Störungen und Beschwerden, von denen maßgeblich auch die Auswertungsmöglichkeiten von Routinedaten zu diesem Thema abhängen. Schließlich werden Grundzüge der verwendeten Methoden bei der Auswertung von Routinedaten sowie von Befragungsergebnissen bei der Auswertung zum Schwerpunktkapitel dargestellt.

3.2.1 Grundzüge der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland

Unter einer Psychotherapie versteht man die gezielte professionelle Behandlung psychischer Störungen und/oder psychisch bedingter körperlicher Störungen mit psychologischen Mitteln (Dorsch, 2017). Psychotherapien zählen bei einem Vorliegen von seelischen Krankheiten in Deutschland zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie werden typischerweise von Psychotherapeuten durchgeführt. Seit 1999 regelt das Psychotherapeutengesetz, dass die Berufsbezeichnung Psychotherapeut lediglich von entsprechend qualifizierten und approbierten Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geführt werden darf. Ein Psychotherapeut muss damit in Deutschland über ein abgeschlossenes Hochschulstudium der Medizin, Psychologie oder, im Falle von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, alternativ auch über ein Studium der Pädagogik oder Sozialpädagogik sowie eine ausreichende Weiterbildung verfügen. Ergänzend sei darauf hingewiesen, dass im November 2019 der Bundesrat dem Gesetz über den Beruf der Psychotherapeutin und des Psychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz – PsychThG) zugestimmt hat, mit dem unter anderem der Weg für ein eigenständiges Psychotherapiestudium geebnet wurde. Zukünftig wird es in Deutschland also einen veränderten Weg zum Beruf des Psychotherapeuten geben.

Hinweis: Mit der Bezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut" wird nachfolgend immer genau die entsprechend bezeichnete Fachgruppe von Therapeuten (mit der Fachgruppenkennung 68) bezeichnet. Mit „psychologische Psychotherapeuten" sind demgegenüber neben Psychologischen Psychotherapeuten auch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemeint, also Therapeuten, welche in der Regel Psychologie studiert haben und insofern von ärztlichen Psychotherapeuten abzugrenzen sind.

Bei welchen Indikationen und welche psychotherapeutischen Verfahren durch die GKV erstattet werden, regelt der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA), der für eine Vielzahl an Regelungen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig ist, in der sogenannten Psychotherapie-Richtlinie (G-BA, 2018). Neben Psychotherapien im engeren Sinne werden in der Psychotherapie-Richtlinie auch niederschwellige Angebote bei psychischen Problemen beschrieben und festgelegt, welche unter bestimmten Voraussetzungen auch von Ärzten erbracht werden können, die nicht über eine Zulassung als Psychotherapeut verfügen.

Die nachfolgenden Textabschnitte geben einen Überblick über die wesentlichen in der Psychotherapie-Richtlinie beschriebenen Leistungen der ambulanten Versorgung, wobei die im Zuge der Reform neu eingeführten Elemente in den Abschnitten nach der Erläuterung der bereits vor 2017 existierenden Elemente dargestellt werden. Einen Überblick liefert auch Abbildung 3.1.

Ambulante Psychotherapie – Probatorische Sitzungen

Probatorische Sitzungen (umgangssprachlich Probesitzungen) erfolgen stets vor dem Beginn einer Psychotherapie. Probatorische Sitzungen bildeten vor der Reform der Psychotherapie-Richtlinie in der Regel die erste Möglichkeit für einen intensiveren Austausch zwischen Patient und Psychotherapeut. Sie sind gemäß Psychotherapie-Richtlinie „Gespräche, die zur weiteren diagnostischen Klärung des Krankheitsbildes, zur weiteren Indikationsstellung und zur Feststellung der Eignung der Patientin oder des Patienten für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren … dienen." Probatorische Sitzungen zählen dabei zu denjenigen Leistungen, die ausschließlich von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden können, welche auch zur Durchführung von Psychotherapien berechtigt sind.

vor Psychotherapie sind mind. 2 Probesitzungen à 50 Minuten verpflichtend

Nach den aktuellen Regelungen müssen vor einer Psychotherapie bei einem bestimmten Therapeuten bei genau diesem Therapeuten typischerweise jeweils mindestens zwei und bis zu vier probatorische Sitzungen von je 50 Minuten Dauer stattgefunden haben. Bei Kindern und Jugendlichen können darüber hinaus zwei weitere Sitzungen durchgeführt werden.

Vor der Reform waren fünf, und bei angestrebter analytischer Psychotherapie bis zu acht probatorische Sitzungen von je 50 Minuten im Sinne einer Probetherapie möglich, aber nicht verpflichtend. Probatorische Sitzungen werden nicht auf die Zeitkontingente einer gegebenenfalls nachfolgend eingeleiteten Psychotherapie angerechnet (vgl. auch den folgenden Abschnitt).

Ambulante Psychotherapie – Richtlinientherapie

Richtlinientherapie antragspflichtig, Langzeittherapie gutachterpflichtig

Psychotherapien im engeren Sinne, die sogenannten „Richtlinientherapien" gemäß Psychotherapie-Richtlinie, umfassen typischerweise jeweils ein im Voraus festgelegtes Kontingent an psychotherapeutischen Sitzungen, die jeweils mindestens 50 Minuten dauern. Diese Richtlinientherapien müssen bei der Krankenkasse beantragt werden, sind also formal stets antragspflichtig. Langzeittherapien (vgl. nachfolgenden Text) sind dabei zudem auch gutachterpflichtig, weshalb vor Beginn dieser Therapien vom Therapeuten ein Bericht für die Begutachtung erstellt werden muss, der Angaben zu Diagnose, Indikation sowie Art, Umfang, Frequenz und Prognose der geplanten Therapie wie auch einen fallbezogenen Behandlungsplan enthält. Die Begutachtung erfolgt durch besonders qualifizierte Psychotherapeuten oder Ärzte. Die Gutachter werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit dem GKV-Spitzenverband bestellt (KBV, 2019).

Bei den Richtlinientherapien werden aktuell als zulässige Verfahren drei unterschiedliche „Behandlungsformen" in der Psychotherapie-Richtlinie unterschieden.

Im Sinne psychoanalytisch begründeter Verfahren sind dies die

- „Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie" und die
- „Analytische Psychotherapie".

Als weiteres, nicht psychoanalytisch begründetes Verfahren gilt die „Verhaltenstherapie".

Die psychoanalytisch begründeten Verfahren dürfen dabei in einer Therapie nicht mit einer Verhaltenstherapie kombiniert werden.

Kurzzeittherapie: max. 12 Therapiesitzungen

Langzeittherapie: unterschiedliche Höchstgrenzen von 60 bis 300 Stunden

Alle drei Behandlungsformen können in ihrer „Anwendungsform" als Einzeltherapie, als Gruppentherapie oder als Kombination aus Einzel- und Gruppentherapie angeboten werden. Bezüglich des festgelegten Kontingents an Therapiesitzungen wird in der Richtlinie unter der Überschrift „Therapieansätze" zwischen Kurz- und Langzeittherapien unterschieden. Einzelne Kurzzeittherapien umfassen bis zu zwölf Therapiesitzungen, wobei zwei Kurzzeittherapien (KZT 1 und KZT 2) direkt aufeinander folgen können. Bei Langzeittherapien gelten gemäß § 29 der Psychotherapie-Richtlinie – abhängig von der Behandlungs- und Anwendungsform sowie bei Erwachsenen und Jugendlichen – unterschiedliche obere Stundenkontingente für einzelne Genehmigungsschritte sowie (Gesamt-)Höchstgrenzen zwischen 60 und 300 Stunden, wobei der letztgenannte Wert die Höchstgrenze für das Gesamtstundenkontingent bei einer analytischen Psychotherapie darstellt. Bei den Höchstgrenzen der Kontingente der Langzeittherapien werden gegebenenfalls bereits zuvor durchgeführte Kurzzeittherapien mitberücksichtigt.

Psychosomatische Grundversorgung

Leistungen im Sinne einer „psychosomatischen Grundversorgung" bilden erste und niederschwellig zugängliche Elemente der ambulanten Versorgung bei psychischen Problemen. Entsprechende Leistungen können – im Gegensatz zu den vorausgehend erläuterten Leistungen – von einer größeren Gruppe unterschiedlicher Ärzte mit bestimmten Zusatzqualifikationen erbracht werden, über die beispielsweise nicht selten auch Hausärzte verfügen. Sie werden in Abschnitt C der Psychotherapie-Richtlinie beschrieben. Dieser Abschnitt ist im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 unverändert geblieben. Im Abschnitt C wird unter § 23 (1) allgemein ausgeführt: „Die Psychotherapie im Sinne dieser Richtlinie wird in der vertragsärztlichen Versorgung ergänzt durch Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung. Dabei handelt es sich um eine möglichst frühzeitige differentialdiagnostische Klärung psychischer und psychosomatischer Krankheitszustände in ihrer ätiologischen Verknüpfung und in der Gewichtung psychischer und somatischer Krankheitsfaktoren. Die psychosomatische Grundversorgung umfasst seelische Krankenbehandlung durch verbale Interventionen und durch

übende und suggestive Interventionen bei akuten seelischen Krisen, auch im Verlauf chronischer Krankheiten und Behinderungen" (G-BA, 2018).

3.2.2 Wesentliche Neuerungen durch die Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017

Nachfolgend werden die erst mit der Reform im Jahr 2017 eingeführten Elemente der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenversicherter erläutert. Neben der Einführung dieser neuen Versorgungselemente wurde im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie zur Erleichterung des Zugangs zudem vorgeschrieben, dass Psychotherapeuten beziehungsweise deren Praxen wöchentlich innerhalb selbst festgelegter Zeiten mindestens 200 Minuten telefonisch erreichbar sein müssen (bei hälftigem Versorgungsauftrag mindestens 100 Minuten).

Psychotherapeutische Sprechstunde

Die erst 2017 eingeführte Psychotherapeutische Sprechstunde dient der zeitnahen Klärung einer vorliegenden Problematik und Beantwortung der Frage, ob eine krankheitswertige psychische Störung vorliegt, ob und gegebenenfalls welche psychotherapeutische Behandlung notwendig ist oder welche anderen/weiteren fachspezifischen Hilfen erforderlich sind. Die Teilnahme an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde bildet seit der Reform 2017 im Regelfall immer den ersten auch abrechnungsfähigen Kontakt zu einem Psychotherapeuten. Die Teilnahme an einer Sprechstunde bei einem bestimmten Therapeuten kann lediglich dann entfallen, wenn sie bereits bei einem anderen Therapeuten erfolgte, ein Therapeutenwechsel stattgefunden hat oder wenn ein Patient aus stationärer Krankenhausbehandlung (nach § 39 SGB V) oder rehabilitativer Behandlung (nach § 40 Absatz 1 oder 2 SGB V) aufgrund einer Diagnose nach § 26 entlassen wurde, wobei unter § 26 in der Psychotherapie-Richtlinie all diejenigen Diagnosen gelistet werden, die selbst eine Indikation zur Psychotherapie bilden können.

Für die Betreuung eines einzelnen Patienten im Rahmen dieser Sprechstunde werden Einheiten von mindestens 25 Minuten veranschlagt, wobei „pro Krankheitsfall" (innerhalb von vier konsekutiven Quartalen) je erwachsenen Patient bis zu sechs Einheiten bezie-

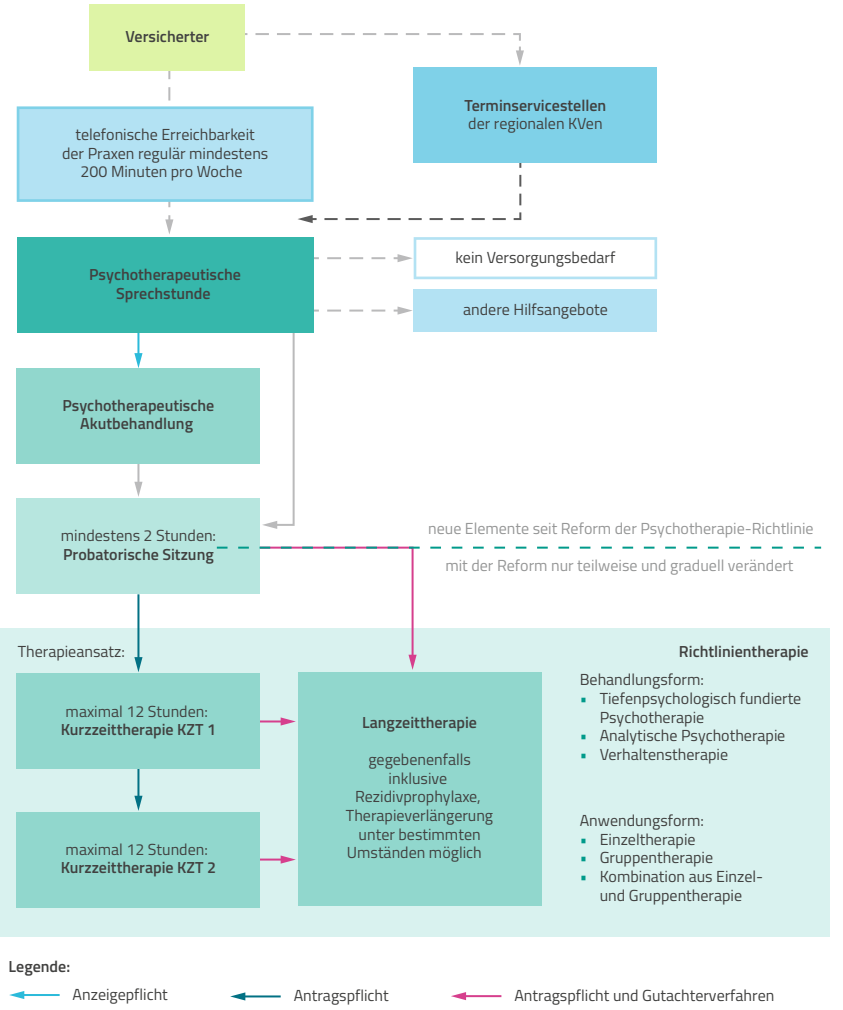
hungsweise insgesamt maximal 150 Minuten und bei Kindern bis zu zehn Einheiten beziehungsweise maximal 250 Minuten bei einem Psychotherapeuten abgehalten und abgerechnet werden können. Patienten sollen im Rahmen der Sprechstunde ein allgemeines Informationsblatt zur Richtlinientherapie („Ambulante Psychotherapie für gesetzlich Krankenversicherte") sowie eine schriftliche Rückmeldung in Form eines patientengerechten Befundberichts zum Ergebnis der Sprechstunde mit Empfehlungen zum weiteren Vorgehen („Individuelle Patienteninformation") erhalten. Die Psychotherapeutischen Sprechstunden gelten selbst nicht als Richtlinientherapie und werden auch nicht auf die entsprechenden Therapiekontingente angerechnet.

Psychotherapeutische Akutbehandlung

Gemäß Psychotherapie-Richtlinie (G-BA, 2018) ist die 2017 gleichfalls neu eingeführte und gegebenenfalls erst nach der Teilnahme an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde durchführbare „Psychotherapeutische Akutbehandlung" eine „zeitnahe psychotherapeutische Intervention im Anschluss an die Sprechstunde zur Vermeidung von Fixierungen und Chronifizierung psychischer Symptomatik. Sie hat zum Ziel, Patientinnen oder Patienten von akuter Symptomatik mit ambulanten psychotherapeutischen Mitteln zu entlasten. Die psychotherapeutische Akutbehandlung ist auf eine kurzfristige Verbesserung der Symptomatik der Patientin oder des Patienten ausgerichtet. Sie strebt dabei keine umfassende Bearbeitung der zugrunde liegenden ätiopathogenetischen Einflussfaktoren der psychischen Erkrankung an, sondern dient der Besserung akuter psychischer Krisen- und Ausnahmezustände."

Wie die Psychotherapeutische Sprechstunde wird auch die Psychotherapeutische Akutbehandlung in Einheiten mit mindestens 25 Minuten Dauer durchgeführt, wobei je Krankheitsfall maximal 24 Einheiten beziehungsweise 600 Minuten abgerechnet werden können, die dann allerdings – und im Gegensatz zu Psychotherapeutischen Sprechstunden – auf die Kontingente einer möglicherweise nachfolgend eingeleiteten Richtlinientherapie angerechnet werden. Vor Beginn einer nachfolgenden Richtlinientherapie müssen – genau wie in Fällen ohne eine vorausgehende Psychotherapeutische Akutbehandlung – dann mindestens noch zwei probatorische Sitzungen durchgeführt werden.

Abbildung 3.1: Elemente der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung seit April 2017



Quelle: eigene Darstellung in Anlehnung an: Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK, 2017)

Rezidivprophylaxe

Bei einer Psychotherapie kann es sinnvoll erscheinen, nach intensiveren Therapiephasen noch über einen längeren Zeitraum und mit größeren zeitlichen Abständen psychotherapeutische Sitzungen zu ermöglichen, die zum Erhalt und zur Stabilisierung von Therapieerfolgen beitragen sollen. Hierfür können bei Langzeittherapien, möglichst bereits bei der Beantragung der Therapien, bestimmte Teile der Stundenkontingente bestimmt werden, die noch innerhalb von zwei Jahren nach dem Abschluss der intensiveren Therapiephase in Anspruch genommen werden können. Bei einer beantragten Behandlungsdauer von 40 oder mehr Stunden können maximal acht Stunden und bei einer Behandlungsdauer von 60 oder mehr Stunden maximal 16 Stunden für die Rezidivprophylaxe genutzt werden. Die Angaben gelten bei Erwachsenen, bei Kindern und Jugendlichen können unter bestimmten Umständen auch höhere Stundenkontingente für die Rezidivprophylaxe vorgesehen werden. Sitzungen im Rahmen der Rezidivprophylaxe werden genau wie die vorausgehenden Therapiesitzungen abgerechnet und unterscheiden sich von ihnen in den Abrechnungsdaten ausschließlich hinsichtlich des Abrechnungszeitpunkts.

Zugangswege

Neben den zuvor dargestellten neuen Elementen der psychotherapeutischen Versorgung sollen auch Terminservicestellen (TSS) den Zugang zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung (wie auch den Zugang zu anderen ambulant tätigen Fachärzten) für gesetzlich Versicherte erleichtern. Zur Einrichtung entsprechender Stellen ab Januar 2016 wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen im Rahmen des 2015 beschlossenen GKV-Versorgungsstärkungsgesetz verpflichtet, Termine bei Psychotherapeuten werden seit April 2017 vermittelt.

Bei den Terminservicestellen handelt es sich um einen Telefonservice der typischerweise jeweils auf Bundeslandebene regional zuständigen Kassenärztlichen Vereinigungen (mit Trennung von Nordrhein-Westfalen in die beiden Regionen Nordrhein sowie Westfalen-Lippe). Im Hinblick auf Psychotherapeutische Sprechstunden müssen die Terminservicestellen Termine auch ohne Vorliegen einer Überweisung zeitnah und innerhalb von vier Wochen vermitteln. Seit dem 1. Oktober 2018 müssen von den Terminservicestellen auch Termine für probatorische Sitzungen vermittelt werden, wenn nach Angabe des zuvor

konsultierten Psychotherapeuten eine zeitnahe (Weiter-)Behandlung erforderlich ist. In entsprechenden Fällen hat der Patient Anspruch darauf, innerhalb von vier Wochen einen Termin für eine probatorische Sitzung vermittelt zu bekommen.

zunehmende Verpflichtungen der TSS bei Vermittlung von Psychotherapeuten seit Start 2017

Ist eine Psychotherapeutische Akutbehandlung erforderlich, darf die Wartezeit auf einen Behandlungstermin seit Inkrafttreten des Terminservice- und Versorgungsgesetzes (TSVG) am 11. Mai 2019 zwei Wochen nicht überschreiten. Auch hier ist keine Überweisung erforderlich, Voraussetzung für die Vermittlung eines weiteren Behandlungstermins ist allerdings, dass eine Therapeutin oder ein Therapeut diese empfohlen und dies auf einem entsprechenden Formular vermerkt hat. Telefonnummern und Hinweise zur Erreichbarkeit der Terminservicestellen finden sich auf den Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG, 2020).

3.2.3 Abrechnungsmöglichkeiten ambulanter psychotherapeutischer Leistungen vor sowie ab April 2017 im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

Leistungen der ambulanten ärztlichen und psychologischen psychotherapeutischen Versorgung werden in Deutschland bei gesetzlich Krankenversicherten über Gebührenordnungsziffern abgerechnet, die im sogenannten „Einheitlichen Bewertungsmaßstab" (EBM) gelistet sind, welcher von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) verhandelt, gepflegt und bereitgestellt wird (KBV, 2020). Entsprechend einheitliche und bundesweit vereinbarte Leistungen werden ganz allgemein auch als „kollektivvertraglich" bezeichnet. Darüber hinaus können Krankenkassen mit den einzelnen regionalen kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) individuell auch abweichende Leistungen für ihre Versicherten vereinbaren, die dann als „selektivvertraglich" bezeichnet werden. Selektivvertragliche Leistungen spielen jedoch im Rahmen der hier fokussierten ambulanten psychotherapeutischen Versorgung keine wesentliche Rolle.

Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen mit Ziffern aus dem Abschnitt 35 des EBM

Alle abrechnungsrelevanten psychotherapeutischen Leistungen werden innerhalb des EBM im Abschnitt 35 „Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien" aus dem übergeordneten Kapitel IV „Arztgruppenübergreifende bei spezifischen Voraussetzungen berechnungsfähige Gebührenordnungspositionen" des EBM aufgeführt.

Tabelle 3.1 listet sämtliche Abrechnungsziffern des Abschnitts 35 „Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien", wobei die linke Tabellenhälfte EBM-Ziffern mit einer Abrechnungsmöglichkeit im Jahr 2016 und die rechte Tabellenhälfte die 2018, also nach Reform der Psychotherapie-Richtlinien, abrechnungsfähigen Ziffern enthält. Die Sortierung der Tabelle orientiert sich an den 2018 beziehungsweise aktuell gültigen Ziffern. Die Ziffern aus dem Jahr 2016 sind in den Tabellenzeilen jeweils den aktuell gültigen Ziffern mit möglichst vergleichbaren Inhalten zugeordnet, wodurch die Reihenfolge ihrer Listung von der im EBM des Jahres 2016 abweichen kann.

Nicht antragspflichtige Leistungen (Abschnitt 35.1)

Der Abschnitt 35.1 „Nicht antragspflichtige Leistungen" beinhaltet – in Übereinstimmung mit seiner Bezeichnung – ausschließlich abrechnungsfähige Leistungen, die keiner Antrags- oder Genehmigungspflicht bei der zuständigen Krankenkasse unterliegen. Abgesehen von der Ergänzung der beiden neuen Versorgungselemente, der „Psychotherapeutischen Sprechstunde" (EBM 35151) sowie der „Psychotherapeutischen Akutbehandlung" (EBM 35152), sind die Abrechnungsmöglichkeiten von Ziffern aus diesem Abschnitt von 2016 bis 2018 unverändert geblieben.

Psychosomatische Grundversorgung: EBM-Ziffern 35100 bis 35120

Der erste Teil der in Abschnitt 35.1 gelisteten Ziffern von 35100 bis 35120 kann, im Sinne der sogenannten „psychosomatischen Grundversorgung", von einer größeren Zahl von Ärzten abgerechnet werden.

Alle weiteren Ziffern des Abschnitts 35.1 ab der Ziffer 35130 sowie auch die Ziffern des nachfolgenden Abschnitts 35.2 können gemäß Psychotherapie-Richtlinie nur von Therapeutinnen und Therapeuten erbracht werden, die „über eine Genehmigung gemäß der Psychotherapie-Vereinbarung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 als persönliche Leistung verfügen", womit eine Befähigung zur Psychotherapie im Sinne einer Richtlinientherapie gemeint ist. Aufgeführt sind in diesen weiteren Teilen des Abschnitts 35.1 neben der bereits genannten Psychotherapeutischen Sprechstunde sowie der Psychotherapeutischen Akutbehandlung EBM-Ziffern für die Beantragung von Psychotherapien (35130, 35131), für eine genauere Abklärung von Beschwerden (35140, 35141, 35142) sowie eine Ziffer 35150, mit der bereits seit vielen Jahren die sogenannten „Probatorischen Sitzungen" abgerechnet werden können.

Tabelle 3.1: Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) – EBM 2016 und 2018

EBM 2016				EBM 2018		
EBM	**Bezeichnung gemäß KBV**	**Punkte**		**EBM**	**Bezeichnung gemäß KBV**	**Punkte**
35	Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien			**35**	Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien	
35.1	Nicht antragspflichtige Leistungen			**35.1**	Nicht antragspflichtige Leistungen	
35100	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	152	i	**35100**	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände	152
35110	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	152	i	**35110**	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen	152
35111	Übende Verfahren, Einzelbehandlung	232	i	**35111**	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	232
35112	Übende Verfahren, Gruppenbehandlung	62	i	**35112**	Übende Interventionen, Gruppenbehandlung	62
35113	Übende Verfahren bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	90	i	**35113**	Übende Interventionen bei Kindern und Jugendlichen, Gruppenbehandlung	90
35120	Hypnose	145	i	**35120**	Hypnose	145
35130	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie	269	i	**35130**	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung einer Kurzzeittherapie	269
35131	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung/Verlängerung einer Langzeittherapie	539	i	**35131**	Feststellung der Leistungspflicht zur Einleitung/Verlängerung einer Langzeittherapie	539
35140	Biographische Anamnese	493	i	**35140**	Biographische Anamnese	493
35141	Vertiefte Exploration	180	i	**35141**	Vertiefte Exploration	180
35142	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde	65	i	**35142**	Zuschlag Erhebung neurologischer und psychiatrischer Befunde	65
35150	Probatorische Sitzung	621	i	**35150**	Probatorische Sitzung	621
			neu	**35151**	Psychotherapeutische Sprechstunde	421
			neu	**35152**	Psychotherapeutische Akutbehandlung	421
35.2	Antragspflichtige Leistungen			**35.2**	Antragspflichtige Leistungen	
				35.2.1	Einzeltherapien	
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	v	**35401**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	841

EBM 2016				EBM 2018		
EBM	**Bezeichnung gemäß KBV**	**Punkte**		**EBM**	**Bezeichnung gemäß KBV**	**Punkte**
35200	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	v	**35402**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	841
35201	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	v	**35405**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	841
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	841	ve	**35411**	Analytische Psychotherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	841
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	841	ve	**35412**	Analytische Psychotherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	841
35210	Analytische Psychotherapie (Einzelbehandlung)	841	ve	**35415**	Analytische Psychotherapie (LZT, Einzelbehandlung)	841
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	v	**35421**	Verhaltenstherapie (KZT 1, Einzelbehandlung)	841
35220	Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	v	**35422**	Verhaltenstherapie (KZT 2, Einzelbehandlung)	841
35221	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, Einzelbehandlung)	841	v	**35425**	Verhaltenstherapie (LZT, Einzelbehandlung)	841
				35.2.2	Gruppentherapien	
35205	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)	836	v	**35503**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 3 TN	836
35205	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)	836	v	**35504**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 4 TN	704
35205	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Kurzzeittherapie, kleine Gruppe)	836	v	**35505**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 5 TN	626
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)	418	v	**35506**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 6 TN	573
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)	418	v	**35507**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 7 TN	535

EBM 2016				EBM 2018		
EBM	Bezeichnung gemäß KBV	Punkte		EBM	Bezeichnung gemäß KBV	Punkte
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)	418	v	**35508**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 8 TN	507
35202	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeittherapie, große Gruppe)	418	v	**35509**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (KZT), 9 TN	485
35208	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Langzeittherapie, kleine Gruppe)	836	v	**35513**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 3 TN	836
35208	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Langzeittherapie, kleine Gruppe)	836	v	**35514**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 4 TN	704
35208	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (Langzeittherapie, kleine Gruppe)	836	v	**35515**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 5 TN	626
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	418	v	**35516**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 6 TN	573
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	418	v	**35517**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 7 TN	535
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	418	v	**35518**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 8 TN	507
35203	Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	418	v	**35519**	Tiefenpsychologische Psychotherapie (LZT), 9 TN	485
35212	Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe)	836	v	**35523**	Analytische Psychotherapie (KZT), 3 TN	836
35212	Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe)	836	v	**35524**	Analytische Psychotherapie (KZT), 4 TN	704
35212	Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe)	836	v	**35525**	Analytische Psychotherapie (KZT), 5 TN	626
35211	Analytische Psychotherapie (große Gruppe)	418	ve	**35526**	Analytische Psychotherapie (KZT), 6 TN	573
35211	Analytische Psychotherapie (große Gruppe)	418	ve	**35527**	Analytische Psychotherapie (KZT), 7 TN	535

EBM 2016				EBM 2018		
EBM	Bezeichnung gemäß KBV	Punkte		EBM	Bezeichnung gemäß KBV	Punkte
35211	Analytische Psychotherapie (große Gruppe)	418	ve	**35528**	Analytische Psychotherapie (KZT), 8 TN	507
35211	Analytische Psychotherapie (große Gruppe)	418	ve	**35529**	Analytische Psychotherapie (KZT), 9 TN	485
35212	Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe)	836	v	**35533**	Analytische Psychotherapie (LZT), 3 TN	836
35212	Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe)	836	v	**35534**	Analytische Psychotherapie (LZT), 4 TN	704
35212	Analytische Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen (kleine Gruppe)	836	v	**35535**	Analytische Psychotherapie (LZT), 5 TN	626
35211	Analytische Psychotherapie (große Gruppe)	418	ve	**35536**	Analytische Psychotherapie (LZT), 6 TN	573
35211	Analytische Psychotherapie (große Gruppe)	418	ve	**35537**	Analytische Psychotherapie (LZT), 7 TN	535
35211	Analytische Psychotherapie (große Gruppe)	418	ve	**35538**	Analytische Psychotherapie (LZT), 8 TN	507
35211	Analytische Psychotherapie (große Gruppe)	418	ve	**35539**	Analytische Psychotherapie (LZT), 9 TN	485
35222	Verhaltenstherapie (Kurzzeit-therapie, kleine Gruppe)	418	v	**35543**	Verhaltenstherapie (KZT), 3 TN	836
35222	Verhaltenstherapie (Kurzzeit-therapie, kleine Gruppe)	418	v	**35544**	Verhaltenstherapie (KZT), 4 TN	704
35222	Verhaltenstherapie (Kurzzeit-therapie, kleine Gruppe)	418	v	**35545**	Verhaltenstherapie (KZT), 5 TN	626
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeit-therapie, große Gruppe)	211	v	**35546**	Verhaltenstherapie (KZT), 6 TN	573
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeit-therapie, große Gruppe)	211	v	**35547**	Verhaltenstherapie (KZT), 7 TN	535
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeit-therapie, große Gruppe)	211	v	**35548**	Verhaltenstherapie (KZT), 8 TN	507
35224	Verhaltenstherapie (Kurzzeit-therapie, große Gruppe)	211	v	**35549**	Verhaltenstherapie (KZT), 9 TN	485
35223	Verhaltenstherapie (Langzeit-therapie, kleine Gruppe)	418	v	**35553**	Verhaltenstherapie (LZT), 3 TN	836
35223	Verhaltenstherapie (Langzeit-therapie, kleine Gruppe)	418	v	**35554**	Verhaltenstherapie (LZT), 4 TN	704

EBM 2016				EBM 2018		
EBM	Bezeichnung gemäß KBV	Punkte		EBM	Bezeichnung gemäß KBV	Punkte
35223	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, kleine Gruppe)	418	v	**35555**	Verhaltenstherapie (LZT), 5 TN	626
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	211	v	**35556**	Verhaltenstherapie (LZT), 6 TN	573
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	211	v	**35557**	Verhaltenstherapie (LZT), 7 TN	535
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	211	v	**35558**	Verhaltenstherapie (LZT), 8 TN	507
35225	Verhaltenstherapie (Langzeittherapie, große Gruppe)	211	v	**35559**	Verhaltenstherapie (LZT), 9 TN	485
				35.2.3	Zuschläge	
35251	Zuschlag I (zu 35200, 35201, 35210, 35220 und 35221)	143	ve	**35571**	Zuschlag Einzeltherapie	143
35252	Zuschlag II (zu 35202, 35203, 35211, 35222, 35223, 35224 und 35225)	58	ve	**35572**	Zuschlag Gruppentherapie	60
35253	Zuschlag III (zu 35205, 35308 und 35212)	114	div	**35573**	Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	72
35.3	Psychodiagnostische Testverfahren			**35.3**	Psychodiagnostische Testverfahren	
35300	Testverfahren, standardisierte	28	i	**35600**	Testverfahren, standardisierte	28
35301	Testverfahren, psychometrische	28	i	**35601**	Testverfahren, psychometrische	28
35302	Verfahren, projektive	46	i	**35602**	Verfahren, projektive	46

Quelle: Eigene Zusammenstellung nach Auszug aus den Online-Versionen des EBM der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV, 2016; KBV, 2018a); KZT: Kurzzeittherapie, LZT: Langzeittherapie, TN: Teilnehmer, i: identische Ziffern und Leistungen in beiden Fassungen des EBM; v: vergleichbare Leistungen bei unterschiedlichen Ziffern; ve: eingeschränkt vergleichbare Leistungen bei unterschiedlichen Ziffern; div: divergierende Leistungen

Antragspflichtige Leistungen (Abschnitt 35.2)

„Antragspflichtige Leistungen" entsprechen Psychotherapien im engeren Wortsinn.

Mit den Ziffern aus dem Abschnitt 35.2 „Antragspflichtige Leistungen" des EBM können Leistungen im Rahmen von Psychotherapien in einem engeren Sinne, die sogenannten „Richtlinientherapien", abgerechnet werden. Der Abschnitt 35.2 beinhaltet damit genau diejenigen Leistungen, die sowohl im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie als auch im allgemeinen Sprachgebrauch als „Psychotherapie" gelten dürften, wobei die letzten drei Ziffern des Abschnitts 35.2 lediglich Zuschläge und keine Therapieeinheiten an sich bezeichnen. Seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinien erfolgt die Vergütung bei

Gruppentherapien, abhängig von der Gruppengröße, mit einer genaueren Differenzierung. Wesentliche Neuerungen hat es im Zuge der Reform bei den Abrechnungsmodalitäten von Ziffern aus diesem Abschnitt ansonsten nicht gegeben. Für die Abrechnung von Leistungen im Sinne der 2017 neu eingeführten „Rezidivprophylaxe" existieren keine speziellen EBM-Ziffern. Therapiesitzungen im Sinne einer Rezidivprophylaxe werden genau wie die vorausgehenden regulären Therapiesitzungen abgerechnet und lassen sich in den Abrechnungsdaten als Rezidivprophylaxe gegebenenfalls lediglich durch einen größeren zeitlichen Abstand zur ursprünglichen Therapiesequenz identifizieren.

3.2.4 Datenbasis und grundlegende Methodik der Analysen von Routinedaten

Eine wesentliche Grundlage der Auswertungen zum Schwerpunkt bilden die Daten, welche der BARMER zur Abrechnung ambulant-ärztlicher sowie psychotherapeutischer Leistungen bei ihren Versicherten von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) übermittelt werden. Genau diese Daten werden grundsätzlich auch im Routineteil des Arztreports betrachtet. Um auch bei längsschnittlichen Analysen sowie bei Analysen zu Veränderungen im Zeitverlauf in allen Beobachtungsjahren auf eine weitgehend einheitliche Datenbasis zurückgreifen zu können, wurden die Auswertungen zum Schwerpunkt auf folgende Zeiträume und Versicherte beschränkt:

- Betrachtet werden ausschließlich Zeiträume ab 2009, da in den ambulanten Abrechnungsdaten erst ab diesem Jahr die zum dritten Quartal 2008 eingeführten Lebenslangen Arztnummern (LANR) mit einer seinerzeit neu eingeführten Fachgruppenzuordnung von Ärzten und Psychotherapeuten zu den Abrechnungsdaten jahresbezogen vollständig zur Verfügung stehen (vgl. auch Arztreport 2017 ab Seite 38).
- Betrachtet werden ausschließlich Versicherte mit einer Zuordnung zur vormaligen GEK oder BARMER, da im Rahmen der Auswertungen ausschließlich für diese Versicherten auch Daten zu Inanspruchnahmen von gesundheitsbezogenen Leistungen auch für die Jahre vor 2017 verfügbar waren. Daten zu Versicherten der vormaligen Deutschen BKK hätten für die Jahre vor 2017 nicht zur Verfügung gestanden.
- Bevölkerungsbezogen ausgewiesene Kennzahlen zu einzelnen Kalenderjahren, beispielsweise zum Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme einer Psychotherapie, wurden jeweils bezogen auf Versicherte mit nachweislicher Versicherung in allen Quar-

talen des jeweiligen Jahres ermittelt und beruhen auf Auswertungen differenziert nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen sowie Wohnorten in Bundesländern, die gegebenenfalls anschließend im Sinne einer direkten Standardisierung mit einer Gewichtung nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland in den entsprechenden Gruppen im Jahr 2018 zusammengefasst wurden (Statistisches Bundesamt, 2019). Innerhalb der einzelnen Jahre von 2009 bis 2018 konnten bei den Auswertungen zwischen 8.039.751 und 8.454.667 Versicherte berücksichtigt werden.

Auswertungen zu Trends bereinigt um demografische Effekte, pro Jahr basierend auf Daten zu jeweils mehr als 8 Mio. Personen

Die Bevölkerungsangaben zum Jahr 2018 wurden auch zur direkten Standardisierung von Ergebnissen für die Kalenderjahre 2009 bis 2017 verwendet. Die berichteten Trends entsprechen damit inhaltlich Veränderungen, die unter Annahme einer unveränderten Bevölkerungsstruktur beziehungsweise „bereinigt um demografische Effekte" zu beobachten sind. Umgangssprachlich ließe sich formulieren: Es wird bei den Auswertungen so getan, als wäre die Bevölkerungsstruktur nach Geschlecht und Alter sowie ihre Verteilung auf Bundesländer bereits in den Jahren 2009 bis 2017 genauso wie 2018 gewesen. Durch die Standardisierung auf Bevölkerungsangaben zum Jahr 2018 lassen sich die für 2018 berechneten Jahresergebnisse auch für Hochrechnungen absoluter Betroffenenzahlen in Deutschland nutzen.

Identifikation von Psychotherapeuten

Für die Auswertungen zum Schwerpunktthema von nicht unerheblicher Bedeutung ist die möglichst korrekte und zugleich vollständige Identifikation der im Rahmen der Versorgung von GKV-Versicherten relevanten Psychotherapeuten. Nur nach einer entsprechenden Identifikation lässt sich abschätzen, welcher Anteil der Bevölkerung innerhalb eines definierten Zeitraums einen persönlichen Kontakt mit einem Psychotherapeuten hatte. Die Identifikation ist insofern grundsätzlich nicht einfach, als dass Daten der BARMER, also Daten zu Versicherten nur einer Krankenkasse, zwangsläufig nicht alle Leistungen eines Therapeuten bei GKV-Versicherten umfassen. Hinzu kommt insbesondere aber auch die Tatsache, dass bei den ärztlichen Psychotherapeuten die Tätigkeit als Psychotherapeut nicht zwangsläufig an eine bestimmte Fachgruppenangabe als Bestandteil der Lebenslangen Arztnummer (LANR) gekoppelt ist. So kann beispielsweise durchaus auch ein Arzt mit der Fachgruppenkennung 01 „Allgemeinmediziner (Hausarzt)" befähigt und

berechtigt sein, Psychotherapien durchzuführen und abzurechnen. Dabei gilt zudem, dass diese Befähigung keine „lebenslange Konstante" sein muss, sondern beispielsweise auch erst ab einem bestimmten Zeitpunkt innerhalb des Tätigkeitszeitraums als Arzt gültig gewesen sein kann.

Nach Abwägung unterschiedlicher Vorgehensweisen wurden im Rahmen der Auswertungen zum Arztreport Vorgehensweisen gewählt, bei der Ärzte und psychologische Psychotherapeuten entweder aufgrund bestimmter Fachgruppenzuordnungen als Psychotherapeuten klassifiziert wurden oder alternativ, unabhängig von der Fachgruppenzuordnung, innerhalb einzelner Kalenderjahre genau dann als Psychotherapeuten klassifiziert wurden, wenn von ihnen innerhalb dieser Jahre mindestens einmalig eine bestimmte psychotherapeutische Leistung abgerechnet wurde, die eine Genehmigung zur Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie voraussetzt. Berücksichtigt wurden dabei aus dem Abschnitt 35.1 die EBM-Ziffern 35130 bis 35152 sowie alle antragspflichtigen Leistungen aus dem Abschnitt 35.2 (die EBM-Ziffern 35200 bis 35253 beziehungsweise 35401 bis 35573; vgl. auch Tabelle 3.1).

Vorausgehende Berechnungen hatten gezeigt, dass eine alternativ zu erwägende zusätzliche Berücksichtigung arztgruppenspezifischer Gebührenordnungspositionen aus den beiden Abschnitten 22 „Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie" und 23 „Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)" bei der Identifikation von Therapeuten nur eine sehr untergeordnete Rolle spielt – ihre Berücksichtigung veränderte, im Vergleich zu einer Zuordnung ausschließlich über die genannten Ziffern aus dem Abschnitt 35, die Anzahl der insgesamt identifizierten Therapeuten nur im Promillebereich. Sowohl mit als auch ohne eine Berücksichtigung von Gebührenordnungspositionen aus den Abschnitten 22 und 23 wurden anhand der abgerechneten Gebührenordnungspositionen mindestens 99 Prozent der Therapeuten aus den Fachgruppen 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), 61 (Psychotherapeutisch tätiger Arzt), 68 (Psychologischer Psychotherapeut) sowie 69 (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) als Psychotherapeuten klassifiziert. Zuordnungsraten etwas oberhalb von 60 Prozent wurden 2018 sonst nur bei den beiden Gruppen 47 (Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie) und 58 (Psychiatrie und Psychotherapie)

beobachtet. Aus der Gruppe 51 (Nervenheilkunde) wurde schließlich noch gut ein Viertel der Ärzte anhand abgerechneter Leistungen als Psychotherapeut klassifiziert. Bei allen übrigen Arztgruppen lagen die Raten erheblich niedriger.

Die vorausgehenden Ausführungen verdeutlichen, dass insbesondere bei vier Fachgruppen, nämlich den Gruppen 60, 61, 68 und 69, eine Klassifikation als Psychotherapeut auch ausschließlich aufgrund der Fachgruppenkennung möglich ist, womit ein wesentlicher Teil der Therapeuten auch ohne Rückgriff auf abgerechnete Leistungen als solcher klassifiziert werden konnte, was bei bestimmten Auswertungen zur alternativen Abgrenzung von Psychotherapeuten genutzt wurde.

3.2.5 Versichertenbefragung – Fragebogen, Stichprobenziehung, Rücklauf, Auswertungsmethoden

Um Erfahrungen sowie Einschätzungen zur aktuellen psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland auch aus der Perspektive von Betroffenen berücksichtigen zu können, wurde eine Befragung von BARMER-Versicherten durchgeführt. Für die Befragung wurden Versicherte ausgewählt, die nach Informationen aus Abrechnungsdaten im vierten Quartal 2018 erstmals innerhalb dieses Jahres an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde teilgenommen hatten und Ende 2018 mindestens 18 Jahre alt waren. Erfragt wurden in einem siebenseitigen Fragebogen Erfahrungen mit Abläufen sowie Einschätzungen zur Psychotherapeutischen Sprechstunde, zu den der Sprechstunde gegebenenfalls vorausgehenden Kontakten mit einer Terminservicestelle (TSS) und zu einer gegebenenfalls nachfolgend eingeleiteten Psychotherapie.

Nach einer Überprüfung des aktuellen Versicherungsstatus wurden aus der Gruppe vorselektierter Personen mit einer in Abrechnungsdaten dokumentierten Teilnahme an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde im September 2019 bundesweit effektiv 10.000 Personen ausgewählt, angeschrieben und schriftlich befragt. Die Fragebögen konnten anonym in einem dem Anschreiben und Fragebogen jeweils beigefügten Freiumschlag an die BARMER zurückgesandt werden. Ein Erinnerungsschreiben wurde nicht versandt.

Rücklauf

Bis zum 10. Oktober 2019 erreichten 2.038 Fragebögen die BARMER und wurden anschließend elektronisch erfasst. Dies entspricht einem Bruttorücklauf von 20,4 Prozent. Die Angaben aus den Fragebögen wurden anschließend auf ihre Vollständigkeit und Plausibilität hin überprüft. Freitextangaben wurden kategorisiert und, sofern inhaltlich geboten, zur Ergänzung von Angaben zu vorgegebenen Antwortkategorien herangezogen. Bedingt durch eine falsche Umsetzung von Zeichenelementen beim Druck des Fragebogens konnten Angaben zum Geburtsjahr nicht an den ursprünglich vorgesehenen Stellen gemacht werden, weshalb insbesondere Altersangaben vergleichsweise häufig fehlten.

Befragungsangaben von 2.038 Versicherten mit Hinweis auf eine Teilnahme an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde im 4. Quartal 2018

Tabelle 3.2 zeigt die Verteilung der 10.000 angeschriebenen Versicherten und der 2.038 Befragungsteilnehmer auf Subgruppen nach Geschlecht, Alter und Wohnort sowie den Anteil der Befragungsteilnehmer, bezogen auf die Angeschriebenen innerhalb der einzelnen Subgruppen. Neben diesen direkt berechneten Rücklaufquoten werden – vor dem Hintergrund der vergleichsweise häufig fehlenden Altersangaben – ergänzend in Klammern auch „korrigierte" Anteile berichtet, die sich unter der hypothetischen Annahme berechnen lassen, dass fehlende Angaben zu soziodemografischen Angaben unabhängig von deren Ausprägung auftreten beziehungsweise alle Subgruppen zu gleichen Anteilen betreffen. Entsprechend korrigierte Werte bieten den Vorteil, dass sich bei einer Zusammenfassung der Subgruppen, unabhängig von den fehlenden Merkmalsausprägungen, wieder exakt die real beobachtete Rücklaufquote der Gesamtgruppe ergibt.

Angaben zum Geschlecht machten 97,6 Prozent der Befragungsteilnehmer (1.990 von 2.038). Im Einklang mit Erfahrungen aus anderen Befragungen lag der Rücklauf unter den angeschriebenen Frauen mit 21,6 Prozent merklich höher als bei Männern mit 16,8 Prozent.

Angaben zum Alter waren bei lediglich 72,2 Prozent der Befragungsteilnehmer verfügbar. Entsprechend den Erwartungen lag der Rücklauf in jüngeren Altersgruppen merklich niedriger als in den höheren Altersgruppen. Auffällig erscheinen dabei die deutlich höheren Rückläufe bei Personen im Alter ab 50 Jahre.

Zu 72,0 Prozent der Befragungsteilnehmer (n = 1.468) wurden sowohl Angaben zum Geschlecht als auch Angaben zum Alter gemacht. Entsprechend differenzierte Auswertungen zeigen, dass der Rücklauf insbesondere bei jüngeren Männern ausgesprochen niedrig war. So beteiligten sich von den angeschriebenen Männern im Alter von unter 30 Jahren lediglich 7,2 Prozent an der Befragung (unkorrigiert, vergleiche Tabelle 3.2). Demgegenüber lag der Response bei Frauen aus dieser Altersgruppe immerhin bei 13,6 Prozent. Im Alter ab 50 Jahren findet sich bei Männern und Frauen demgegenüber ein Rücklauf auf ähnlichem Niveau (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

Tabelle 3.2: Befragung: Soziodemografische Merkmale der angeschriebenen Versicherten und Befragungsteilnehmer – Response-Analyse

	Angeschriebene	Befragungsteilnehmer	Rücklauf (korrigiert)*
	Anzahl	Anzahl	Anteil in Prozent
gesamt	10.000	2.038	20,4 (20,4)
Angaben zum Geschlecht	10.000	1.990	
männlich	3.598	606	16,8 (17,3)
weiblich	6.402	1.381	21,6 (22,1)
divers	–	3	–
Angaben zum Alter	10.000	1.471	
18 bis 29 Jahre	2.183	245	11,2 (15,5)
30 bis 39 Jahre	1.944	232	11,9 (16,5)
40 bis 49 Jahre	1.946	255	13,1 (18,2)
50 bis 59 Jahre	2.493	471	18,9 (26,2)
60 bis 74 Jahre	1.191	220	18,5 (25,6)
75 Jahre und älter	243	48	19,8 (27,4)
Angaben zum Wohnort	10.000	1.975	
Baden-Württemberg	1.321	261	19,8 (20,4)
Bayern	1.629	323	19,8 (20,5)
Berlin	455	88	19,3 (20,0)
Brandenburg	336	75	22,3 (23,0)
Bremen	83	22	26,5 (27,4)
Hamburg	181	40	22,1 (22,8)
Hessen	850	163	19,2 (19,8)

	Angeschriebene	Befragungsteilnehmer	Rücklauf (korrigiert)*
	Anzahl	Anzahl	Anteil in Prozent
Mecklenburg-Vorpommern	270	50	18,5 (19,1)
Niedersachsen	699	129	18,5 (19,0)
Nordrhein	1.151	281	24,4 (25,2)
Rheinland-Pfalz	493	108	21,9 (22,6)
Saarland	300	72	24,0 (24,8)
Sachsen	320	80	25,0 (25,8)
Sachsen-Anhalt	332	66	19,9 (20,5)
Schleswig-Holstein	311	70	22,5 (23,2)
Thüringen	322	67	20,8 (21,5)
Westfalen-Lippe	947	80	8,4 (8,7)
Nordrhein-Westfalen**	2.098	361	17,2 (17,8)

* In Klammern: korrigierte Rücklaufquote unter Annahme gleicher Anteile fehlender Merkmalsangaben bei allen Merkmalsausprägungen; ** Zusammenfassung der vorausgehend genannten Angaben zu Nordrhein sowie Westfalen-Lippe

Angaben zur Wohnregion machten 96,9 Prozent der Befragungsteilnehmer. Um Zuständigkeiten einzelner Kassenärztlicher Vereinigungen auch im Rahmen der Befragung abbilden zu können, war im Fragebogen nicht durchgängig nach dem Bundesland, sondern im Falle von Nordrhein-Westfalen nach den beiden Regionen Westfalen-Lippe sowie Nordrhein gefragt worden. Offensichtlich war die Zuordnung zur Region Westfalen-Lippe einem merklichen Teil der Befragten nicht bekannt, weshalb der formal für diese Region ermittelte Rücklauf von 8,4 Prozent nicht der Realität entsprechen dürfte, sondern zum Teil durch eine Fehlzuordnung zur Region Nordrhein sowie zu einem Teil auch durch einen überdurchschnittlichen Teil fehlender Angaben bedingt sein dürfte.

Vor dem Hintergrund des Befragungsthemas sowie der Tatsache, dass aus zeitlichen Gründen bei der Befragung auf ein Erinnerungsschreiben verzichtet wurde, ist der erzielte Rücklauf bei der Befragung von 20,4 Prozent als gut einzustufen und übertraf die anfänglichen Erwartungen deutlich. Weniger befriedigend erscheinen die vergleichsweise geringen Rückläufe bei den Angeschriebenen im Alter unterhalb von 50 Jahren.

Grundlegende Auswertungsmethoden

Repräsentativität: Gewichtung der Befragungsteilnehmer in 153 Gruppen nach Geschlecht, Alter und Bundesland

Um bei den Auswertungen von Befragungsangaben möglichst repräsentative Ergebnisse zu erhalten, wurden die Befragungsteilnehmer bei entsprechenden Auswertungen derart gewichtet, dass sie hinsichtlich der Zusammensetzung von Geschlechts- und Altersgruppen sowie ihrer Verteilung auf Bundesländer einer zuvor auf der Basis von Daten der BARMER approximierten Verteilung der erstmaligen Teilnehmer an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde innerhalb des vierten Quartals 2018 im Alter ab 18 Jahren in Deutschland entsprachen. Hierzu wurden die n = 1.453 Befragungsteilnehmer mit Angaben zu Geschlecht, Alter und Wohnort insgesamt 153 Strata nach Geschlecht, fünf Altersgruppen sowie Bundesland des Wohnortes zugeordnet. In vier beziehungsweise zwei Bundesländern mussten Altersgruppen bei männlichen beziehungsweise weiblichen Befragten noch weiter zusammengefasst werden (weshalb nicht die ursprünglich vorgesehene Zahl von 2 * 5 * 16 = 160 Strata resultierte). Aus den beobachteten und den bei gleichartiger Studienbeteiligung erwarteten Befragungsteilnehmerzahlen wurden für alle 153 Strata schließlich Relativgewichte mit Werten zwischen 0,195 und 4,924 ermittelt, welche nach einer Zuordnung in der Summe über alle 1.453 gruppierten Befragungsteilnehmer genau den Wert 1.453 ergeben, also die real zugrunde liegende Populationsgröße widerspiegeln. Auswertungen unter Berücksichtigung dieser Gewichte entsprechen sinngemäß Auswertungen einer Population, die hinsichtlich ihrer Zusammensetzung nach Geschlecht, Alter und Wohnort als repräsentativ für die Zielpopulation der Erstteilnehmer an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde in Deutschland im vierten Quartal 2018 im Alter ab 18 Jahren anzusehen ist. Zugleich wurden auch bevölkerungsbezogene Gewichte für approximative Hochrechnungen (mit Werten zwischen 42,9 und 1.084,3) errechnet, welche summiert über alle gruppierten Befragungsteilnehmer den Wert 319.973 und damit die basierend auf Routinedaten der BARMER hochgerechnete Zahl der in Deutschland im vierten Quartal 2018 angenommenen „Erstteilnehmer" an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde im Alter ab 18 Jahren ergeben. Nachfolgend werden in der Regel die mit Gewichtung ermittelten Ergebnisse berichtet, was mit der Kennzeichnung „gewichtete Ergebnisse" unter Abbildungen und Tabellen kenntlich gemacht wird.

3.3 Psychotherapeutische Sprechstunden und Psychotherapie aus Patientenperspektive

Die nachfolgenden Abschnitte befassen sich mit Einschätzungen zur Psychotherapeutischen Sprechstunde und Psychotherapie aus der Perspektive von Betroffenen. Die Grundlage dieser Abschnitte bildet eine Befragung von Versicherten der BARMER, welche im September 2019 stattfand (vgl. vorausgehende Methodenerläuterungen).

Im Rahmen der Befragung waren ausschließlich solche Versicherten im Alter ab 18 Jahre angeschrieben worden, bei denen nach routinemäßig von den KVen an die BARMER übermittelten Daten im vierten Quartal 2018 erstmals innerhalb dieses Jahres eine Psychotherapeutische Sprechstunde mit der entsprechenden EBM-Abrechnungsziffer 35151 abgerechnet worden war. Bei den Befragten konnte demnach – und abgesehen von Fällen mit fehlerhaften Abrechnungen oder Datenzuordnungen – davon ausgegangen werden, dass sie knapp ein Jahr vor der Befragung an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde teilgenommen hatten.

Von den Befragungsteilnehmern gaben insgesamt 92 Prozent in dem an die BARMER anonym rückversandten Fragebogen an, an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde teilgenommen zu haben (91 Prozent), oder beantworteten Fragen, die sich explizit und spezifisch auf eine Teilnahme an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde bezogen. Von acht Prozent der Befragungsteilnehmer wurde die Teilnahme an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde demnach weder direkt noch indirekt bestätigt, obwohl für die Befragung ausschließlich Versicherte ausgewählt worden waren, bei denen eine entsprechende Leistung im vierten Quartal 2018 abgerechnet worden war. Bei diesen Diskrepanzen zwischen Informationen zur Abrechnung von Psychotherapeutischen Sprechstunden einerseits und Befragungsangaben ohne Hinweise auf eine Sprechstundenteilnahme andererseits könnten eine patientenseitig unzureichende Bekanntheit sowie eine schwierige Abgrenzbarkeit von Psychotherapeutischen Sprechstunden gegenüber anderen Therapieeinheiten eine Rolle gespielt haben. So dürften therapeutische Gespräche ohne explizite Hinweise und Erläuterungen des Therapeuten auf die Art der Behandlungseinheit von den Patienten in einer Reihe von Fällen nicht exakt den letztendlich verwendeten Abrechnungsformen als Psychotherapeutische Sprechstunden, Akutbehandlungen, Probatorische Sitzungen oder Sitzungen im Rahmen einer Richtlinienthera-

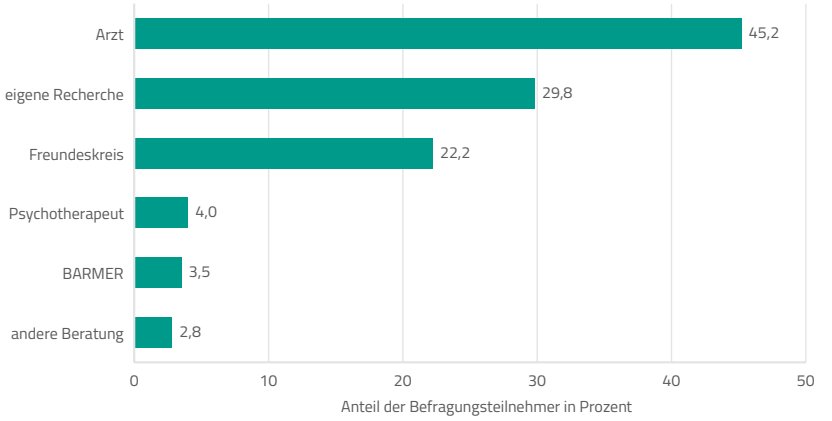
pie zugeordnet werden können. 96 Prozent der Befragten ohne eine Angabe bezüglich der Teilnahme an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde gaben (nach Ergebnissen von gewichteten Auswertungen) an, eine Psychotherapie erhalten zu haben, wobei ein Teil dieser Sitzungen vom Therapeuten dann durchaus als Psychotherapeutische Sprechstunden abgerechnet worden sein könnte.

3.3.1 Zugang zur Psychotherapeutischen Sprechstunde

Einleitend wurden Teilnehmer an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde gefragt, wie sie von dem Versorgungsangebot der Psychotherapeutischen Sprechstunde erfahren hatten, wobei auch mehrere Informationsquellen genannt werden konnten. Zugehörige Ergebnisse zeigt Abbildung 3.2.

45,2 Prozent der Sprechstundenteilnehmer waren von ihren Ärzten über die Psychotherapeutische Sprechstunde informiert worden. 29,8 Prozent waren durch eigene Recherchen auf das Versorgungsangebot gestoßen, 22,2 Prozent erhielten entsprechende Informationen von Bekannten oder Freunden. Andere Informationsquellen spielten eine untergeordnete Rolle.

Abbildung 3.2: Befragung Sprechstundenteilnehmer – Wie haben Sie von dem Versorgungsangebot „Psychotherapeutische Sprechstunde" erfahren?

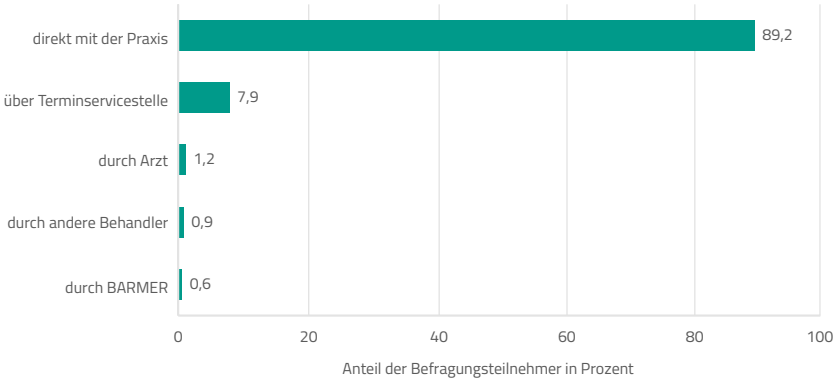


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (Anteile gegebenenfalls inklusive Mehrfachnennungen, gewichtete Ergebnisse)

Nach Auswertung ergänzender Freitextangaben wurden 4,0 Prozent der Befragungsteilnehmer durch Psychotherapeuten selbst auf die Existenz der Psychotherapeutischen Sprechstunde hingewiesen, 2,8 Prozent erhielten Informationen im Rahmen anderer Beratungen, beispielsweise im Krankenhaus, einer Sozialstation oder einer Reha-Einrichtung.

Die erste Terminvereinbarung zur Psychotherapeutischen Sprechstunde erfolgte bei 89,2 Prozent der Sprechstundenteilnehmer und damit weit überwiegend direkt mit der psychotherapeutischen Praxis. Über die Terminservicestellen wurden lediglich 7,9 Prozent der erstmaligen Termine mit den Therapeuten vereinbart. Andere Vereinbarungswege spielten nur eine deutlich geringere Rolle.

Abbildung 3.3: Befragung Sprechstundenteilnehmer – Wie erfolgte die erste Terminvereinbarung zu einer Psychotherapeutischen Sprechstunde?



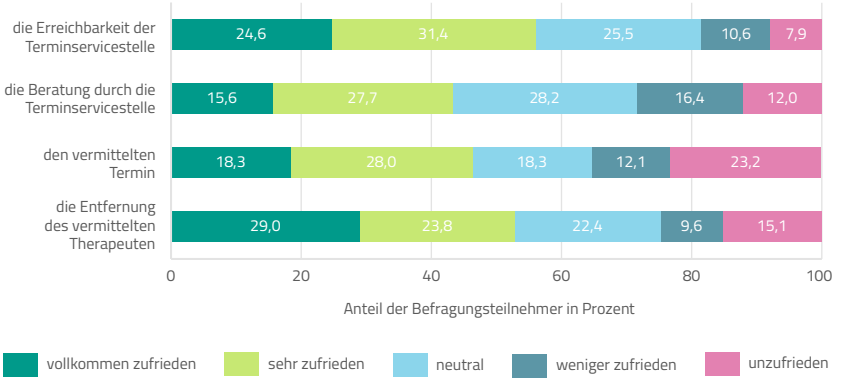
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (gewichtete Ergebnisse)

Insgesamt hatten vor Beginn einer Psychotherapeutischen Sprechstunde rund 14 Prozent und damit auch eine Reihe von Befragten Kontakt zu einer Terminservicestelle, ohne dass von dieser Stelle in allen Fällen direkt ein Termin für eine Psychotherapeutische Sprechstunde vereinbart wurde. Nicht bei allen dieser Kontakte wurden Termine angeboten. Bei rund vier Fünfteln der von Terminservicestellen gegebenenfalls angebotenen (aber dann nicht zwangsläufig auch vereinbarten) Termine handelte es sich um Termine innerhalb von vier Wochen, bei einem Fünftel handelte es sich gemäß der Befragungsangaben um Termine nach mehr als vier Wochen.

sehr heterogene Bewertung der Terminservicestellen

Angaben zur Zufriedenheit mit den Terminservicestellen hinsichtlich unterschiedlicher Aspekte wurden von zehn bis zwölf Prozent der Befragungsteilnehmer gemacht. Die Einschätzungen zeigen sehr heterogene Ergebnisse. Vergleichsweise positiv wurde die Erreichbarkeit der Terminservicestellen eingestuft. So entfielen 56 Prozent der Einstufungen hinsichtlich der Erreichbarkeit auf die Kategorien „vollkommen zufrieden" oder „sehr zufrieden". Am größten war die Unzufriedenheit hinsichtlich des vermittelten Termins. 35 Prozent der Bewertungen von Terminen entfielen auf die Kategorien „weniger zufrieden" oder „unzufrieden", nur 18 Prozent der Einstufungen von vermittelten Terminen entfielen auf die Kategorie „vollkommen zufrieden" (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4: Befragung Sprechstundenteilnehmer mit Kontakt zur Terminservicestelle – Wie zufrieden waren Sie mit der Terminservicestelle im Hinblick auf ...?



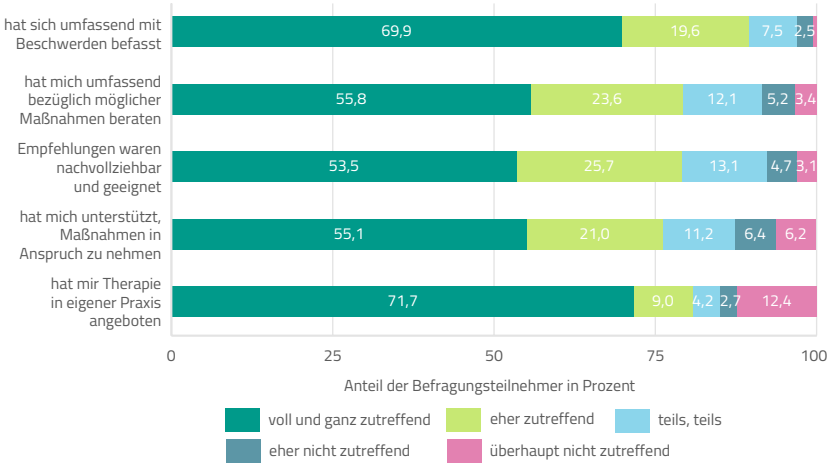
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (gewichtete Ergebnisse)

3.3.2 Einschätzung und Konsequenzen der Psychotherapeutischen Sprechstunde aus Patientensicht

Merklich positiver als Einschätzungen zum teilweise vorausgehenden Kontakt zu einer Terminservicestelle scheinen die Einschätzungen von Patienten zur Psychotherapeutischen Sprechstunde selbst auszufallen (vgl. Abbildung 3.5), wobei insbesondere die Zuwendung der Therapeuten recht positiv bewertet wird. So stimmten fast 70 Prozent der Sprechstundenteilnehmer der Aussage „Die Therapeutin / der Therapeut hat sich umfassend und individuell mit meinen Problemen befasst." voll und ganz zu. Etwas weni-

ger positiv fallen demgegenüber die Einschätzungen der Patienten im Hinblick auf die Nachvollziehbarkeit und Eignung von Empfehlungen sowie die Unterstützung zur Umsetzung empfohlener Maßnahmen aus. Eine Psychotherapie in der eigenen Praxis wurde nach den hier abgegebenen Einschätzungen mehr als 80 Prozent der Teilnehmer einer Psychotherapeutischen Sprechstunde in mehr oder minder deutlicher Form angeboten.

Abbildung 3.5: Psychotherapeutische Sprechstunde – Einschätzungen des Zutreffens bestimmter Aussagen zu Handlungen und Empfehlungen der Therapeutin / des Therapeuten aus Patientensicht



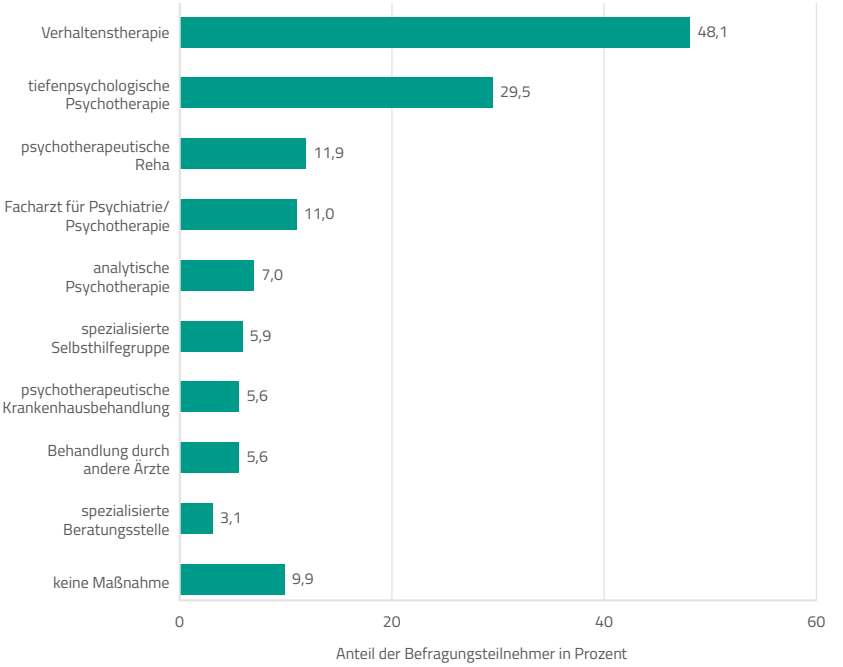
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (gewichtete Ergebnisse, ohne Berücksichtigung der Kategorie „keine Angabe/weiß nicht“)

Im Fragebogen wurde auch erfragt, welche Empfehlungen Teilnehmer im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde erhielten, wobei unterschiedliche Maßnahmen vorgegeben und ergänzend auch Freitextangaben möglich waren. Knapp zehn Prozent der Befragten gaben explizit und ausschließlich an, dass ihnen in der Sprechstunde keine (weiteren) Maßnahmen empfohlen wurden (vgl. Abbildung 3.6). Mit Abstand am häufigsten wurde die Empfehlung einer ambulanten Verhaltenstherapie angegeben (48 Prozent). Merklich seltener wurden Empfehlungen von (ambulanten) tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien und noch wesentlich seltener Empfehlungen analytischer Psychotherapien bestätigt.

81 % der Sprechstundenteilnehmer erhielten Empfehlung zur Psychotherapie

Unter Einbeziehung von ergänzenden Freitextangaben erhielten insgesamt 74,8 Prozent der befragten Sprechstundenteilnehmer die Empfehlung für (mindestens) eine bestimmte Form einer ambulanten Psychotherapie. Unter Berücksichtigung von Empfehlungen von psychotherapeutischer Reha und/oder Krankenhausbehandlung lag der Anteil mit einer Empfehlung zur Psychotherapie bei 81,1 Prozent.

Abbildung 3.6: Psychotherapeutische Sprechstunde – empfohlene Maßnahmen



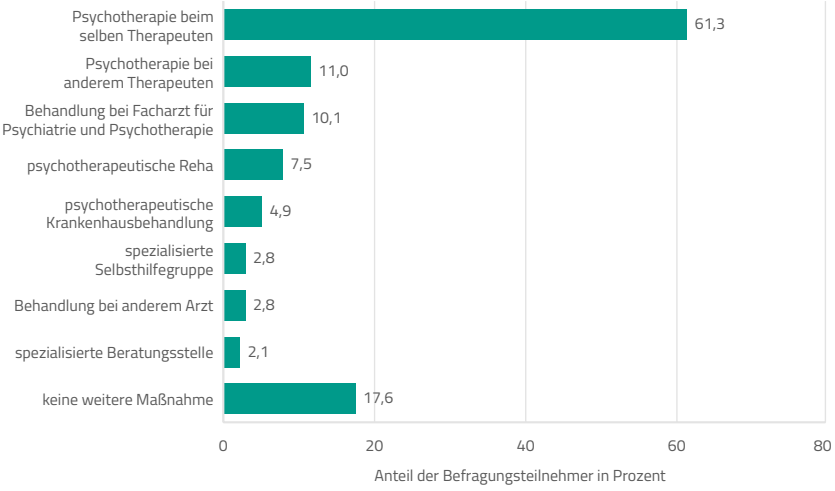
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (Anteile gegebenenfalls inklusive Mehrfachnennungen, gewichtete Ergebnisse)

Bei lediglich 14,3 Prozent der Sprechstundenteilnehmer wurde nach gewichteten Auswertungen und unter Einbeziehung von Freitextangaben keinerlei Behandlung bei Psychotherapeuten oder (beliebigen) Ärzten im ambulanten oder im stationären Setting im Sinne einer typischerweise GKV-finanzierten Leistung empfohlen.

Ähnlich wie die Empfehlungen wurden auch die nach der Teilnahme an der Psychotherapeutischen Sprechstunde (bislang) begonnenen Maßnahmen abgefragt (vgl. Abbildung 3.7). Von 17,6 Prozent der Teilnehmer wurde (ausschließlich) berichtet, dass keine weitere Maßnahme stattgefunden habe. 61,3 Prozent hatten (nach einer ersten Sprechstundenteilnahme im vierten Quartal 2018 bis September 2019) mit einer Psychotherapie bei ihrem Sprechstundentherapeuten begonnen. Insgesamt erhielten nach den Befragungsangaben 70,7 Prozent der Teilnehmer eine ambulante Psychotherapie.

Unter Einbeziehung von Reha-Maßnahmen und psychotherapeutischen Krankenhausbehandlungen sowie von Akutbehandlungen (nach entsprechenden Freitextangaben) wurden 74,8 Prozent der Sprechstundenteilnehmer auf mindestens eine Art psychotherapeutisch weiterbetreut. 22,6 Prozent der Teilnehmer machten keine Angaben, die eindeutig auf eine nachfolgende Weiterbehandlung ihrer psychischen Probleme durch (beliebige) Ärzte oder Psychotherapeuten in unterschiedlichen Settings schließen ließen, und berichteten gegebenenfalls lediglich anderweitige begonnene Maßnahmen.

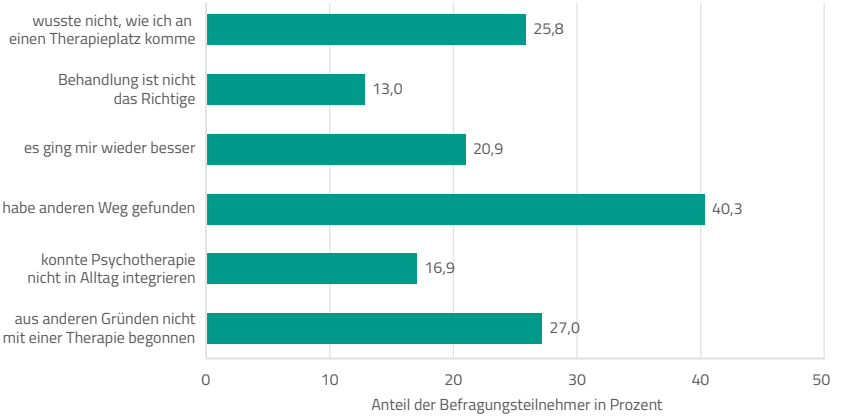
Abbildung 3.7: Psychotherapeutische Sprechstunde – nachfolgend begonnene Maßnahmen



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (Anteile gegebenenfalls inklusive Mehrfachnennungen, gewichtete Ergebnisse)

Abbildung 3.8 zeigt für die relativ kleine Gruppe von acht Prozent derjenigen Teilnehmer an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde, denen zwar eine nachfolgende Psychotherapie empfohlen wurde, die eine entsprechende Therapie jedoch (noch) nicht aufnehmen konnten oder wollten, den Anteil an Zustimmungen zu bestimmten vorformulierten Gründen, welche zu der Nichtteilnahme an einer Psychotherapie beigetragen haben könnten. Am häufigsten wurde nach diesen Ergebnissen die empfohlene Therapie nicht begonnen, da ein anderer Weg zur Arbeit an der eigenen psychischen Gesundheit gefunden wurde. Knapp 21 Prozent gaben als Grund an, dass es ihnen wieder bessergegangen sei. Immerhin 25,8 Prozent gaben allerdings auch an, dass sie nicht gewusst hätten, wie sie an einen Therapieplatz hätten kommen sollen.

Abbildung 3.8: Psychotherapeutische Sprechstunde – Gründe für die Nichtaufnahme einer nachfolgend empfohlenen Psychotherapie



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (nur Befragte ohne Hinweis auf nachfolgende Psychotherapie, Anteile gegebenenfalls inklusive von Mehrfachnennungen, gewichtete Ergebnisse)

3.3.3 Zugang zu einer nachfolgenden ambulanten Psychotherapie

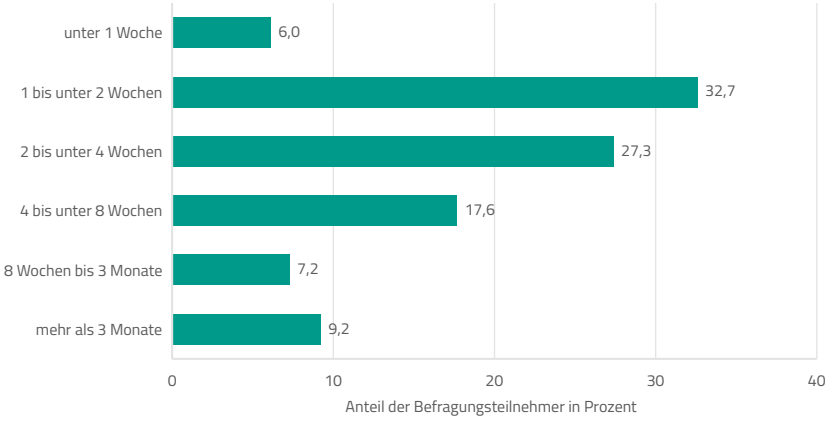
nach Befragungsangaben überwiegend relativ zeitnaher Beginn einer Psychotherapie

Bei dem überwiegenden Anteil der gut 70 Prozent Teilnehmer an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde, der bis spätestens zum Befragungszeitpunkt eine Psychotherapie angefangen hatte, begann diese Psychotherapie nach eigenen Angaben verhältnismäßig zeitnah. Bei lediglich 16,4 Prozent verstrichen zwischen Psychotherapeutischer Sprechstunde und Therapiebeginn acht oder mehr Wochen (vgl. Abbildung 3.9).

Zwei Drittel der Patienten gaben kein Wunschgeschlecht bei der Therapeutenwahl an, ggf. wurden Therapeutinnen jedoch deutlich häufiger als Therapeuten bevorzugt.

Vor dem Hintergrund einer steigenden Zahl an weiblichen Psychotherapeuten (von 2013 bis 2018 stieg ihr Anteil gemäß Bundesarztregister von 69,6 auf 72,9 Prozent) befasste sich ein kurzer Fragebogenabschnitt auch mit entsprechenden Präferenzen der Patienten. Lediglich rund ein Drittel der Befragten mit einer Psychotherapie gab an, vor der Therapie eine bestimmte Geschlechtspräferenz hinsichtlich des Therapeuten gehabt zu haben, wobei mit 81,8 Prozent der deutlich überwiegende Teil dieses Drittels sich dabei eine Therapeutin gewünscht hatte. Während nur 25 Prozent der Männer eine Geschlechtspräferenz äußerten, war dies bei 39 Prozent der Frauen der Fall. 88 Prozent der Frauen mit Geschlechtspräferenz gaben an, eine Therapeutin zu präferieren. Aber auch 65 Prozent der männlichen Patienten mit Geschlechtspräferenz wünschten sich eher eine Therapeutin als einen Therapeuten, lediglich 35 Prozent hätten einen männlichen Therapeuten bevorzugt, was bezogen auf die Gesamtgruppe der Männer mit Psychotherapie einem Anteil von lediglich neun Prozent entspricht.

Abbildung 3.9: Psychotherapie – Zeit bis zum Beginn seit der Psychotherapeutischen Sprechstunde

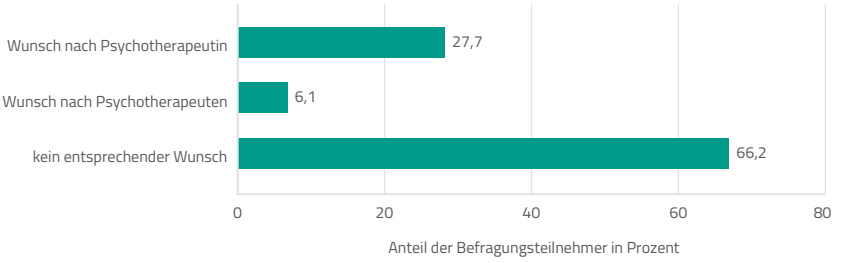


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (gewichtete Ergebnisse)

Dem gegebenenfalls bestehenden Wunsch konnte in 90,3 Prozent der Fälle entsprochen werden. Lediglich 9,7 Prozent der Psychotherapie-Teilnehmer mit Präferenzen hinsichtlich des Geschlechts der Therapeuten wurden von einem Therapeuten behandelt, bei dem das Geschlecht nicht dem Wunsch entsprach. 30,5 Prozent der Patienten mit nicht

wunschgemäßem Geschlecht des Therapeuten hatten das Gefühl, dass dies für den Erfolg der Therapie (eher) hinderlich war. 69,5 Prozent fanden dies (eher) nicht hinderlich oder konnten die Auswirkungen auf den Erfolg nicht einschätzen.

Abbildung 3.10: Psychotherapie – vor Beginn der Therapie bestehende Wünsche nach weiblichen oder männlichen Therapeuten

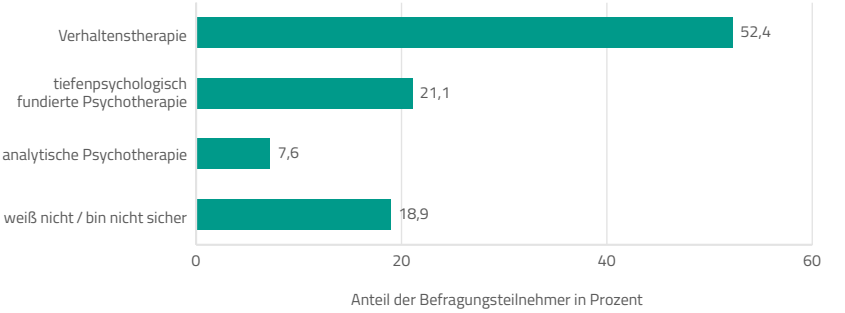


Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (gewichtete Ergebnisse)

3.3.4 Art, Umfang und Einschätzung der ambulanten Psychotherapie aus Patientensicht

Mit einem Anteil von 52,4 Prozent wurde ein überwiegender Anteil derjenigen Patienten mit einer zum Befragungszeitpunkt bereits begonnenen Psychotherapie laut Befragung verhaltenstherapeutisch behandelt.

Abbildung 3.11: Psychotherapie – Behandlungsform der begonnenen Therapie



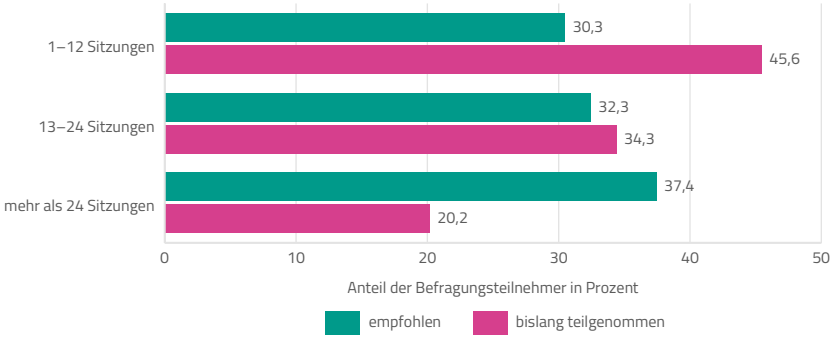
Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (gewichtete Ergebnisse)

Auffällig erscheint, dass ein mit rund 19 Prozent nicht unerheblicher Anteil der Patienten die eigene Therapie offensichtlich nicht eindeutig einer der drei zulässigen Behandlungsformen einer Psychotherapie zuordnen kann, was auch als Folge kommunikativer Defizite bezüglich dieses Themas angesehen werden könnte.

Ein weit überwiegender Anteil der Psychotherapien erfolgte mit 94,4 Prozent nach Angaben von Betroffenen als Einzeltherapie. Lediglich 4,5 Prozent wurden als Gruppentherapie durchgeführt, 1,1 Prozent erfolgte als Kombination von Einzel- und Gruppentherapie (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

Kurzzeittherapien (KZT) umfassen zunächst bis zu 12 Sitzungen beziehungsweise Therapiestunden (KZT 1), wobei sich Kurzzeittherapien durch die Beantragung eines weiteren Kontingents von 12 Stunden (KZT 2) über maximal 24 Therapiestunden erstrecken können. Noch längere Therapien erfordern die Beantragung einer Langzeittherapie, die im Gutachterverfahren genehmigt werden muss. Von den befragten Psychotherapie-Teilnehmern gaben 37,4 Prozent an, dass ihnen Stundenkontingente von mehr als 24 Sitzungen empfohlen worden waren, 1 bis 12 sowie 13 bis 24 Stunden wurden jeweils rund 30 Prozent der Teilnehmer empfohlen. Bis zum Befragungszeitpunkt hatten häufig erst maximal 12 Sitzungen stattgefunden, lediglich bei einem Fünftel der Teilnehmer waren es bereits mehr als 24 Sitzungen.

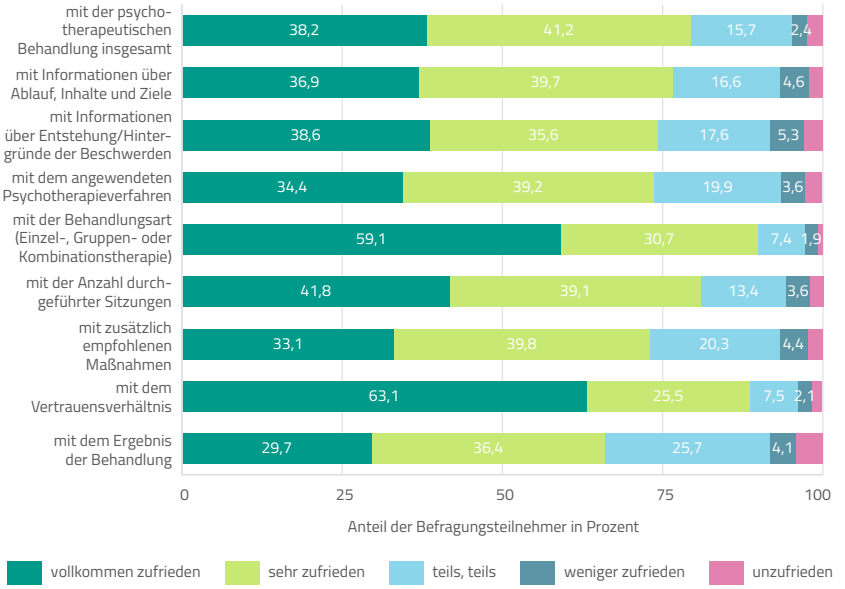
Abbildung 3.12: Psychotherapie – Anzahl der empfohlenen sowie bislang realisierten Sitzungen



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (gewichtete Ergebnisse)

Abbildung 3.13 zeigt Befragungsergebnisse zur Zufriedenheit der Psychotherapie-Teilnehmer mit unterschiedlichen Aspekten der durchgeführten Therapie. Die Ergebnisse zeigen in allen Bereichen eine relativ hohe Zufriedenheit, auf die Antwortkategorien „weniger zufrieden" oder „unzufrieden" entfielen zusammengenommen stets weniger als zehn Prozent. Besonders positiv wurde das Vertrauensverhältnis zur Therapeutin / zum Therapeuten bewertet, mit dem 88,6 Prozent der Psychotherapie-Teilnehmer vollkommen oder sehr zufrieden waren. Vergleichsweise kritisch wird von den Teilnehmern demgegenüber das Ergebnis der psychotherapeutischen Behandlung eingestuft – mit dem Ergebnis der Behandlung waren nur 66,1 Prozent, also rund zwei Drittel der Teilnehmer vollkommen oder sehr zufrieden und immerhin 8,3 Prozent weniger zufrieden oder unzufrieden. Der Grad der Ergebniszufriedenheit korrelierte dabei nicht mit dem Geschlecht oder Alter der Befragten sowie der Zuordnung von Wohnorten zu alten und neuen Bundesländern.

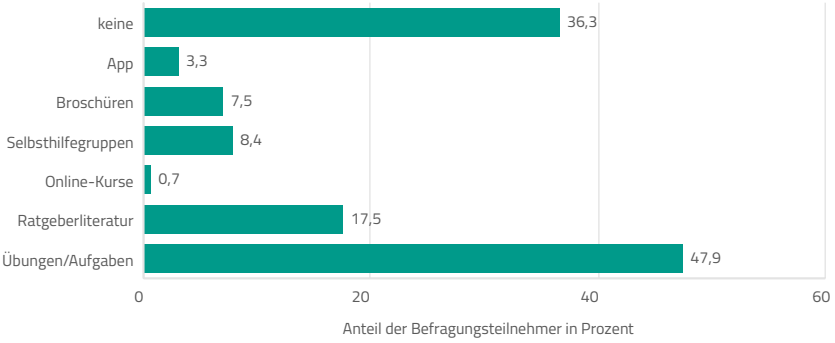
Abbildung 3.13: Psychotherapie – Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Behandlung



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (gewichtete Ergebnisse, ohne Berücksichtigung der Kategorie „keine Angabe")

Den Psychotherapie-Teilnehmern wurde im Rahmen der Befragung eine Liste an Maßnahmen mit der Frage präsentiert, ob diese von der Psychotherapeutin / dem Psychotherapeuten empfohlen wurden (vgl. Abbildung 3.14). Auch wenn die abgefragte Liste hinsichtlich der zur Auswahl gestellten Möglichkeiten und ihrer jeweiligen Benennung keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erheben kann, lässt sich vermuten, dass internetbasierte Angebote ganz allgemein (wie explizit abgefragte Apps oder Online-Kurse) von Therapeuten bislang nur selten empfohlen werden. Nahezu der Hälfte aller Psychotherapie-Teilnehmer wurden demgegenüber Übungen und/oder Aufgaben empfohlen.

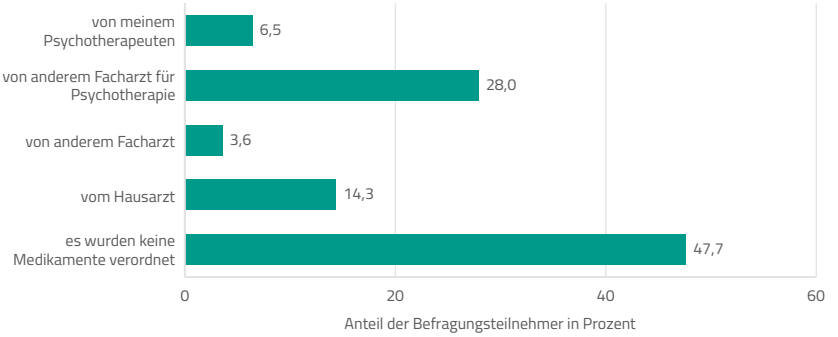
Abbildung 3.14: Psychotherapie – vom Therapeuten empfohlene zusätzliche Angebote



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (Anteile gegebenenfalls inklusive Mehrfachnennungen, gewichtete Ergebnisse)

Medikamente zur Behandlung psychischer Beschwerden erhielt gut die Hälfte aller Befragten mit Teilnahme an einer Psychotherapie. Dabei wurden diese Arzneimittel laut Befragungsangaben zumeist erstmals von Fachärzten verordnet, am häufigsten von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, welche die Psychotherapie nicht selbst durchführten (vgl. Ergebnisse zur verkürzt bezeichneten Gruppe „von anderem Facharzt für Psychotherapie" in Abbildung 3.15).

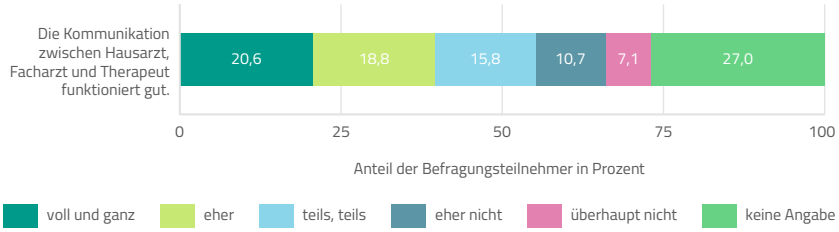
Abbildung 3.15: Psychotherapie – erstmalige Verordnung von Medikamenten wegen psychischer Beschwerden



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (gewichtete Ergebnisse)

Eine abschließende Frage zum Thema Psychotherapie betraf die Einschätzung der Psychotherapie-Teilnehmer zur Kommunikation zwischen Therapeuten sowie Haus- und Fachärzten. 27 Prozent der Antworten entfielen auf die Kategorie „keine Angabe", mit der durch die Befragten in erster Linie ein fehlender Einblick in die entsprechende Kommunikation oder im Einzelfall auch die fehlende Relevanz, Notwendigkeit oder Existenz einer entsprechenden Kommunikation aus Sicht der Patienten zum Ausdruck gebracht worden sein dürfte. 17,8 Prozent der Psychotherapie-Teilnehmer gaben an, dass die Kommunikation gemäß ihrer Einschätzung „eher nicht" oder „überhaupt nicht" gut funktioniert, womit sich zumindest Hinweise auf Verbesserungspotenziale ergeben (vgl. Abbildung 3.16).

Abbildung 3.16: Psychotherapie – Zufriedenheit mit der Kommunikation von Psychotherapeuten mit Haus- und Fachärzten



Quelle: BARMER-Versichertenbefragung 2019 (gewichtete Ergebnisse)

3.4 Routinedaten – ambulante psychotherapeutische Versorgung in den Jahren 2009 bis 2018

Alle nachfolgenden Auswertungen beruhen – wie auch der Standardteil des Arztreports – auf der Auswertung von Daten, welche den Krankenkassen routinemäßig und vorrangig zu Abrechnungszwecken übermittelt werden. Der direkt folgende Abschnitt befasst sich zunächst mit den Leistungserbringern der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung und dabei sowohl mit den aktuellen Versorgungsstrukturen als auch mit deren Veränderungen in den Jahren von 2009 bis 2018. Ein nachfolgender Abschnitt geht anschließend auf die versichertenbezogene Inanspruchnahme von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen im entsprechenden Beobachtungszeitraum ein, wobei jeweils Ereignisse innerhalb einzelner Kalenderjahre betrachtet werden. Betrachtungen auf der Basis von Daten zu einzelnen Kalenderjahren bieten die Möglichkeit, Veränderungen in der Versorgung im Verlauf über mehrere Jahre weitgehend unbeeinflusst von saisonalen Schwankungen innerhalb der einzelnen Jahre aufzudecken.

3.4.1 Aktuelle Situation sowie Entwicklung der Versorgungsstrukturen 2009 bis 2018

Aussagen zu den Strukturen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung sind allein auf der Basis von Abrechnungsdaten bei der BARMER nur mit gewissen Unsicherheiten möglich. Die Daten geben zwangsläufig ausschließlich dann Auskunft über Therapeuten, wenn von ihnen auch Versicherte der BARMER behandelt wurden. Insbesondere bei Therapeuten mit relativ geringen Patientenzahlen und in Regionen mit einem vergleichsweise geringen Bevölkerungsanteil mit einer Versicherung bei der BARMER ist es vorstellbar, dass ein Therapeut im Einzelfall innerhalb eines bestimmten Beobachtungszeitraums eine durchaus relevante Anzahl an Patienten behandelt, ohne dass sich darunter ein Versicherter der BARMER befindet, womit sich in dem Beobachtungszeitraum in den Daten der BARMER auch kein Hinweis auf diesen Therapeuten identifizieren ließe.

In den BARMER-Daten zum Jahr 2018 konnten bundesweit 36.523 Ärzte und Psychotherapeuten ermittelt werden, von denen mindestens eine Ziffer aus dem Abschnitt 35 „Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien" abgerechnet wurde, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen nach § 15 der Psychotherapie-Richtlinie voraussetzt. Basierend auf diesen Abrechnungen ist davon aus-

psychotherapeutische Leistungen von 36.523 unterschiedlichen Ärzten und Psychotherapeuten bei BARMER-Versicherten in 2018

zugehen, dass die 36.523 Therapeuten auch über eine Qualifikation als Psychotherapeut im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie verfügen. Von einer Subgruppe von 33.342 Ärzten und Psychotherapeuten wurden schließlich auch sogenannte „Richtlinientherapien", also Psychotherapien in einem engeren Sinne, bei Versicherten der BARMER abgerechnet.

Fachgruppen mit Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen

In den Daten zur ambulanten Versorgung wird zu jeder Abrechnungsziffer die lebenslange Arztnummer (LANR) des abrechnenden Arztes dokumentiert, die als variabler Bestandteil auch eine Angabe zur Fachgruppe (FG) des Arztes enthält. Eine Übersicht zu den mit entsprechenden Kennungen differenzierbaren Fachgruppen gibt Tabelle A 7 im Anhang des Arztreports. Diese in Abrechnungsdaten dokumentierten Fachgruppen werden mit den technischen Anlagen zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgegeben.

Von den 36.523 Ärzten mit Abrechnung von Leistungen bei Versicherten der BARMER im Jahr 2018, die eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen voraussetzen, waren gemäß ihrer (jahresbezogen priorisiert ermittelten) Fachgruppenzuordnung 57,5 Prozent Psychologische Psychotherapeuten, 15,0 Prozent Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, 8,4 Prozent psychotherapeutisch tätige Ärzte, 6,5 Prozent Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 3,4 Prozent Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, 2,0 Prozent Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie und 1,7 Prozent Fachärzte für Nervenheilkunde. Allen anderen Fachgruppen waren zusammengenommen lediglich 5,5 Prozent der Leistungserbringer zuzuordnen (vgl. Tabelle 3.3).

Lediglich von Therapeuten aus den ersten vier in der Tabelle gelisteten Fachgruppen werden nach vorliegenden Abrechnungsdaten mit Anteilen oberhalb von 99 Prozent nahezu immer auch spezifische psychotherapeutische Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie abgerechnet, bei mehr als 90 Prozent dieser Therapeuten waren 2018 auch Abrechnungen von Richtlinientherapien – also Psychotherapien im engeren Sinne – dokumentiert. Ärzte aus anderen Fachgruppen rechnen spezifische psychotherapeutische Leistungen deutlich seltener ab, wobei 2018 in diesen Fachgruppen dann insbesondere die Zahl der Ärzte mit einer Abrechnung von Richtlinientherapien nochmals erheblich

niedriger als bei den vier erstgenannten Fachgruppen lag. Demnach dürfte in den anderen Fachgruppen noch eine Reihe von Ärzten mit einer Qualifikation zur Richtlinientherapie (und mit Abrechnungen spezifischer psychotherapeutischer Leistungen) existieren, von denen (zumindest gemessen an Abrechnungen bei BARMER-Versicherten) jedoch nur ein kleiner Teil auch Richtlinientherapien durchführt.

Tabelle 3.3: Therapeuten mit Abrechnung von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen sowie mit Abrechnung von Richtlinientherapien nach Fachgruppen 2018

		Therapeuten mit Abrechnung spezifischer psychotherapeutischer Leistungen			Therapeuten mit Abrechnung von Richtlinientherapien		
Fachgruppe	Gesamtzahl	Anzahl	Prozentanteil in Fachgruppe	Prozentanteil Fachgruppe an Gesamtanzahl	Anzahl	Prozentanteil in Fachgruppe	Prozentanteil Fachgruppe an Gesamtanzahl
Psychologischer Psychotherapeut (FG 68)	21.074	20.983	99,6	57,5	20.309	96,4	60,9
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (FG 69)	5.477	5.471	99,9	15,0	5.158	94,2	15,5
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG 60)	2.401	2.388	99,5	6,5	2.274	94,7	6,8
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (FG 61)	3.079	3.064	99,5	8,4	2.949	95,8	8,8
Psychiatrie und Psychotherapie (FG 58)	2.052	1.260	61,4	3,4	791	38,5	2,4
Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (FG 47)	1.171	746	63,7	2,0	314	26,8	0,9
Nervenheilkunde (FG 51)	2.137	611	28,6	1,7	289	13,5	0,9
übrige Fachgruppen	145.683	2.000	1,4	5,5	1.258	0,9	3,8
gesamt	183.074	36.523	19,9	100,0	33.342	18,2	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2018; Anzahl der anhand von Pseudonymen differenzierbaren Psychologen und Ärzte in Fachgruppen (FG) mit Abrechnung von Leistungen insgesamt, mit Abrechnung von spezifischen Leistungen (EBM 35130 bis 35152 oder antragspflichtige Leistungen aus Abschnitt 35.2) sowie mit Abrechnung von Richtlinientherapien (nur Leistungen aus Abschnitt 35.2)

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass 72,4 Prozent der Erbringer von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen im Jahr 2018 psychologische Psychotherapeu-

Mehr als 70 % der Erbringer spezifischer psychotherapeutischer Leistungen sind psychologische, weniger als 30 % ärztliche Psychotherapeuten.

ten waren. Lediglich 27,6 Prozent waren der Gruppe der ärztlichen Psychotherapeuten zuzuordnen, darunter 14,9 Prozent allein den beiden Fachgruppen 60 und 61. Die Durchführung von Richtlinientherapien, also von Psychotherapien im engeren Sinne, konzentriert sich noch stärker auf die beiden Gruppen psychologischer Psychotherapeuten beziehungsweise die ersten vier in Tabelle 3.3 genannten Fachgruppen, denen im Jahr 2018 76,4 beziehungsweise 92,0 Prozent aller Therapeuten mit Abrechnungen von Richtlinientherapien zuzuordnen waren.

Gegenüberstellung von Ergebnissen aus dem Bundesarztregister der KBV

Eine Informationsquelle zur Anzahl der Ärzte und Psychotherapeuten ist auch das Bundesarztregister, welches von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf Basis von Informationen der Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder zusammengestellt wird (KBV, 2019a). Im Gegensatz zur gleichfalls regelmäßig veröffentlichten Ärzte-Statistik der Bundesärztekammer beinhaltet das Bundesarztregister der KBV auch Angaben zu den Psychologischen Psychotherapeuten sowie zu den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, also auch zu nichtärztlichen Therapeuten. Das Bundesarztregister der KBV beschränkt sich dabei grundsätzlich auf Ärzte und Psychotherapeuten mit einer persönlichen Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung und damit auf genau diejenigen Therapeuten, die potenziell auch Leistungen bei Versicherten mit der BARMER abrechnen können. Somit eignet es sich prinzipiell gut für den Abgleich der nach BARMER-Daten ermittelten Therapeutenzahlen und zur Beschreibung der Versorgungssituation von GKV-Versicherten.

Im Bundesarztregister werden Zahlenangaben zu insgesamt vier unterschiedlichen und für die psychotherapeutische Versorgung besonders relevanten Gruppen von Therapeuten ausgewiesen, nämlich zu „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten" (1), zu „Psychologischen Psychotherapeuten" (2; jeweils ohne ärztliche Psychotherapeuten) sowie zu „Ärzten für Psychosomatik und Psychotherapie" (3) und zu weiteren Ärzten (4), die neben den unter (3) genannten Ärzten als „Ärztliche Psychotherapeuten" bezeichnet werden können. Die Zuordnung einzelner Ärzte zu dieser vierten Gruppe erfolgt dabei nicht auf Basis einer Fachgruppe, sondern wird unabhängig von der Fachgruppenkennung durch die KVen bei all denjenigen Ärzten vorgenommen, von denen innerhalb eines Kalenderjahres mehr als 50 Prozent der über KVen abgerechneten Leistungen psychotherapeutisch

erbracht wurden (persönliche Mitteilung der KBV am 18. Oktober 2019). Die Angaben des Bundesarztregisters beziehen sich dabei im Gegensatz zu den Zahlen nach BARMER-Daten immer auf Arzt- beziehungsweise Therapeutenzahlen am 31. Dezember eines Jahres.

Tabelle 3.4: Anzahl der Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2013 bis 2018 nach Fachgruppen

Gruppe	Datenquelle	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Psychologische Psychotherapeuten (FG 68)	Bundesarztregister	15.669	16.664	17.605	18.593	19.752	20.801
	BARMER spez. Leist.	15.745	16.763	17.711	18.713	19.878	20.983
	BARMER FG gesamt	15.811	16.848	17.829	18.823	19.967	21.074
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (FG 69)	Bundesarztregister	4.322	4.648	4.942	5.219	5.545	5.892
	BARMER spez. Leist.	3.807	4.153	4.436	4.719	5.114	5.471
	BARMER FG gesamt	3.817	4.168	4.448	4.734	5.128	5.477
Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie (FG 60)	Bundesarztregister	2.565	2.573	2.591	2.596	2.578	2.668
	BARMER spez. Leist.	2.443	2.436	2.420	2.424	2.425	2.388
	BARMER FG gesamt	2.462	2.457	2.446	2.446	2.444	2.401
andere ärztliche Psychotherapeuten beziehungsweise psychotherapeutisch tätige Ärzte (FG 61; BARMER)	Bundesarztregister	3.066	3.240	3.493	3.442	3.543	3.634
	BARMER spez. Leist.	2.685	2.774	2.836	2.951	3.029	3.064
	BARMER FG gesamt	2.702	2.798	2.864	2.972	3.045	3.079
ärztliche und psychologische Psychotherapeuten insgesamt (inklusive anderer Fachgruppen mit spezifischen Leistungen)	Bundesarztregister	25.622	27.125	28.631	29.850	31.418	32.995
	BARMER spez. Leist.	29.002	30.376	31.592	32.927	34.968	36.523
	BARMER FG gesamt	29.114	30.521	31.776	33.095	35.106	36.648

Quelle: Bundesarztregister (BAR; KBV 2019a; Angaben zu Ärzten bzw. Psychotherapeuten bundesweit) sowie BARMER-Daten 2013 bis 2018; Anzahl der Psychologen bzw. Ärzte der genannten Fachgruppe (FG) gesamt sowie mit Abrechnung von Leistungen, die eine Genehmigung zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen (spez. Leist.)

Tabelle 3.4 zeigt Gegenüberstellungen von Therapeutenzahlen aus dem Bundesarztregister und von Ergebnissen nach Auswertung von Abrechnungsdaten der BARMER zu den Jahren 2013 bis 2018 in zwei Varianten, wobei zum einen nur Therapeuten mit einer Abrechnung spezifischer psychotherapeutischer Leistungen und zum anderen ergänzend auch alle Therapeuten in den vier Fachgruppen mit Abrechnung von beliebigen Leistungen innerhalb einzelner Jahre in BARMER-Daten gezählt wurden. Ganz offensichtlich finden sich in beiden Quellen (und nach beiden Zählvarianten in BARMER-Daten) trotz

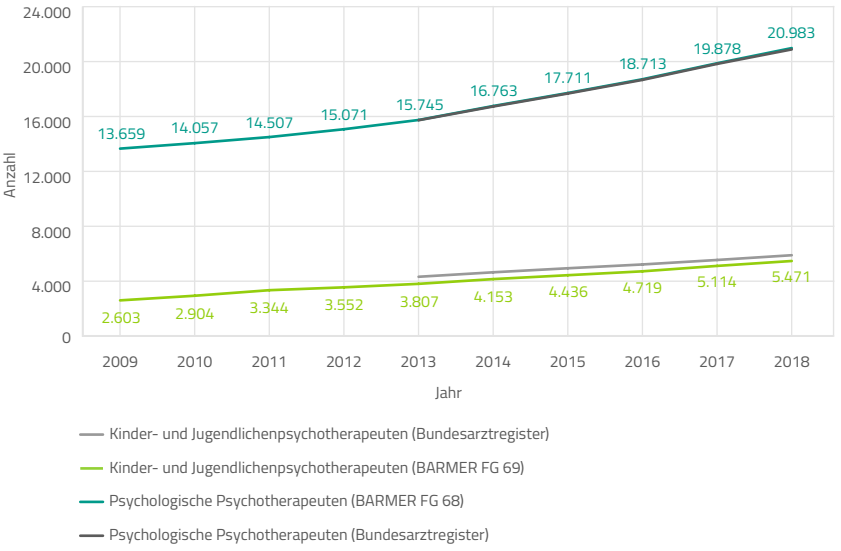
2018 rechneten rund 21.000 Psychologische Psychotherapeuten ambulante Leistungen ab, seit 2009 hat ihre Zahl um ca. 54 % zugenommen.

einer unterschiedlichen Erhebungsmethodik hinsichtlich der Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten nahezu identische Ergebnisse (vgl. auch Abbildung 3.17).

Die Zahl der ambulant tätigen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten hat sich von 2009 bis 2018 in etwa verdoppelt.

Für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten ergeben sich nach BARMER-Daten in allen Jahren etwas geringere Zahlen als im Bundesarztregister, was daraus resultieren könnte, dass nicht von jedem Therapeuten innerhalb einzelner Jahre ein BARMER-versichertes Kind oder ein BARMER-versicherter Jugendlicher behandelt wurde. Beide Datenquellen zeigen im Beobachtungszeitraum eine erhebliche Zunahme der Therapeutenzahlen, die nach BARMER-Daten offensichtlich bereits ab 2009 zu beobachten ist.

Abbildung 3.17: Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland von 2009 beziehungsweise 2013 bis 2018



Quelle: Bundesarztregister (BAR; KBV 2019a; Angaben zu psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten bundesweit) sowie BARMER-Daten 2009 bis 2018; Anzahl der psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Abrechnung von Leistungen, die eine Genehmigung zur Erbringung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen

Abgrenzung ärztlicher Psychotherapeuten nur bei Fachgruppen 60 und 61 weitgehend eindeutig möglich

Hinsichtlich der ärztlichen Psychotherapeutenzahlen ergeben sich nach BARMER-Daten merklich geringere Zahlen als im Bundesarztregister (vgl. vorausgehende Tabelle 3.4). Die Anzahl der Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Fachgruppe 60) lag 2018 nach BARMER-Daten um 280 und damit um 10,5 Prozent niedriger als die Angabe zur vergleichbar benannten Arztgruppe aus dem Bundesarztregister. Noch deutlicher fiel 2018 die Differenz mit 570 im Hinblick auf die übrigen ärztlichen Psychotherapeuten aus (–15,7 Prozent). Allerdings wurde hier bei den Ergebnissen nach BARMER-Daten lediglich die Fachgruppe 61 berücksichtigt. Im Bundesarztregister werden Ärzte aus unspezifischen Fachgruppen dann als Psychotherapeuten gezählt, wenn von ihnen mehr als 50 Prozent der Leistungen als psychotherapeutische Leistungen erbracht wurden. Werden Ärzte mit unspezifischen Fachkennungen und einer vorrangigen Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen (unter Ausnahme der bereits anderweitig zugeordneten Arztgruppe 60) auch in BARMER-Daten als Psychotherapeuten gezählt, lässt sich 2018 nach BARMER-Daten für die vierte Gruppe der „weiteren" ärztlichen Psychotherapeuten eine Anzahl von 4.273 ermitteln, die damit um 17,6 Prozent über der Angabe von 3.634 aus dem Bundesarztregister liegt. Da eine entsprechende Zuordnung nach Leistungsanteilen ohne einen Rückgriff auf alle Abrechnungsdaten der betrachteten Ärzte, also ohne kassenübergreifende Daten, problematisch erscheint und die Schätzwerte zudem nicht besser mit Angaben aus dem Bundesarztregister übereinstimmen, werden die zuletzt genannten Ergebnisse nachfolgend nicht weiter für inhaltliche Überlegungen und Darstellungen herangezogen.

Bedarfsplanungsgewichte

Bei den zuvor dargestellten Therapeutenzahlen handelt es sich um Zählungen von Personen. Unterschiedliche Arbeitszeiten der Therapeuten bleiben bei dieser Personenzählung unberücksichtigt. Um den Angebotsumfang durch Therapeuten besser darstellen zu können, werden im Bundesarztregister ergänzend auch Therapeutenzahlen „nach Bedarfsplanungsgewicht" veröffentlicht, die in Daten der BARMER nicht nachgebildet werden können und die annähernd den Therapeutenzahlen im Sinne von Vollzeitäquivalenten entsprechen.

Tabelle 3.5 zeigt durchschnittliche Vollzeitäquivalente beziehungsweise Faktoren für die vier im Bundesarztregister differenzierten Therapeutengruppen zu den Jahren 2013 bis 2018, die sich bei einer Division der im Bundesarztregister angegebenen Bedarfspla-

nungsgewichtsangaben durch die entsprechenden Personenangaben errechnen lassen. Diese Faktoren entsprechen sinngemäß und überschlägig dem durchschnittlichen Anteil des Tätigkeitsumfangs von einzelnen Psychotherapeuten an einer Vollzeittätigkeit. Würden alle berücksichtigten Ärzte und Therapeuten ausschließlich als Psychotherapeuten und dann durchgängig in Vollzeit arbeiten, würde als Ergebnis in der Tabelle stets der Wert 1,0 stehen, bei durchgängiger Halbtagstätigkeit der Wert 0,5.

Tabelle 3.5: Durchschnittliche Vollzeitäquivalente bei der Tätigkeit von Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2013 bis 2018 nach Fachgruppen

	durchschnittliche Vollzeitäquivalente (Bedarfsplanungsgewicht pro Therapeut)						Veränderungen in Prozent
Gruppe	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2018 vs. 2013**
Psychologische Psychotherapeuten	0,89	0,87	0,84	0,80	0,76	0,73	**–17,9**
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	0,75	0,75	0,73	0,72	0,69	0,67	**–10,8**
Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie	0,91	0,89	0,85	0,82	0,79	0,76	**–16,4**
andere ärztliche Psychotherapeuten	0,87	0,85	0,82	0,80	0,77	0,76	**–12,5**

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben aus dem Bundesarztregister (BAR; KBV 2019a; Zahlen zu teilnehmenden Ärzten bzw. Psychotherapeuten nach Personen sowie nach Bedarfsplanungsgewichten 2013 bis 2018)

Ganz offensichtlich arbeiteten nach Angaben aus dem Bundesarztregister bereits im Jahr 2013 insbesondere die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten häufiger nicht in einer Vollzeittätigkeit als Psychotherapeuten. Der für 2013 angegebene Faktor von 0,75 entspricht – mit gewissen Einschränkungen – am ehesten einer Tätigkeit im Rahmen einer 75-Prozent-Stelle und würde beispielsweise resultieren, wenn die eine Hälfte der Therapeuten in Vollzeit und die andere lediglich halbtags psychotherapeutisch tätig wäre.

gemessen an Bedarfsplanungsgewichten von 2013 bis 2018 Trend hin zu kürzeren Arbeitszeiten pro Psychotherapeut

Bei allen vier Therapeutengruppen lässt sich von 2013 bis 2018 ein stetiger Rückgang des Tätigkeitsanteils als Therapeut gemessen an einer Vollzeittätigkeit feststellen. So sank der Tätigkeitsumfang bei den Psychologischen Psychotherapeuten innerhalb dieses Zeitraums von einem Anteil entsprechend 89 Prozent einer Vollzeittätigkeit auf nur noch 73 Prozent im Jahr 2018, was einem relativen Rückgang der hier zumindest sinngemäß erfassten durchschnittlichen Tätigkeitszeit um 17,9 Prozent seit 2013 entspricht. Hierbei könnten unter anderem veränderte Einstellungen hinsichtlich der eigenen Work-Life-

Balance sowie hinsichtlich des Rollenverständnisses und der Vereinbarkeit des Berufs mit der Betreuung eigener Kinder bei jüngeren Therapeuten eine Rolle spielen. Im Jahr 2018 waren 72,9 Prozent der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Therapeuten nach Angaben aus dem Bundesarztregister Frauen. Die Arbeitszeit lag – gemessen am Bedarfsplanungsgewicht je Therapeut – insbesondere unter jüngeren Therapeuten eher niedrig (vgl. Tabelle 3.6).

Unabhängig davon verweisen die Ergebnisse in der Tabelle auch darauf, dass 2018 mit 35,4 Prozent mehr als ein Drittel der Therapeuten bereits mindestens 60 Jahre alt war. Schon strukturbedingt ist demnach in den kommenden zehn Jahren – ähnlich wie bei Hausärzten – ein vergleichsweise großer Bedarf an Psychotherapeuten absehbar.

2018 waren mehr als 35 % der Psychotherapeuten 60 Jahre oder älter.

Tabelle 3.6: Anzahl Psychotherapeuten und durchschnittliche Vollzeitäquivalente in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2018 nach Fach- und Altersgruppen

	Anzahl Therapeuten sowie durchschnittliche Vollzeitäquivalente (Bedarfsplanungsgewicht pro Therapeut)						
Altersgruppe	**bis 34**	**35 bis 39**	**40 bis 49**	**50 bis 59**	**60 bis 65**	**über 65**	**insgesamt**
ärztliche Psychotherapeuten	6	41	646	2.585	1.640	1.384	6.302
Bedarfsplanungsgewicht je Therapeut	0,74	0,71	0,71	0,79	0,78	0,70	0,76
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	354	728	1.414	1.648	1.158	590	5.892
Bedarfsplanungsgewicht je Therapeut	0,52	0,61	0,73	0,73	0,68	0,52	0,67
Psychologische Psychotherapeuten	1.004	1.899	4.350	6.640	3.768	3.140	20.801
Bedarfsplanungsgewicht je Therapeut	0,45	0,54	0,63	0,81	0,85	0,76	0,73
Psychotherapeuten insgesamt	1.364	2.668	6.410	10.873	6.566	5.114	32.995
Bedarfsplanungsgewicht je Therapeut	0,46	0,56	0,66	0,80	0,80	0,71	0,73

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben aus dem Bundesarztregister (BAR; KBV 2019a; Zahlen zu teilnehmenden Ärzten bzw. Psychotherapeuten nach Personen sowie nach Bedarfsplanungsgewichten 2018)

Ein nicht unerheblicher Anteil des Anstiegs der Psychotherapeutenzahlen dürfte nach den zuvor diskutierten Ergebnissen zu Bedarfsplanungsgewichten durch rückläufige durchschnittliche Tätigkeitszeiten pro Therapeut kompensiert worden sein. Gemäß der Anga-

Anstieg der Therapeutenzahlen wird zum Teil durch Trend zu rückläufigen Arbeitszeiten bei Therapeuten kompensiert

ben aus dem Bundesarztregister stieg von 2013 bis 2018 die Anzahl der Therapeuten nach Personen in den vier Gruppen a) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, b) Psychologische Psychotherapeuten, c) andere ärztliche Psychotherapeuten sowie d) Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie um 36, 33, 19 beziehungsweise 4 Prozent. Nach Bedarfsplanungsgewicht stieg demgegenüber die sinngemäß in Vollzeitäquivalenten gemessene Arbeitskraft in den ersten drei Therapeutengruppen nur um 22, 9 und 4 Prozent, bei Ärzten für Psychosomatik und Psychotherapie ließ sich sogar ein Rückgang um 3 Prozent feststellen.

Tabelle 3.7: Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung nach kassenärztlichen Vereinigungen 2018

KV-Nr.	Kassenärztliche Vereinigung	Psychologische Psychotherapeuten (FG 68)		Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (FG 69)	
		Bundesarztregister	BARMER	Bundesarztregister	BARMER
01	Schleswig-Holstein	552	550	143	137
02	Hamburg	927	901	171	166
03	Bremen	342	323	61	54
17	Niedersachsen	1.599	1.648	600	568
20	Westfalen-Lippe	1.830	1.894	569	499
38	Nordrhein	2.863	2.868	714	709
46	Hessen	2.139	2.331	513	488
51	Rheinland-Pfalz	747	772	238	211
52	Baden-Württemberg	2.403	2.314	796	740
71	Bayern	3.060	3.074	990	894
72	Berlin	1.945	1.901	331	313
73	Saarland	228	229	63	56
78	Mecklenburg-Vorpommern	253	260	83	80
83	Brandenburg	381	386	130	121
88	Sachsen-Anhalt	357	346	116	111
93	Thüringen	322	328	132	122
98	Sachsen	853	858	242	202
	bundesweit	20.801	20.983	5.892	5.471

Quelle: Bundesarztregister (BAR; KBV 2019a; Angaben zu psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten) sowie BARMER-Daten 2018; Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Abrechnung von Leistungen im Beobachtungsjahr, die eine Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen

Psychotherapeutische Versorgung in einzelnen Bundesländern

Tabelle 3.7 zeigt eine Gegenüberstellung von Angaben zur Anzahl Psychologischer Psychotherapeuten sowie zur Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten gemäß Bundesarztregister und entsprechenden Ergebnissen nach BARMER-Daten in den einzelnen KVen im Jahr 2018. Ganz offensichtlich zeigen auch die Ergebnisse zur regionalen Verteilung aus den beiden Quellen bei diesen beiden Therapeutengruppen einen hohen Grad an Übereinstimmung.

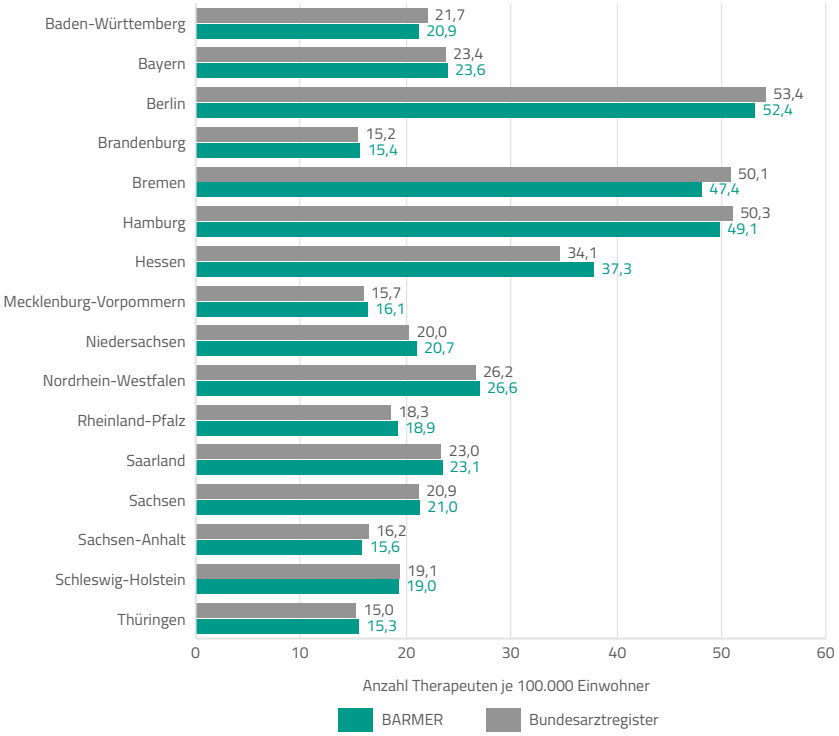
Zu einem großen Teil resultieren die in Tabelle 3.7 dargestellten regionalen Unterschiede hinsichtlich der absoluten Therapeutenzahlen aus der unterschiedlichen Größe der KV-Regionen. Abbildung 3.18 zeigt vor diesem Hintergrund ergänzend die Anzahl der regional tätigen psychologischen Psychotherapeuten im Jahr 2018 jeweils bezogen auf 100.000 Einwohner in den einzelnen Bundesländern und damit im Gegensatz zu Tabelle 3.7 Kennzahlen zur Versorgungssituation, die rechnerisch unabhängig von der Größe der Bundesländer sind. Während die Zahlen aus dem Bundesarztregister hierbei auf die Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung am 31. Dezember 2018 bezogen wurden, wurden die Zahlen nach BARMER-Daten, wie im Arztreport allgemein üblich, auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung des Jahres 2018 bezogen.

in Berlin, Bremen und Hamburg 2018 Therapeutendichte rund dreimal höher als in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Die Ergebnisse verdeutlichen, dass auch die bevölkerungsbezogenen Therapeutenzahlen zwischen den einzelnen Bundesländern erheblich variieren. Während in den drei Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg rund 50 Psychologische Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner tätig sind, sind es in vier der fünf neuen Bundesländer, nämlich in Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen, nur rund 15 bis 16 Therapeuten je 100.000 Einwohner. Die Therapeutendichte in den drei Stadtstaaten liegt demgegenüber um etwa den Faktor drei höher. Dabei dürften allerdings die in Stadtstaaten niedergelassenen Therapeuten vergleichsweise häufig auch Patienten aus der (ländlicheren) Umgebung behandeln.

Die bevölkerungsbezogene Anzahl der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erscheint zwischen den Bundesländern weniger ungleich verteilt (vgl. Tabelle 3.8). Sie variierte im Jahr 2018 zwischen knapp unter fünf und etwas über neun Therapeuten je 100.000 Einwohner.

Abbildung 3.18: Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Bundesländern 2018



Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung sowie Therapeutenzahlen nach dem Bundesarztregister (BAR; KBV 2019a; Angaben zu teilnehmenden Psychologischen Psychotherapeuten) sowie nach BARMER-Daten 2018 (Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten mit Abrechnung von Leistungen im Beobachtungsjahr, die eine Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen)

Ärztliche Psychotherapeuten und dabei insbesondere Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sind sowohl nach den vorliegenden Ergebnissen basierend auf BARMER-Daten als auch nach einem Bevölkerungsbezug der Daten aus dem Bundesarztregister in den neuen Bundesländern in erheblich geringerem Umfang als in den alten Bundesländern im Rahmen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung tätig, wobei das Bundesland Sachsen-Anhalt die geringste bevölkerungsbezogene Versorgungsdichte an ärztlichen Psychotherapeuten aufweist.

Tabelle 3.8: Anzahl der Psychotherapeuten in ausgewählten Fachgruppen mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Bundesländern 2018

Bundesland	Psychologische Psychotherapeuten		Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeuten		ärztliche Psycho-therapeuten: Ärzte für Psychosomatik und Psychotherapie		ärztliche Psychothera-peuten: andere bzw. psychotherapeutisch tätige Ärzte	
	Bundes-arztregister	BARMER FG 68	Bundes-arztregister	BARMER FG 69	Bundes-arztregister	BARMER FG 60	Bundes-arztregister	BARMER FG 61
Baden-Württemberg	21,7	20,9	7,2	6,7	5,0	4,4	3,5	2,7
Bayern	23,4	23,6	7,6	6,9	4,0	3,6	5,5	4,2
Berlin	53,4	52,4	9,1	8,6	7,0	5,5	7,7	5,9
Brandenburg	15,2	15,4	5,2	4,8	1,4	1,4	2,8	2,8
Bremen	50,1	47,4	8,9	7,9	3,7	3,7	8,8	7,2
Hamburg	50,3	49,1	9,3	9,0	7,8	5,9	6,7	6,8
Hessen	34,1	37,3	8,2	7,8	3,8	3,7	5,2	4,7
Mecklenburg-Vorpommern	15,7	16,1	5,2	5,0	1,5	1,2	3,2	3,0
Niedersachsen	20,0	20,7	7,5	7,1	2,0	1,9	3,2	3,2
Nordrhein-Westfalen	26,2	26,6	7,2	6,7	2,1	2,0	4,9	4,2
Rheinland-Pfalz	18,3	18,9	5,8	5,2	2,9	2,7	3,4	2,3
Saarland	23,0	23,1	6,4	5,6	1,5	1,3	4,5	4,7
Sachsen	20,9	21,0	5,9	5,0	1,3	1,3	2,8	2,5
Sachsen-Anhalt	16,2	15,6	5,3	5,0	0,8	0,5	1,7	1,0
Schleswig-Holstein	19,1	19,0	4,9	4,7	3,3	3,1	3,4	2,7
Thüringen	15,0	15,3	6,2	5,7	0,7	0,7	2,8	2,9
bundesweit	25,1	25,3	7,1	6,6	3,2	2,9	4,4	3,7

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung sowie Therapeutenzahlen nach dem Bundesarztregister (BAR; KBV 2019a; Angaben zu vier Gruppen von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten) sowie nach BARMER-Daten 2018 (Anzahl der Psychotherapeuten aus den Fachgruppen 68, 69, 60 und 61 mit Abrechnung von Leistungen im Beobachtungsjahr, die eine Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen)

deutliche Zunahme der Psychotherapeutenzahl von 2013 bis 2018 in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg

Tabelle 3.9 enthält – basierend auf Auswertungen von BARMER-Daten – Angaben zur Entwicklung der Psychotherapeutenzahlen je 100.000 Einwohner von 2013 bis 2018 in den einzelnen Bundesländern. Ähnliche Ergebnisse auf Basis von Angaben aus dem Bundesarztregister sind ergänzend Tabelle A 12 im Anhang zu entnehmen. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass es in den vergangenen Jahren in einigen neuen Bundesländern mit anfänglich sehr geringen Therapeutenzahlen zu einem deutlichen Anstieg der Therapeutendichte gekommen ist. Dies gilt insbesondere für die drei Bundesländer Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg, in denen die Therapeutendichte von 2013 bis 2018 um 84,1, 59,3 beziehungsweise 56,7 Prozent gestiegen ist. Demnach hat sich die Versorgungssituation in den vergangenen Jahren in den unterschiedlichen Regionen eher angenähert oder divergierte – umgekehrt formuliert – im Jahr 2013 noch deutlich stärker als im aktuellsten Beobachtungsjahr 2018.

Psychotherapeutische Versorgung in Kreisen und kreisfreien Städten 2018

Um die regionale ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation auch kleinräumig abbilden zu können, wurden den Pseudonymen von Betriebsstätten zu den bereits in Tabelle 3.4 dargestellten Therapeutengruppen BARMER-intern Kreiskennungen zugeordnet und anschließend ermittelte Informationen zu Therapeutenzahlen in den einzelnen Kreisen und kreisfreien Städten für Darstellungen im Arztreport zur Verfügung gestellt. Die Therapeutenzahlen wurden für Kartendarstellungen auf die Bevölkerung in den jeweiligen Kreisen im Jahr 2018 nach Angaben des Statistischen Bundesamtes bezogen und als Therapeuten je 100.000 Einwohner ausgewiesen (Statistisches Bundesamt 2019a).

hohe Psychotherapeutenzahlen in Heidelberg, Freiburg im Breisgau, Offenbach am Main, Bonn, Kassel, Münster und Darmstadt

Abbildung 3.19 zeigt Ergebnisse zur „Therapeutendichte" im Sinne der Anzahl der Psychotherapeuten mit einer Fachgruppenzuordnung 60, 61, 68 oder 69 je 100.000 Einwohner in Kreisen und kreisfreien Städten 2018, wobei der Darstellung – wie im Arztreport üblich – eine regionale Gliederung in Kreise und kreisfreie Städte gemäß Gebietsstand Ende 2008 zugrunde liegt. Offensichtlich verteilen sich Psychotherapeuten regional sehr ungleichmäßig. Die Therapeutendichte variiert – auch unter Vernachlässigung einiger Extremwerte – um mehr als den Faktor zehn. Sehr geringe Therapeutendichten finden sich in den Küstenregionen Mecklenburg-Vorpommerns, in Sachsen-Anhalt, nordöstlichen Teilen Bayerns sowie einer Reihe von weiteren Regionen insbesondere außerhalb

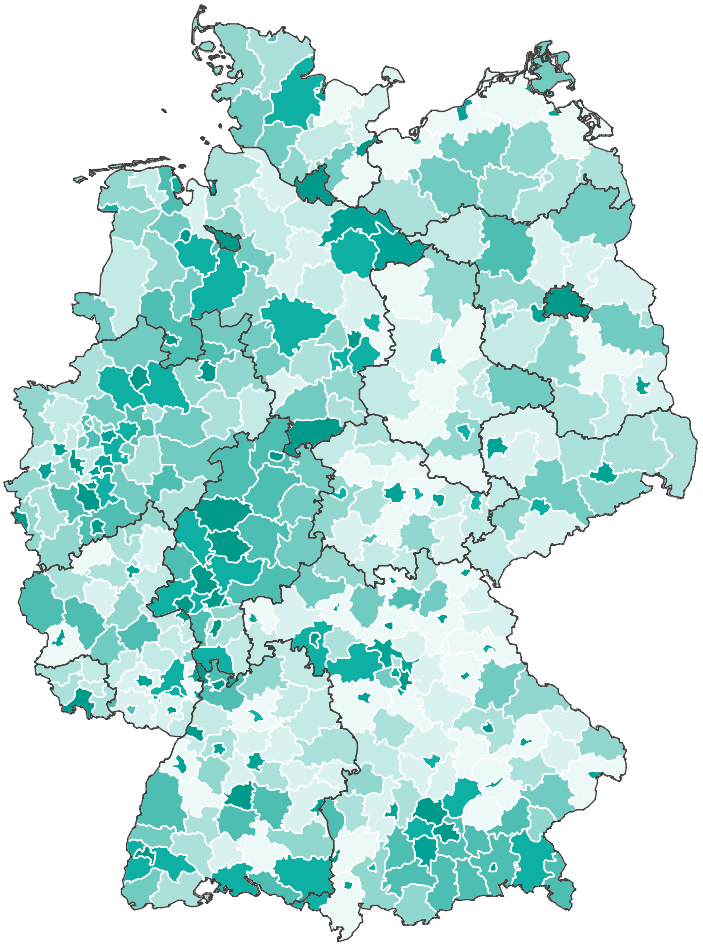
von Städten. Hohe Therapeutendichten lassen sich insbesondere in kreisfreien Städten (erkennbar an den vergleichsweise kleinen Gebieten) und auch in einigen großflächigen Regionen erkennen. Mehr als 100 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner (aus den Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 und mit Abrechnung spezifischer psychotherapeutischer Leistungen) ließen sich 2018 in den sieben Kreisen beziehungsweise kreisfreien Städten Heidelberg (184), Freiburg im Breisgau (165), Offenbach am Main (122), Bonn (120), Kassel (117), Münster (114) und Darmstadt (104) identifizieren.

Tabelle 3.9: Anzahl der Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Bundesländern 2013 bis 2018 nach BARMER-Daten

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Steigerung 2018 versus 2013 in Prozent
Baden-Württemberg	30,1	31,3	32,2	32,6	33,6	34,8	15,7
Bayern	30,1	32,4	33,9	34,9	36,9	38,3	27,3
Berlin	64,7	65,0	64,4	66,2	69,0	72,4	12,0
Brandenburg	15,6	17,1	19,9	21,3	22,9	24,4	56,7
Bremen	57,5	57,3	58,8	61,0	65,5	66,1	15,1
Hamburg	60,3	61,9	62,6	66,9	69,2	70,8	17,4
Hessen	42,6	44,3	46,2	48,5	51,4	53,5	25,4
Mecklenburg-Vorpommern	13,8	18,1	20,6	22,3	23,9	25,3	84,1
Niedersachsen	26,4	27,8	28,6	30,2	31,6	32,9	24,8
Nordrhein-Westfalen	30,7	32,0	33,4	35,1	37,4	39,5	28,6
Rheinland-Pfalz	21,7	23,3	24,8	26,4	27,7	29,0	33,6
Saarland	28,7	30,4	32,0	32,5	33,6	34,8	21,1
Sachsen	23,2	25,0	26,1	27,4	28,6	29,7	28,1
Sachsen-Anhalt	13,9	17,0	18,6	19,9	20,8	22,2	59,3
Schleswig-Holstein	24,3	25,3	26,1	26,8	28,3	29,5	21,7
Thüringen	17,2	19,9	21,6	22,2	23,4	24,6	42,8
bundesweit	30,6	32,3	33,5	35,0	36,8	38,5	25,8

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung sowie nach BARMER-Daten 2013 bis 2018 (Anzahl der Psychotherapeuten aus den Fachgruppen 68, 69, 60 und 61 mit Abrechnung von Leistungen im Beobachtungsjahr, die eine Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen)

Abbildung 3.19: Anzahl der Psychotherapeuten (Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69) mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Kreisen 2018



Therapeuten je 100.000 Einwohner

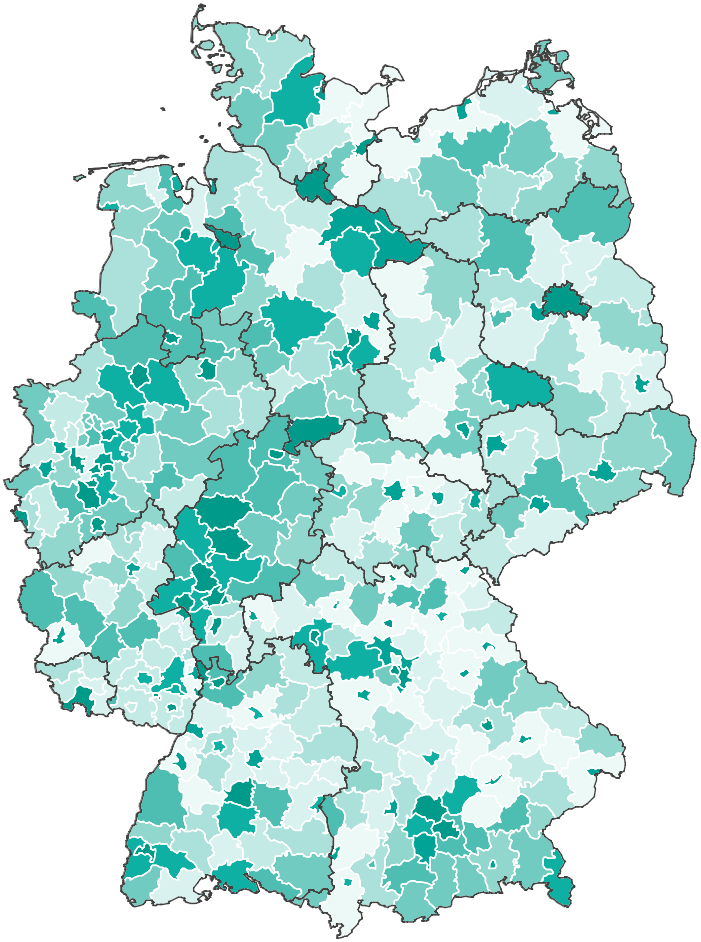
2,5 bis 16,0	16,2 bis 19,3	19,3 bis 20,6	20,6 bis 22,4	22,4 bis 24,4	24,5 bis 28,1	28,2 bis 32,7	32,7 bis 42,1	42,1 bis 59,7	60,0 bis 184,0

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung sowie nach BARMER-Daten 2018 (Anzahl der Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 mit Abrechnung von Leistungen im Beobachtungsjahr, die eine Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen); Kreise nach Gebietsstand Ende 2008

Eine vergleichbare Darstellung wie Abbildung 3.19 zur Versorgungssituation im Hinblick auf ambulant kassenärztlich abrechnende Psychotherapeuten im Jahr 2013 existiert im Versorgungsatlas des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung (Schulz et al., 2015). Grundsätzlich zeigen sich bei einer Gegenüberstellung der vorliegenden Ergebnisse zum Jahr 2018 und der Ergebnisse aus dem Versorgungsatlas zum Jahr 2013 sehr ähnliche regionale Verteilungen auf Kreisebene. Alle sieben Städte mit den höchsten Psychotherapeutendichten im Jahr 2018 fanden sich bereits 2013 nach den Auswertungen zum Versorgungsatlas unter den zehn Regionen mit der höchsten bevölkerungsbezogenen Therapeutendichte. Die Ergebnisse aus beiden Quellen korrelieren hoch (Korrelationskoeffizient nach Pearson: r = .95). Während 2013 in den neuen Bundesländern noch nahezu alle Gebiete außerhalb von kreisfreien Städten deutlich unterdurchschnittliche Therapeutendichten aufwiesen, lässt sich für 2018 keine entsprechend klare Aussage mehr formulieren. Tendenziell scheint die Therapeutendichte in einigen ländlichen Regionen innerhalb der neuen Bundesländer angestiegen zu sein und hat sich damit den Werten in entsprechenden Regionen der alten Bundesländer angeglichen, was im Einklang mit Auswertungen auf Bundeslandebene und den merklich überdurchschnittlichen Anstiegen der Therapeutenzahlen in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Brandenburg steht (vgl. Tabelle 3.9).

In Abbildung 3.20 wird die regionale Verfügbarkeit von psychologischen Psychotherapeuten im Jahr 2018 dargestellt (Fachgruppen 68, 69, ohne ärztliche Psychotherapeuten). Da ein sehr großer Teil aller Psychotherapeuten genau dieser Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten zuzuordnen ist, unterscheidet sich die Darstellung eher graduell von der vorausgehenden Darstellung zu den Psychotherapeuten insgesamt.

Abbildung 3.20: Anzahl der psychologischen Psychotherapeuten (Fachgruppe 68 oder 69) mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Kreisen 2018

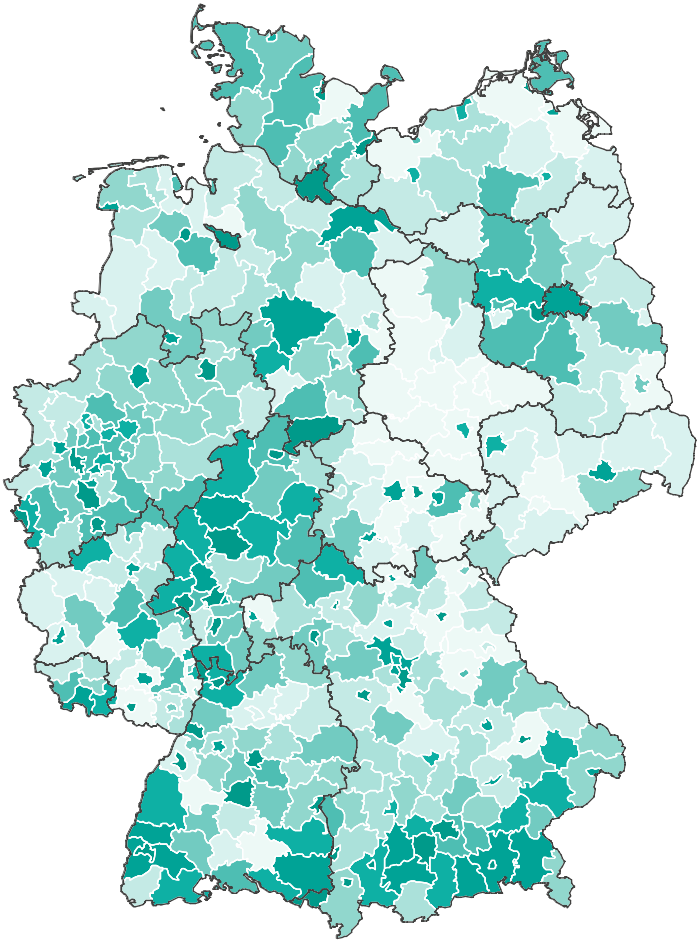


Therapeuten je 100.000 Einwohner

1,7 bis 13,1	13,1 bis 15,9	16,0 bis 17,4	17,5 bis 19,1	19,1 bis 20,2	20,3 bis 23,0	23,2 bis 27,4	27,8 bis 34,9	35,0 bis 47,7	47,7 bis 136,6

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung sowie nach BARMER-Daten 2018 (Anzahl der psychologischen Psychotherapeuten der Fachgruppe 68 oder 69 mit Abrechnung von Leistungen im Beobachtungsjahr, die eine Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen); Kreise nach Gebietsstand Ende 2008

Abbildung 3.21: Anzahl der ärztlichen Psychotherapeuten (Fachgruppe 60 oder 61) mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Kreisen 2018



Therapeuten je 100.000 Einwohner

0,0 bis 1,3	1,3 bis 2,3	2,3 bis 3,0	3,0 bis 3,5	3,5 bis 4,0	4,0 bis 4,5	4,5 bis 5,5	5,6 bis 8,3	8,4 bis 11,8	11,8 bis 47.4

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung sowie nach BARMER-Daten 2018 (Anzahl der ärztlichen Psychotherapeuten der Fachgruppe 60 oder 61 mit Abrechnung von Leistungen im Beobachtungsjahr, die eine Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen); Kreise nach Gebietsstand Ende 2008

Insgesamt bewegt sich die Zahl der ärztlichen Psychotherapeuten im Vergleich zu psychologischen Psychotherapeuten auf einem deutlich niedrigeren Niveau. In den Grundzügen ähnelt ihre regionale Verteilung dabei jedoch derjenigen von psychologischen Psychotherapeuten (vgl. Abbildung 3.21). Auch für die Versorgung mit ärztlichen Psychotherapeuten gilt, dass die Therapeutenzahlen bezogen auf Einwohner in kreisfreien Städten in der Regel höher als im ländlichen Umfeld liegen. Auffällig erscheinen im Hinblick auf die regionale Verteilung ärztlicher Psychotherapeuten zum einen die geringen Therapeutenzahlen in fast allen Kreisen Sachsen-Anhalts und zum anderen vergleichsweise hohe Therapeutenzahlen in einer Reihe von Kreisen im südlichen Bayern und in Baden-Württemberg.

Psychotherapeutische Versorgung in Abhängigkeit von der Bevölkerungsdichte

mehr Menschen pro Quadratkilometer – mehr Therapeuten pro Kopf der Bevölkerung

Bei den vorausgehenden Kartendarstellungen waren höhere Therapeutendichten in vermeintlich dichter besiedelten Regionen wie kreisfreien Städten aufgefallen. Ein einfaches Maß für die Art der Besiedlung ist die Einwohnerdichte gemessen in Einwohnern je Quadratkilometer. Diese variierte 2018 bei einer regionalen Gliederung auf Kreisebene in Deutschland (mit Gliederung nach Gebietsstand Ende 2018) zwischen 35 Einwohnern je Quadratkilometer im Kreis „Mecklenburg-Strelitz" und 4.736 Einwohnern je Quadratkilometer in der Landeshauptstadt München. Um Zusammenhänge zwischen der Bevölkerungs- und Therapeutendichte quantitativ zu beschreiben, wurden die insgesamt 413 Kreise gemäß ihrer Bevölkerungsdichte sortiert und in fünf Gruppen geteilt, denen jeweils etwa ein Fünftel der Bevölkerung zuzuordnen war. Ein Fünftel lebte innerhalb von 134 Kreisen mit der geringsten Bevölkerungsdichte von kreisübergreifend 87 Einwohnern je Quadratkilometer. In den entsprechenden Regionen waren 21 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niedergelassen. Demgegenüber waren in den 28 Kreisen mit der höchsten Bevölkerungsdichte (von kreisübergreifend 2.803 Einwohnern je Quadratkilometer) 69 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner niedergelassen (vgl. Tabelle 3.10). In entsprechenden Regionen lag die Psychotherapeutendichte demnach mehr als dreimal höher als in den 134 Kreisen mit der geringsten Bevölkerungsdichte. Die Psychotherapeutendichte auf Kreisebene war dabei hoch mit der Bevölkerungsdichte korreliert (Korrelationskoeffizient $r = .70$ nach Pearson, bevölkerungsgewichtet, $p < .0001$). Es besteht also statistisch ein sehr deutlicher Zusammenhang zwischen der Bevölkerungsdichte und der regionalen Verfügbarkeit von Psychotherapeuten.

Tabelle 3.10: Anzahl der Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner (Fachgruppen 60, 61, 68, 69) nach Bevölkerungsdichte des Wohnkreises 2018

	Bevölkerungsdichte	Kreise*	Bevölkerung	Psychotherapeutendichte
	Einwohner je Quadratkilometer (Minimum bis Maximum in einzelnen Kreisen)	Anzahl	Einwohner in Millionen	Therapeuten je 100.000 Einwohner
1	87,2 (34,9 bis 129,6)	134	16,6	21,0
2	172,9 (130,7 bis 238,0)	94	16,7	25,8
3	346,0 (241,4 bis 529,2)	67	16,5	28,7
4	956,2 (530,7 bis 1.872,0)	90	16,7	47,5
5	2.802,8 (1.887,3 bis 4.736,1)	28	16,5	69,0

* Kreise und kreisfreie Städte in der Gliederung gemäß Gebietsstand Ende 2008
Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes (2019a) zur Bevölkerung und Fläche in Gemeinden sowie nach Daten der BARMER 2018 (Anzahl der Psychotherapeuten aus den Fachgruppen 68, 69, 60 und 61 mit Abrechnung von Leistungen 2018, die eine Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen)

3.4.2 Kontakte zu Psychotherapeuten 2009 bis 2018

Leitfrage: Hat sich im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie der Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten vergrößert?

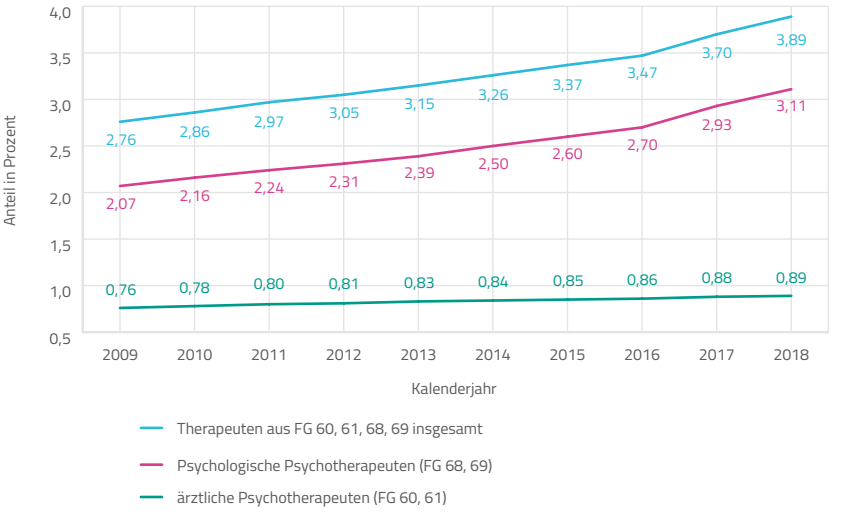
Für eine erste Auswertungsserie zum Thema Inanspruchnahmen psychotherapeutischer Leistungen wurde für einzelne Kalenderjahre ermittelt, welche Anteile der Versicherten beziehungsweise Bevölkerung innerhalb dieser Jahre mindestens einen Psychotherapeuten kontaktierten. Die Leitfrage bei dieser Auswertung war, ob nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie mit einer intendierten Erleichterung des Zugangs zur psychotherapeutischen Versorgung ein größerer Anteil der Bevölkerung Kontakt zu Psychotherapeuten hatte als vor der Reform.

Bevölkerungsanteile mit Kontakt zu Psychotherapeuten – Fachgruppen 60, 61, 68, 69

Um die Auswertungen möglichst unabhängig von Veränderungen der Therapeutenidentifikation durch Veränderungen der Nutzung von bestimmten und dabei insbesondere neuen Abrechnungsziffern zu halten, wurden bei diesen Auswertungen zunächst nur Abrechnungen eines Therapeuten mit einer der Fachgruppenkennungen 60 (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie), 61 (Psychotherapeutisch tätiger Arzt), 68 (Psychologischer Psychotherapeut) und 69 (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut) und von diesen Therapeuten alle Abrechnungen als Hinweis auf einen Kontakt zu einem Psychotherapeuten gezählt. Ausschließlich Therapeuten aus diesen Fachgruppen erbrin-

gen nachweislich nahezu immer auch psychotherapeutische Leistungen im engeren Sinne und lassen sich insofern weitgehend ohne Einschränkungen als psychotherapeutisch aktive Psychologen oder Ärzte ansehen (vgl. Tabelle 3.3).

Abbildung 3.22: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten aus den Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 in den Jahren 2009 bis 2018



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; Kontakte zu Therapeuten mit Fachgruppenkennungen (FG) 60, 61, 68 oder 69; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

2018 kontaktierten rund 345.000 mehr Menschen als 2016 Psychotherapeuten der Fachgruppe 60, 61, 68 oder 69.

Im gesamten Beobachtungszeitraum von 2009 bis 2018 stieg der Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu einer der hier betrachteten vier Psychotherapeutengruppen stetig. Während 2009 erst 2,76 Prozent Kontakt zu einem entsprechenden Therapeuten hatten, waren es 2018, also neun Jahre später, 3,89 Prozent. Nach Hochrechnungen auf die Bevölkerung dürften 2018 in Deutschland demnach rund 3,221 Millionen Menschen Kontakt zu einem Therapeuten aus (mindestens) einer der genannten Fachgruppen gehabt haben. Dies entspricht, bereinigt um demografische Effekte, einem Anstieg von 41 Prozent. Im Vergleich zu 2016 waren 2018 rund 0,42 Prozent der Bevölkerung beziehungsweise 345.000 Menschen mehr betroffen. Hätte sich in den Jahren von 2016 bis

2018 lediglich der bereits von 2014 bis 2016 beobachtete ansteigende Trend fortgesetzt, wäre 2018 demgegenüber mit 3,045 Millionen eine um 176.000 Personen kleinere Zahl an Betroffenen zu erwarten gewesen. Unter Berücksichtigung der auch vor der Reform beobachtbaren Trends ließe sich demnach vermuten, dass die Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 dazu geführt hat, dass 2018 – bezogen auf die hier betrachteten vier Fachgruppen – reformbedingt rund 176.000 Menschen in Deutschland zusätzlich Kontakt zu einem Psychotherapeuten hatten. Der weit überwiegende Anteil dieses reformbedingten Anstiegs lässt sich dabei, wie aus der Abbildung ersichtlich, den Kontakten mit psychologischen Psychotherapeuten und nur ein sehr kleiner Anteil den Kontakten mit ärztlichen Psychotherapeuten zuschreiben.

Bevölkerungsanteile mit Kontakt zu Psychotherapeuten – übrige ärztliche Therapeuten

Im Gegensatz zu Therapeuten mit den Fachgruppenkennungen 60, 61, 68 und 69 lassen sich Ärzte aus anderen Fachgruppen nur dann als Psychotherapeuten mit Relevanz für die kassenärztliche psychotherapeutische Versorgung klassifizieren, wenn von ihnen spezifische Leistungen abgerechnet wurden, die Rückschlüsse auf eine Genehmigung zur Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie voraussetzten. Dies ist, wie bereits an anderer Stelle ausgeführt, grundsätzlich bei einer Abrechnung von Leistungen aus dem Abschnitt 35.1 mit den EBM-Ziffern 35130 bis 35152 sowie bei Abrechnungen von antragspflichtigen Leistungen aus dem Abschnitt 35.2 des EBM, der ausschließlich Richtlinientherapien umfasst, der Fall.

Abbildung 3.23 zeigt für die Jahre 2009 bis 2018 Ergebnisse zu Bevölkerungsanteilen mit Kontakt zu denjenigen Ärzten ohne eine Fachgruppenkennung 60, 61, 68 oder 69, von denen innerhalb des jeweiligen Jahres gemäß Daten bei der BARMER wenigstens eine spezifische Leistung im zuvor beschriebenen Sinne der Psychotherapie-Richtlinie abgerechnet worden war. Zudem werden in der Abbildung auch Bevölkerungsanteile mit Kontakt zur Subgruppe derjenigen Ärzte ausgewiesen, von denen innerhalb des jeweiligen Jahres dabei auch mindestens eine Richtlinientherapie abgerechnet worden war. Kennzahlen zu allen Jahren wurden auch bei diesen Auswertungen einheitlich nach Angaben zu Strukturmerkmalen der Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2018 standardisiert. Berichtet werden also um demografische Effekte bereinigte Trends.

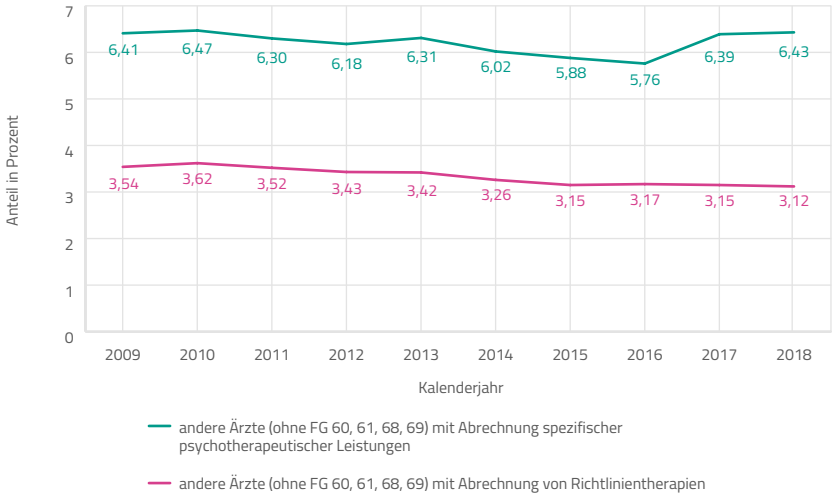
Auffällig erscheint zunächst, dass ein insgesamt vergleichsweise hoher Bevölkerungsanteil von mehr als 5,7 Prozent in allen Jahren und im Jahr 2018 sogar 6,4 Prozent der Bevölkerung Kontakt zu der hier betrachteten Arztgruppe hatte, welche in diesem Jahr nur gut 4.600 Ärzte umfasste, wohingegen die rund 32.000 Therapeuten aus den Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 im Jahr 2018 von lediglich 3,9 Prozent der Bevölkerung kontaktiert wurden. Dieses Ergebnis lässt sich dadurch erklären, dass hier jegliche Kontakte zu den Ärzten berücksichtigt wurden. Von den nicht vorrangig psychotherapeutisch arbeitenden Ärzten werden dabei allerdings zumeist erheblich mehr unterschiedliche Patienten pro Jahr betreut als von den typischen „hauptamtlichen" Psychotherapeuten. All diese unterschiedlichen Patienten der „nebenamtlichen" Psychotherapeuten werden dann bei den arztbezogenen Auswertungen definitionsgemäß vollständig als „Patienten mit Kontakt zu Psychotherapeuten" berücksichtigt.

Hinweise auf Abrechnung Psychotherapeutischer Sprechstunden durch ärztliche Psychotherapeuten ab 2017, die in den Vorjahren keine spezifischen psychotherapeutischen Leistungen abrechneten

Gleichfalls auffällig erscheint, dass die betroffenen Bevölkerungsanteile mit Kontakten zu Ärzten, welche im selben Jahr (auch) spezifische psychotherapeutische Leistungen abrechneten, 2017 und 2018 merklich höher als in den Vorjahren lagen. Demgegenüber lagen die ohnehin deutlich geringeren Bevölkerungsanteile mit einem Kontakt zu derjenigen Subgruppe von Ärzten, welche im jeweiligen Jahr auch mindestens eine Richtlinientherapie abgerechnet hatten, 2017 und 2018 tendenziell noch unter den Vorjahreswerten. Der Anstieg bei Auswertungen zur erstgenannten und übergeordneten Gruppe resultiert dabei nach ergänzenden Auswertungen maßgeblich daraus, dass im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie offensichtlich eine Reihe von Ärzten spezifische EBM-Ziffern aus dem Abschnitt 35.1 abrechneten (welche eine Genehmigung gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie voraussetzten) und deshalb bei den vorliegenden Auswertungen als Therapeuten mit Berechtigung zur Psychotherapie klassifiziert wurden, welche dies vor der Reform nicht getan hatten. Der Anstieg resultiert damit maßgeblich auch aus der veränderten Klassifikation der Ärzte – dass dieselben Ärzte (ohne eine Zuordnung zu den psychotherapeutisch abrechnenden beziehungsweise tätigen Ärzten) in den vorausgehenden Jahren von ähnlichen Bevölkerungsanteilen kontaktiert wurden, erscheint keineswegs unwahrscheinlich. Insofern lässt sich der beobachtete Anstieg nicht, oder zumindest nicht eindeutig, als Hinweis auf einen erweiterten Zugang zu Psychotherapeuten interpretieren. Zugleich spricht auch der weitgehend unveränderte Anteil

der Bevölkerung mit Kontakt zur Subgruppe der Ärzte mit einer Abrechnung von Richtlinientherapien gegen die Annahme einer Ausweitung des Zugangs zu den hier betrachteten ärztlichen Psychotherapeuten ohne eine Zuordnung zu den beiden Fachgruppen 60 oder 61.

Abbildung 3.23: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu anderen ärztlichen Psychotherapeuten (ohne Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69) in den Jahren 2009 bis 2018



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; Kontakte zu Ärzten ohne Fachgruppenkennungen 60, 61, 68 oder 69, jedoch mit Abrechnung von Leistungen im Beobachtungsjahr, die eine Genehmigung zur Ausführung psychotherapeutischer Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass in den Jahren von 2009 bis 2018 der Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten im Sinne der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 erheblich gestiegen ist. Bereinigt um demografische Effekte stieg der Anteil von 2,76 auf 3,89 Prozent, was einer relativen Zunahme um 40,7 Prozent entspricht. Die Entwicklungen von Kontaktraten zu anderen ärztlichen Psychotherapeuten ohne eine Zuordnung zu einer der beiden Fachgruppen 60 oder 61 lässt sich demgegenüber nur schwer abschätzen.

Bevölkerungsanteile mit Kontakt zu Psychotherapeuten in Bundesländern – Fachgruppen 60, 61, 68, 69

Zwischen 2009 und 2018 haben regionale Unterschiede bei Kontakten zu Psychotherapeuten eher abgenommen.

Die nachfolgenden beiden Tabellen geben Auskunft zur Entwicklung der Kontakte zur methodisch einfach abgrenzbaren Psychotherapeutengruppe mit den Fachgruppenkennungen 60, 61, 68 oder 69 in den einzelnen Bundesländern. Von 2009 bis 2018 ist der Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu entsprechenden Therapeuten in allen Bundesländern gestiegen. Sehr erhebliche relative Zuwächse lassen sich dabei insbesondere in Bundesländern mit anfänglich sehr geringen Kontaktraten nachweisen. So hat sich die Kontaktrate in Mecklenburg-Vorpommern innerhalb der zehn Beobachtungsjahre mit einem Zuwachs um 108 Prozent mehr als verdoppelt. Auch in den übrigen neuen Bundesländern mit Ausnahme Sachsens sind Zuwächse um mehr als 60 Prozent zu verzeichnen. Deutlich geringer fallen demgegenüber die Zuwächse in Bundesländern aus, in denen die Kontaktraten bereits 2009 auf einem vergleichsweise hohen Niveau lagen. Tendenziell haben die regionalen Unterschiede damit von 2009 bis 2018 eher abgenommen.

Tabelle 3.12 fokussiert die Veränderungen von 2016 zu 2018 im zeitlichen Zusammenhang mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie und liefert dabei Ergebnisse nach Hochrechnungen der bei BARMER-Versicherten ermittelten Raten auf die Bevölkerung in Deutschland. Bundesweit und bereinigt um demografische Effekte stieg die Zahl der Menschen mit Kontakt zu Psychotherapeuten allein von 2016 bis 2018 um 12,0 Prozent beziehungsweise rund 345.000 Personen. Zuwächse um weniger als 9 Prozent waren in Baden-Württemberg sowie Hamburg zu verzeichnen, Zuwächse um mehr als 19 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt mit traditionell vergleichsweise geringen Kontaktraten. Allein im bevölkerungsreichsten Bundesland Nordrhein-Westfalen dürften 2018 rund 87.000 Menschen mehr als 2016 einen psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten mit einer Fachgruppenzuordnung 60, 61, 68 oder 69 kontaktiert haben.

Tabelle 3.11: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten aus den Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 in Bundesländern in den Jahren 2009, 2013, 2016 sowie 2018

Bundesland	Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten in Prozent				prozentuale Veränderung 2018 versus 2009
	2009	2013	2016	2018	
Baden-Württemberg	2,85	3,18	3,36	3,65	28,2
Bayern	2,77	3,08	3,46	3,80	37,0
Berlin	4,29	4,48	4,71	5,16	20,3
Brandenburg	1,78	2,17	2,54	2,94	65,0
Bremen	4,28	4,32	4,35	5,00	16,7
Hamburg	3,94	4,31	4,38	4,67	18,5
Hessen	3,32	3,76	4,12	4,61	38,8
Mecklenburg-Vorpommern	1,42	1,78	2,47	2,95	108,0
Niedersachsen	2,54	2,87	3,19	3,65	44,0
Nordrhein-Westfalen	2,94	3,44	3,79	4,28	45,4
Rheinland-Pfalz	2,48	2,76	3,13	3,63	46,7
Saarland	2,25	2,96	3,47	3,84	70,3
Sachsen	2,22	2,84	3,12	3,51	58,0
Sachsen-Anhalt	1,48	1,80	2,24	2,66	80,5
Schleswig-Holstein	2,23	2,61	2,82	3,19	43,4
Thüringen	1,90	2,21	2,68	3,14	64,9
bundesweit	2,76	3,15	3,47	3,89	40,7

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; Kontakte zu Therapeuten mit Fachgruppenkennungen 60, 61, 68 oder 69; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Tabelle 3.12: Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten aus den Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 in Bundesländern in den Jahren 2016 sowie 2018 – absolute Betroffenenzahlen (Hochrechnungen)

Bundesland	Bevölkerung	absolute Betroffenenzahlen		absolute Differenz 2018 versus 2016	prozentuale Veränderung 2018 versus 2016
		2016	2018		
Baden-Württemberg	11.046.532	371.303	403.156	31.852	8,6
Bayern	13.037.021	450.855	495.007	44.152	9,8
Berlin	3.629.213	170.944	187.400	16.456	9,6
Brandenburg	2.508.031	63.585	73.733	10.147	16,0
Bremen	682.063	29.636	34.118	4.482	15,1
Hamburg	1.835.933	80.342	85.791	5.450	6,8
Hessen	6.254.584	257.548	288.108	30.560	11,9
Mecklenburg-Vorpommern	1.610.444	39.812	47.571	7.760	19,5
Niedersachsen	7.972.665	254.606	291.139	36.533	14,3
Nordrhein-Westfalen	17.922.444	679.546	766.991	87.446	12,9
Rheinland-Pfalz	4.079.312	127.576	148.239	20.663	16,2
Saarland	992.400	34.392	38.109	3.716	10,8
Sachsen	4.079.681	127.116	143.383	16.267	12,8
Sachsen-Anhalt	2.215.751	49.529	59.012	9.483	19,1
Schleswig-Holstein	2.893.312	81.663	92.296	10.633	13,0
Thüringen	2.147.229	57.471	67.330	9.859	17,2
bundesweit	82.906.615	2.875.923	3.221.382	345.459	12,0

Quelle: BARMER-Daten 2016 und 2018; Kontakte zu Therapeuten mit Fachgruppenkennungen 60, 61, 68 oder 69; Hochrechnungen sowie Bevölkerung nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Bevölkerungsanteile mit Kontakt zu Psychotherapeuten in Kreisen – Fachgruppen 60, 61, 68, 69

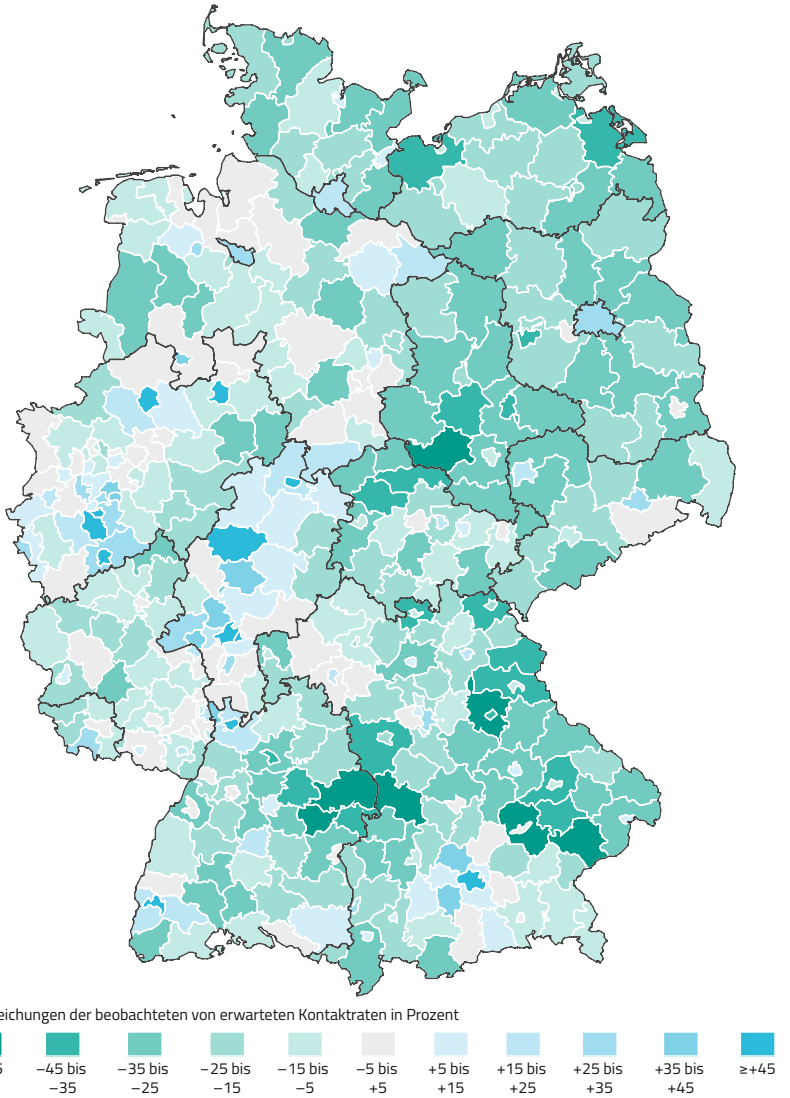
Die nachfolgenden Abbildungen zeigen Ergebnisse zu Kontaktraten von Bewohnern in Kreisen und kreisfreien Städten nach Gliederung in 413 Regionen gemäß Gebietsreformstand Ende 2008 zu den Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 und 69. Dargestellt werden indirekt standardisierte Werte und damit relative Abweichungen der real in einzelnen Kreisen beobachteten Betroffenenzahlen von den jeweils aufgrund der spezifischen regionalen Geschlechts- und Altersstruktur nach bundesweiten Auswertungsergebnissen erwarteten Betroffenenzahlen (zu Methoden siehe Anhang unter der Überschrift „Indirekte Standardisierung, kleinräumige Analyse").

Abbildung 3.24 zeigt relative Abweichungen der beobachteten von erwarteten Kontaktraten im Jahr 2018. Es zeigen sich, nicht unerwartet, grundsätzlich ähnliche regionale Muster wie hinsichtlich der bereits zuvor dargestellten Versorgungssituation beziehungsweise Psychotherapeutendichte (vgl. Abbildung 3.19). Am deutlichsten, nämlich um 88 sowie um 74 Prozent, wurden die regionalen Erwartungswerte 2018 in Freiburg sowie in Heidelberg überschritten (relative Abweichungen mit 95-Prozent-Konfidenzintervallen: 1,88; 1,79 bis 1,97 sowie 1,74; 1,62 bis 1,86).

Kontaktraten zu Psychotherapeuten waren 2018 in Freiburg sowie Heidelberg um 88 sowie 74 % höher als nach bundesweiten Ergebnissen zu erwarten.

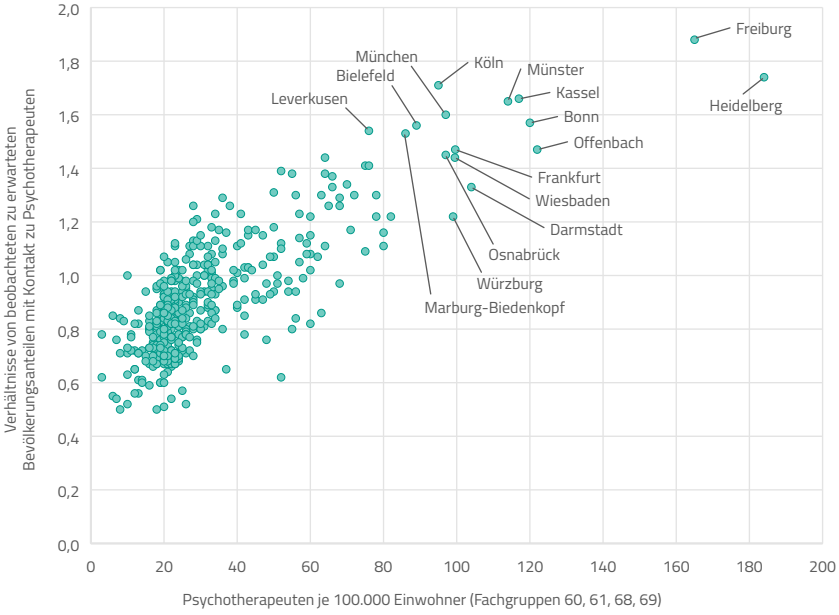
Zwischen der Versorgungssituation und den hier dargestellten relativen Abweichungen der regional beobachteten Kontaktraten in Kreisen und kreisfreien Städten lässt sich entsprechend auch ein deutlicher statistischer Zusammenhang nachweisen – beide Ergebnisse sind hoch korreliert (Korrelationskoeffizient nach Pearson $r = .80$; $p < .0001$). Diesen Sachverhalt verdeutlicht auch Abbildung 3.25, in der relative Abweichungen der Kontaktraten in Abhängigkeit von der regionalen Versorgungssituation als Streudiagramm dargestellt sind. Offensichtlich wird bei dieser Darstellung die besondere Situation in den beiden Städten Freiburg und Heidelberg sowohl hinsichtlich der Therapeutendichte mit 165 beziehungsweise 184 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner als auch hinsichtlich der bereits genannten relativen Abweichungen von Kontaktraten. Zugleich wird deutlich, dass sehr hohe bevölkerungsbezogene Kontaktraten weitgehend ausschließlich in städtischen Kreisen zu beobachten sind (wobei zum Landkreis Marburg-Biedenkopf auch die Stadt Marburg zählt).

Abbildung 3.24: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten (Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69) – Abweichungen der regional beobachteten von erwarteten Kontaktraten in Kreisen 2018



Quelle: BARMER-Daten 2018; Kontakte zu Therapeuten mit Fachgruppenkennungen 60, 61, 68 oder 69; relative Abweichungen beobachteter von nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen gemäß bundesweiter Ergebnisse erwarteten Kontaktraten

Abbildung 3.25: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten – Abweichungen der regional beobachteten von erwarteten Kontaktraten in Kreisen 2018 – Zusammenhänge mit der regionalen Therapeutendichte

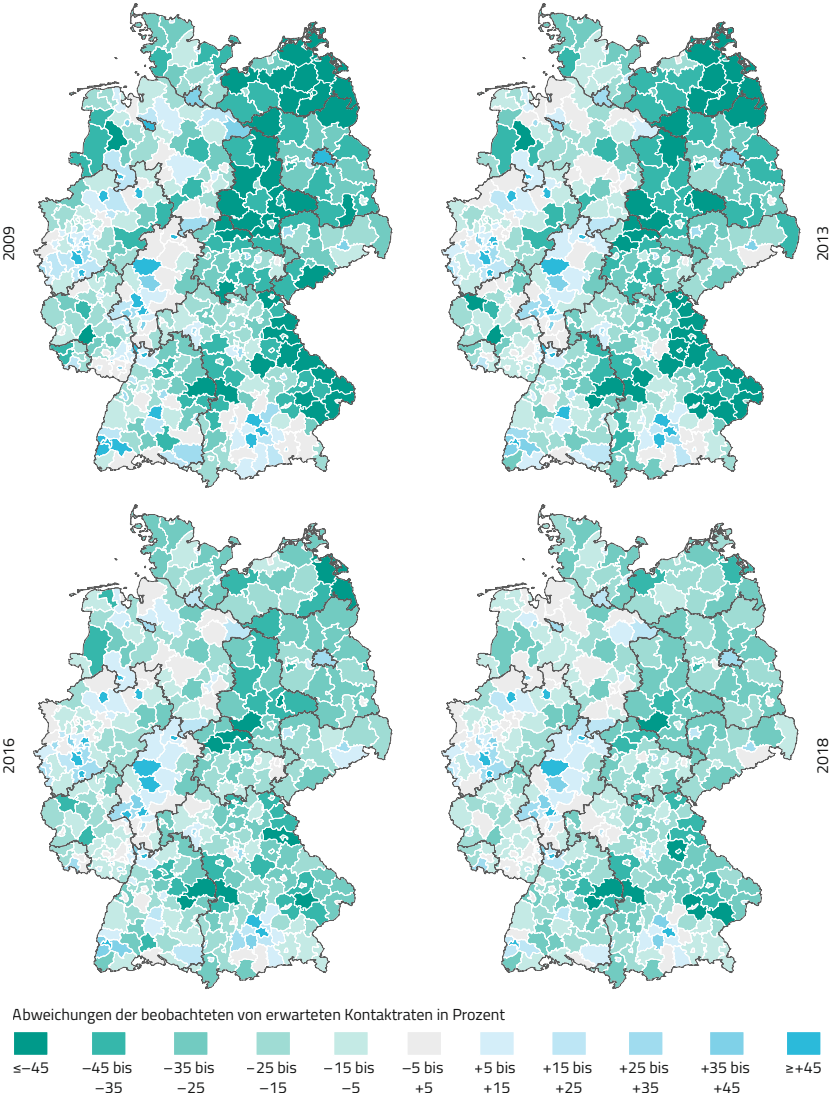


Quelle: BARMER-Daten 2018; Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner sowie Kontakte zu Therapeuten mit Fachgruppenkennungen 60, 61, 68 oder 69; relative Abweichungen beobachteter von nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen gemäß bundesweiter Ergebnisse erwarteten Kontaktraten

Regionale Unterschiede bei Kontakten zu Psychotherapeuten haben von 2009 bis 2018 deutlich abgenommen.

Abbildung 3.26 zeigt relative Abweichungen der beobachteten von erwarteten bevölkerungsbezogenen Kontaktraten zu Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 und 69 in Kreisen und kreisfreien Städten in den vier ausgewählten Jahren 2009, 2013, 2016 und 2018. Bestimmte regionale Besonderheiten erscheinen nach diesen Ergebnissen zeitlich weitgehend konstant. Nach den Ergebnissen haben im Laufe der hier insgesamt betrachteten zehn Jahre die regionalen Unterschiede allerdings abgenommen. So sank die Varianz der relativen Abweichungen auf Kreisebene von 0,094 im Jahr 2009 nach Überprüfung aller Jahresergebnisse bis 2018 stetig auf einen Wert von 0,050. Die Abnahme der Unterschiede wird auch bei den auf vier ausgewählte Jahre beschränkten nachfolgenden Kartendarstellungen deutlich.

Abbildung 3.26: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten (Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69) – Abweichungen der regional beobachteten von erwarteten Kontaktraten in Kreisen 2009, 2013, 2016 und 2018



Quelle: BARMER-Daten 2009, 2013, 2016 und 2018; Kontakte zu Therapeuten mit Fachgruppenkennungen 60, 61, 68 oder 69; relative Abweichungen beobachteter von nach Geschlecht und Ein-Jahres-Altersgruppen gemäß bundesweiter Ergebnisse erwarteten Kontaktraten

3.4.3 Inanspruchnahmen psychotherapeutischer Leistungen 2009 bis 2018

Leitfrage: Hat sich im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie die Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen verändert?

Im Gegensatz zum vorausgehenden Kapitel, in dem Kontakte zu bestimmten Therapeutengruppen auch unabhängig von der im Rahmen des individuellen Kontakts erbrachten Leistungen betrachtet wurden, befassen sich die nachfolgenden Abschnitte ausdrücklich mit der Inanspruchnahme von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen, wobei entsprechende spezifische Leistungen in erster Linie unabhängig von der Fachgruppenzuordnung der Leistungserbringer betrachtet werden. Zum einen soll die Entwicklung der Inanspruchnahme von ambulanten psychotherapeutischen Leistungen in den vergangenen Jahren insgesamt dargestellt werden. Zum anderen soll – ausgehend von den bereits in Vorjahren beobachtbaren Trends – der Frage nachgegangen werden, inwiefern die Reform der Psychotherapie-Richtlinie Einfluss in den Jahren ab 2017 auf die Entwicklung hatte. Als spezifische psychotherapeutische Leistungen wurden dabei alle Leistungen berücksichtigt, die eine Genehmigung zur Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie voraussetzen. Im Einzelnen sind dies aus dem Abschnitt 35.1 die EBM-Ziffern 35130 bis 35152 sowie alle antragspflichtigen Leistungen aus dem Abschnitt 35.2 (vgl. auch Tabelle 3.1), wobei allerdings die in dem Abschnitt 35.2 aufgeführten Zuschläge unberücksichtigt blieben. Diese stellen zum einen keine eigenständigen Leistungen dar, zum anderen wurden sie erst ab dem Jahr 2015 in erheblichem Umfang abgerechnet.

Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen

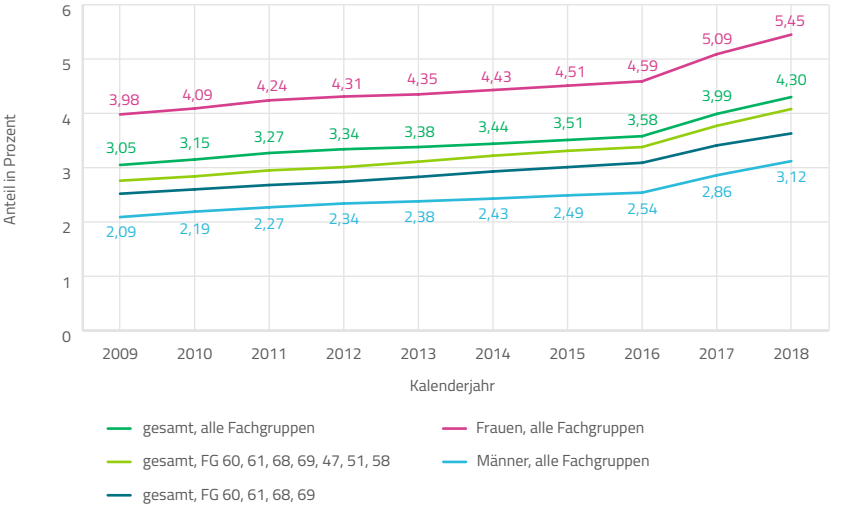
Abbildung 3.27 zeigt Ergebnisse zu den Bevölkerungsanteilen mit einer Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen in den Jahren 2009 bis 2018, bereinigt um demografische Effekte bei Männern und Frauen. Zu den gleichfalls dargestellten geschlechtsübergreifenden Ergebnissen werden ergänzend auch Kennwerte dargestellt, die sich bei einer Beschränkung der Auswertungen auf Abrechnungen von Therapeuten aus bestimmten Fachgruppen errechnen lassen.

Die Ergebnisse zeigen, dass in den Jahren von 2009 bis 2018 altersübergreifend bei einem stetig zunehmenden Anteil der Bevölkerung spezifische psychotherapeutische Leistungen abgerechnet wurden. Die Aussage gilt sowohl für Männer als auch für Frauen, wobei sich die Betroffenenraten bei Männern auf einem deutlich niedrigeren Niveau als die bei Frauen bewegen. Dabei ist es im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie

2018 wurden psychotherapeutische Leistungen bei 3,6 Mio. Menschen abgerechnet, bei 0,6 Mio. Menschen mehr als in 2016.

und der Schaffung neuer Leistungen wie der Psychotherapeutischen Sprechstunde in den Jahren 2017 und 2018 zu einer deutlich über dem zuvor betrachteten Trend hinausgehenden Zunahme der Betroffenenrate gekommen. Im Jahr 2018 wurde bei 4,30 Prozent der Bevölkerung mindestens einmalig eine spezifische psychotherapeutische Leistung abgerechnet, was – hochgerechnet auf die Bevölkerung in Deutschland – 3,566 Millionen Betroffenen entspricht. Damit wurden 2018 bei rund 599.000 Menschen mehr als im Jahr 2016 spezifische psychotherapeutische Leistungen abgerechnet, was einer Zunahme um 20 Prozent entspricht.

Abbildung 3.27: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen in den Jahren 2009 bis 2018



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; Anteil der Versicherten mit Inanspruchnahme mindestens einer spezifischen psychotherapeutischen Leistung im jeweiligen Kalenderjahr; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

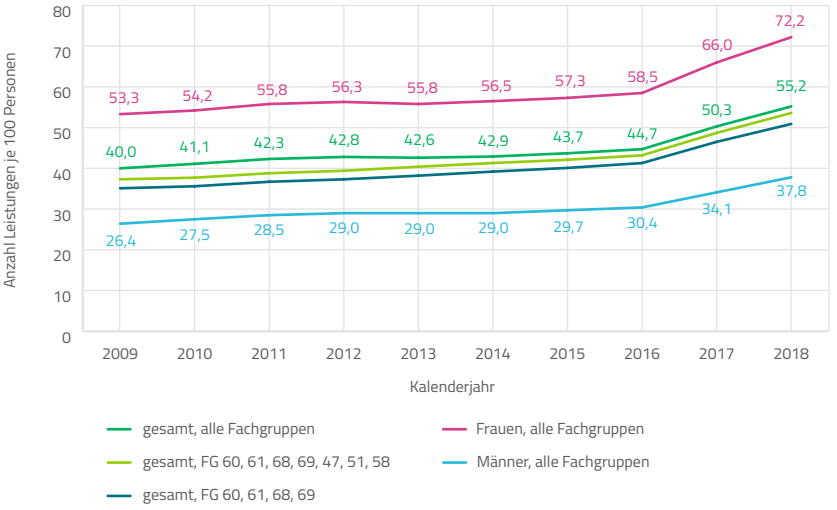
Rund 84 Prozent der Betroffenen erhielten dabei eine Leistung von einem Therapeuten aus einer der zuvor fokussierten und nahezu ausnahmslos psychotherapeutisch tätigen Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69. Etwa zwei Drittel der nicht von den zuvor genannten Therapeutengruppen behandelten Personen erhielten Leistungen von Fachärzten aus den Fachgruppen 58 „Psychiatrie und Psychotherapie", 47 „Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie" oder 51 „Nervenheilkunde", womit insgesamt 95 Prozent aller Betroffenen spezifische psychotherapeutische Leistungen von mindestens einem Therapeuten der aufgezählten insgesamt sieben Fachgruppen erhielten.

Pro Betroffenen wurden in den einzelnen Jahren von 2009 bis 2018 bei Männern und Frauen durchschnittlich 11,9 bis 14,0 spezifische psychotherapeutische Leistungen abgerechnet. Abbildung 3.28 zeigt bevölkerungsbezogene Ergebnisse zur durchschnittlich je 100 Personen abgerechneten Anzahl spezifischer psychotherapeutischer Leistungen innerhalb der Jahre von 2009 bis 2018, die entsprechend um etwa den Faktor 13 höher liegen als die vorausgehend dargestellten prozentualen Betroffenenraten. So wurden 2018 geschlechtsübergreifend pro 100 Personen der Bevölkerung etwa 55 spezifische psychotherapeutische Leistungen abgerechnet. Das hier mit der Anzahl der Abrechnung von Einzelleistungen gemessene Leistungsvolumen konzentriert sich noch deutlicher als die Betroffenenraten auf einschlägige Fachgruppen. 92 Prozent der spezifischen Leistungen wurden von Therapeuten der vier Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 abgerechnet, auf die zuvor genannten insgesamt sieben Fachgruppen entfielen 97 Prozent der Abrechnungen.

Die bevölkerungsbezogene Anzahl von Abrechnungen spezifischer psychotherapeutischer Leistungen ist von 2016 bis 2018 um 23,6 % gestiegen.

Die Anzahl der bevölkerungsbezogen abgerechneten spezifischen psychotherapeutischen Leistungen ist im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 und 2018 mit Neueinführung der beiden Leistungen Psychotherapeutische Sprechstunde sowie Psychotherapeutische Akutbehandlung deutlich gestiegen. 2018 wurden 23,6 Prozent mehr an entsprechenden Leistungen als 2016 abgerechnet.

Abbildung 3.28: Anzahl der abgerechneten spezifischen psychotherapeutischen Leistungen pro 100 Einwohner in den Jahren 2009 bis 2018



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; durchschnittliche Anzahl abgerechneter spezifischer psychotherapeutischer Leistungen (ohne Zuschläge) pro 100 Versicherte; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Inanspruchnahme von Richtlinientherapien

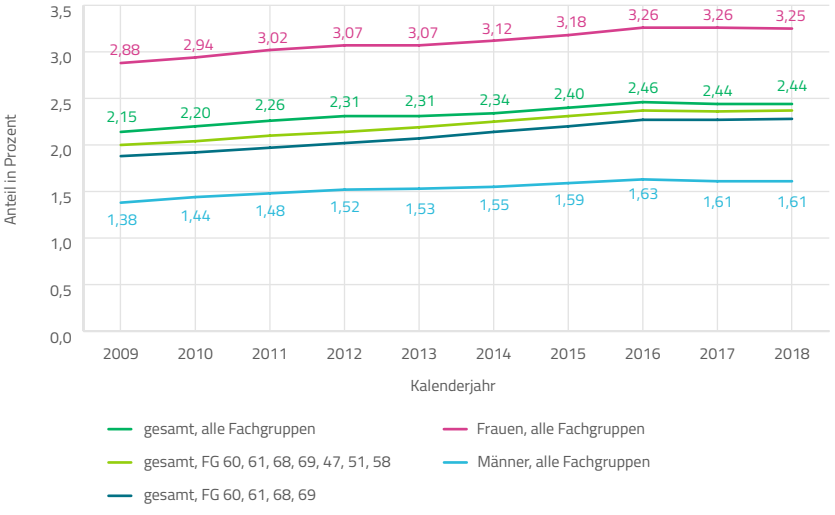
Die bedeutsamste Subgruppe der spezifischen psychotherapeutischen Leistungen bilden die Richtlinientherapien, womit in der Psychotherapie-Richtlinie Psychotherapien im engeren Wortsinn bezeichnet werden. Abbildung 3.29 zeigt Ergebnisse zu Anteilen der Bevölkerung, bei denen in den Jahren 2009 bis 2018 mindestens eine Richtlinientherapie abgerechnet wurde.

Von 2009 bis 2016 stiegen die von Richtlinientherapien betroffenen Bevölkerungsanteile weitgehend stetig, wobei geschlechtsübergreifend bei knapp 70 Prozent der Betroffenen mit einer Abrechnung beliebiger spezifischer psychotherapeutischer Leistungen im selben Kalenderjahr jeweils auch mindestens einmalig eine Leistung im Sinne einer Richtlinientherapie abgerechnet wurde. Während diese Anteile bei Frauen in den einzelnen Jahren zwischen 70 und 72 variierten, lagen sie bei Männern mit 64 bis 66 Prozent durchgängig auf einem etwas niedrigeren Niveau (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt).

Anteil der Bevölkerung mit Richtlinientherapie von 2016 nach 2018 weitgehend konstant

Von 2016 bis 2018 ist der Bevölkerungsanteil mit Hinweis auf Durchführung einer Richtlinientherapie demgegenüber weitgehend konstant geblieben beziehungsweise geringfügig um 0,8 Prozent gesunken. Nach Hochrechnung der vorliegenden Ergebnisse erhielten 2018 schätzungsweise 2,022 Millionen Menschen in Deutschland (mindestens) eine Richtlinientherapie, in 2016 dürften es knapp 16.000 Menschen mehr gewesen sein.

Abbildung 3.29: Anteil der Bevölkerung mit Richtlinientherapien in den Jahren 2009 bis 2018



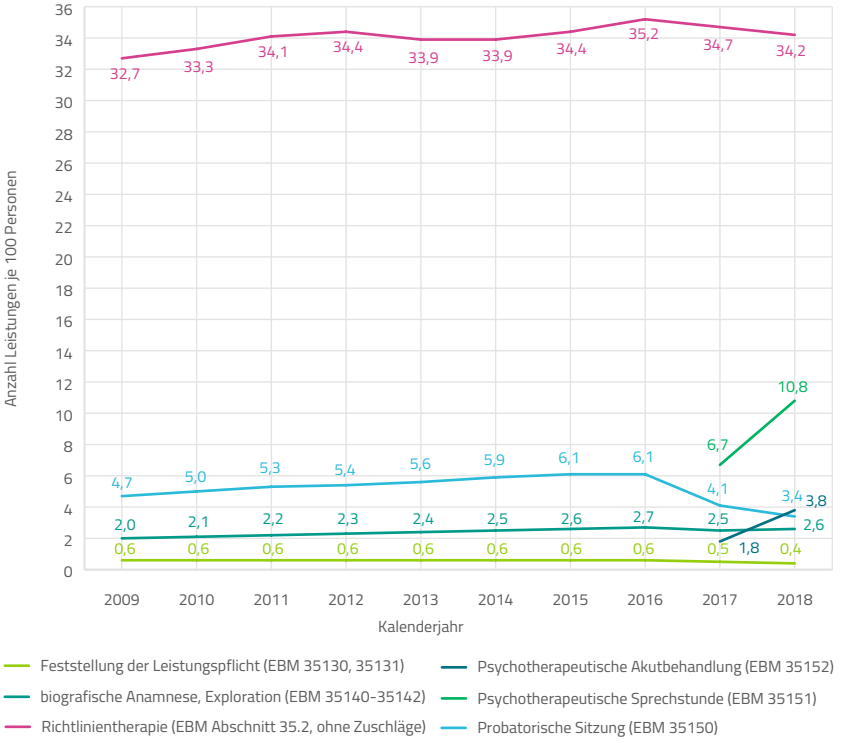
Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; Personen mit Abrechnung mindestens einer Richtlinientherapie; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

2018 wurden knapp 9 Mio. Psychotherapeutische Sprechstunden abgerechnet.

Die durchschnittlich bevölkerungsbezogen abgerechnete Anzahl an Richtlinientherapien ist von einem Höchststand im Jahr 2016 mit 35,2 Therapieeinheiten je 100 Einwohner auf 34,2 abgerechnete Therapieeinheiten bis 2018 um 3,0 Prozent und damit deutlicher als die Betroffenenrate gesunken (vgl. Abbildung 3.30). Zugleich sank die Anzahl der abgerechneten probatorischen Sitzungen von 6,1 auf 3,4 Einheiten je 100 Personen. Im Gegenzug lässt sich ab 2017 die Abrechnung von Psychotherapeutischen Akutbehandlungen sowie insbesondere von Psychotherapeutischen Sprechstunden beobachten. Von

diesen wurden 2018 bereits 10,8 Einheiten je 100 Einwohner abgerechnet, was hochgerechnet auf die Bevölkerung einer Anzahl von 8,939 Millionen Einheiten entspricht.

Abbildung 3.30: Anzahl der abgerechneten spezifischen psychotherapeutischen Leistungen pro 100 Einwohner in den Jahren 2009 bis 2018 in einzelnen Leistungskategorien



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; durchschnittliche Anzahl abgerechneter spezifischer psychotherapeutischer Leistungen (ohne Zuschläge bei Richtlinientherapien) pro 100 Versicherte; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass es nach den zuvor dargestellten altersübergreifenden Auswertungen im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie in den

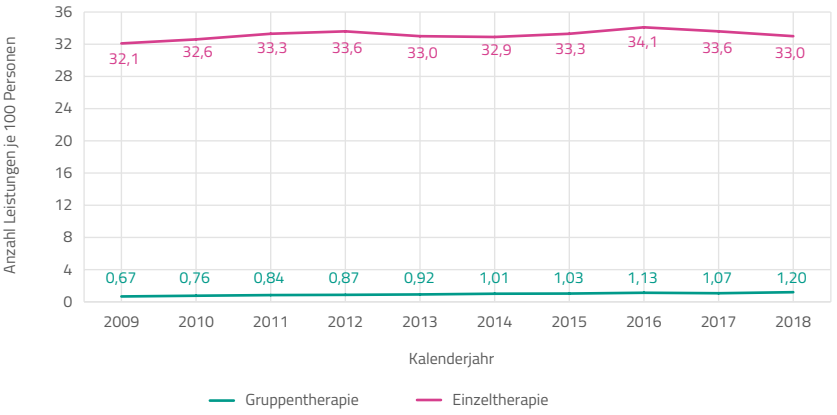
Jahren 2017 und 2018 zu einer deutlichen Ausweitung des Bevölkerungsanteils gekommen ist, bei dem spezifische psychotherapeutische Leistungen abgerechnet wurden. Dabei ist die Zahl derjenigen Personen, die eine Richtlinientherapie und damit eine längerfristige psychotherapeutische Behandlung erhielt, weitgehend unverändert geblieben und die Anzahl der abgerechneten Psychotherapieeinheiten im Sinne von Richtlinientherapien sogar leicht gesunken. Die erst im Zuge der Reform eingeführten Leistungen und dabei insbesondere die Psychotherapeutische Sprechstunde wurden 2018 bereits in erheblichem Umfang abgerechnet.

Formen der Richtlinientherapie

Richtlinientherapien, also Psychotherapien in einem engeren Sinne, können in unterschiedlichen Formen durchgeführt werden (vgl. auch Abbildung 3.1). Hinsichtlich der Anwendungsform wird zwischen Einzel- und Gruppentherapien unterschieden. In allen Jahren von 2009 bis 2018 wurde der weit überwiegende Teil der Psychotherapie-Einheiten als Einzeltherapie durchgeführt. Der Anteil der Gruppentherapie-Einheiten an allen abgerechneten Richtlinientherapie-Einheiten stieg dabei im genannten Zeitraum allerdings stetig von lediglich 2,1 Prozent im Jahr 2009 auf 3,5 Prozent im Jahr 2018. Je 100 Einwohner wurden in Deutschland 2018 damit 1,20 Gruppentherapie-Einheiten abgerechnet, denen 33,0 Einzeltherapie-Einheiten je 100 Einwohner gegenüberstehen (vgl. Abbildung 3.31).

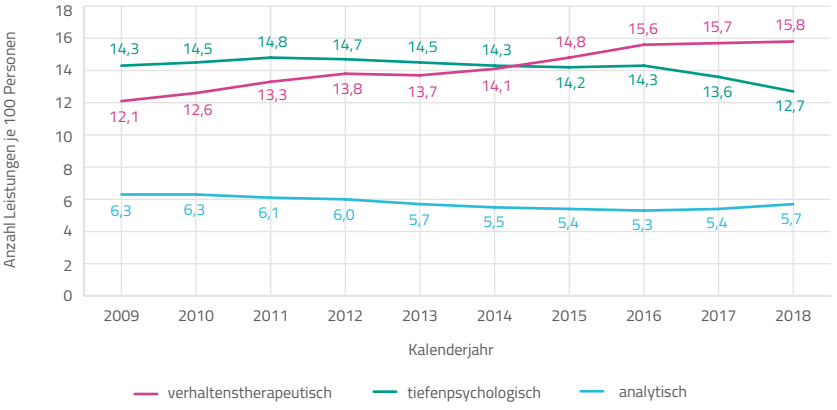
Hinsichtlich der Behandlungsform lassen sich tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapien sowie Verhaltenstherapien unterscheiden. Während Verhaltenstherapien im Beobachtungszeitraum zu der am häufigsten abgerechneten Behandlungsform wurden und als Richtlinientherapie auch im zeitlichen Zusammenhang mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie noch zunehmend häufiger abgerechnet wurden, wurden tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien nach 2011, und insbesondere seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, mit abnehmender Häufigkeit abgerechnet. Analytische Psychotherapien wurden in allen Jahren erheblich seltener als die beiden zuvor genannten Behandlungsformen abgerechnet. Während die Abrechnungen von 2009 bis 2016 stetig zurückgingen, zeigte sich in den Jahren 2017 und insbesondere 2018 ein leichter Anstieg der abgerechneten Therapie-Einheiten.

Abbildung 3.31: Anzahl der abgerechneten Richtlinientherapie-Einheiten pro 100 Einwohner 2009 bis 2018 nach Anwendungsform (Einzel- versus Gruppentherapie)



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Abbildung 3.32: Anzahl der abgerechneten Richtlinientherapie-Einheiten pro 100 Einwohner 2009 bis 2018 nach Behandlungsform (analytisch, tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch)



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Regionale Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen

Tabelle 3.13 zeigt ausgewählte Ergebnisse zu Inanspruchnahmen von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen in einzelnen Bundesländern. Dargestellt sind die Anteile der Bevölkerung mit entsprechenden Abrechnungen in den Jahren 2009, 2013, 2016 und 2018 sowie die relative Zunahme dieser Rate von 2016 auf 2018. Zudem werden Hochrechnungsergebnisse zu Betroffenenzahlen in den einzelnen Bundesländern im Jahr 2018 sowie zur Zunahme der absoluten Betroffenenzahlen von 2016 bis 2018 berichtet. Mit einem Anteil von 5,75 Prozent ließ sich im Jahr 2018 der höchste Bevölkerungsanteil mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen für Berlin nachweisen, am niedrigsten lag der Anteil mit 2,92 in Sachsen-Anhalt. In allen Bundesländern ist es seit 2009 zu einem Anstieg der Inanspruchnahmerate gekommen. Von 2016 auf 2018, also in zeitlichem Zusammenhang mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie, stieg der Bevölkerungsanteil mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen in den einzelnen Bundesländern relativ zur Rate im Jahr 2016 um 13,8 bis 25,6 Prozent. Relative Anstiege von 25 Prozent und mehr ließen sich für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland-Pfalz sowie Sachsen-Anhalt und damit überwiegend für die neuen Bundesländer mit eher niedrigen Ausgangswerten ermitteln.

Die hier ohne eine Beschränkung auf bestimmte Therapeutengruppen ermittelten Inanspruchnahmeraten spezifischer psychotherapeutischer Leistungen sind hoch mit zuvor dargestellten Ergebnissen zu Bevölkerungsanteilen mit Kontakt zu den Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 und 69 korreliert (Korrelationskoeffizient nach Pearson $r = .97$) und liegen in der Regel oberhalb der in Tabelle 3.11, unabhängig von der Abrechnung bestimmter Leistungsziffern, berichteten Kontaktraten zu Therapeuten aus den vier Fachgruppen. Eine Ausnahme bilden Ergebnisse zu Thüringen. In diesem Bundesland dürften demnach spezifische psychotherapeutische Leistungen besonders häufig von Therapeuten mit einer Zuordnung zu einer der vier Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 abgerechnet werden.

Tabelle 3.13: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen nach Bundesländern 2009, 2013, 2016 und 2018

	Anteil der Bevölkerung mit Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen in Prozent				relative Veränderung in Prozent	Bevölkerung absolut	mit Abrechnung absolut	Veränderung absolut
	2009	2013	2016	2018	2018 versus 2016	2018	2018	2018 versus 2016
Baden-Württemberg	3,20	3,60	3,64	4,24	16,6	11.046.532	468.919	66.654
Bayern	3,11	3,40	3,63	4,39	21,1	13.037.021	572.481	99.691
Berlin	4,49	4,71	4,87	5,75	18,0	3.629.213	208.618	31.889
Brandenburg	1,81	2,12	2,50	3,14	25,6	2.508.031	78.696	16.040
Bremen	4,64	4,56	4,52	5,22	15,3	682.063	35.576	4.726
Hamburg	4,23	4,31	4,27	4,85	13,8	1.835.933	89.096	10.773
Hessen	3,57	3,78	4,04	4,82	19,5	6.254.584	301.740	49.209
Mecklenburg-Vorpommern	1,58	1,77	2,43	3,04	25,0	1.610.444	48.983	9.793
Niedersachsen	2,72	2,96	3,17	3,82	20,3	7.972.665	304.480	51.422
Nordrhein-Westfalen	3,36	3,81	3,99	4,84	21,2	17.922.444	867.394	151.861
Rheinland-Pfalz	2,85	3,05	3,30	4,13	25,1	4.079.312	168.513	33.782
Saarland	2,57	3,23	3,72	4,38	17,7	992.400	43.428	6.524
Sachsen	2,24	2,75	3,00	3,63	21,3	4.079.681	148.279	26.005
Sachsen-Anhalt	1,56	1,90	2,33	2,92	25,4	2.215.751	64.625	13.087
Schleswig-Holstein	2,59	2,91	2,97	3,47	17,0	2.893.312	100.510	14.587
Thüringen	1,87	2,08	2,45	3,03	23,8	2.147.229	65.071	12.500
bundesweit	3,05	3,38	3,58	4,30	20,2	82.906.615	3.566.408	598.543

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; standardisiert beziehungsweise hochgerechnet nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Alter und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Während es bundesweit im Hinblick auf Richtlinientherapien von 2016 nach 2018 zu einem geringfügigen Rückgang der Betroffenenzahlen gekommen ist, zeigen sich in den einzelnen Bundesländern unterschiedliche Entwicklungen. Insbesondere in Bremen, Mecklenburg-Vorpommern sowie Sachsen-Anhalt erhielten 2018 mehr Menschen als

2016 (mindestens) eine Richtlinientherapie, demgegenüber lagen die in beiden Zeiträumen einheitlich geschlechts- und altersstandardisierten Anteile in Baden-Württemberg und im Saarland 2018 niedriger als 2016 (vgl. Tabelle 3.14).

Tabelle 3.14: Anteil der Bevölkerung mit Richtlinientherapie nach Bundesländern 2009, 2013, 2016 und 2018

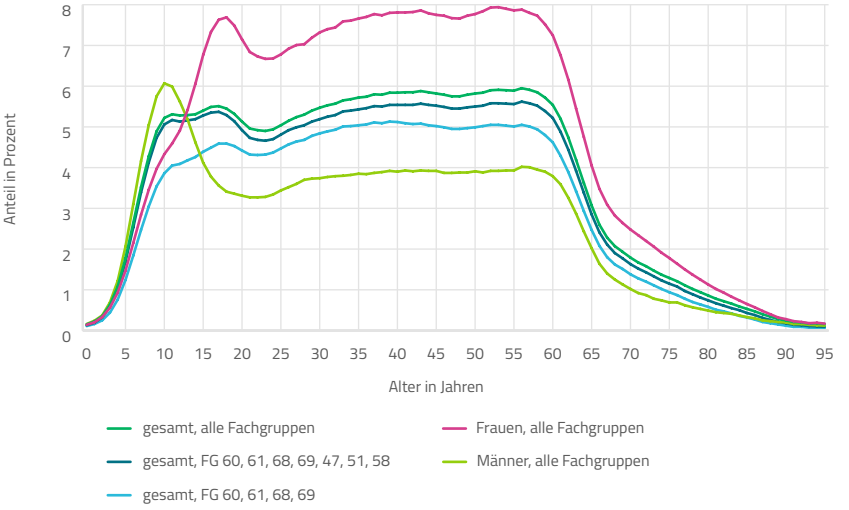
	Anteil der Bevölkerung mit Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen in Prozent				relative Veränderung in Prozent	Bevölkerung absolut	mit Abrechnung absolut	Veränderung absolut
	2009	2013	2016	2018	2018 versus 2016	2018	2018	2018 versus 2016
Baden-Württemberg	2,31	2,53	2,53	2,37	–6,2	11.046.532	262.155	–17.238
Bayern	2,15	2,28	2,41	2,39	–0,9	13.037.021	311.031	–2.806
Berlin	3,32	3,43	3,47	3,43	–1,2	3.629.213	124.605	–1.465
Brandenburg	1,26	1,50	1,76	1,81	2,9	2.508.031	45.396	1.277
Bremen	3,37	3,27	3,19	3,34	4,9	682.063	22.803	1.066
Hamburg	2,89	2,94	2,92	2,91	–0,5	1.835.933	53.430	–258
Hessen	2,66	2,74	2,95	3,02	2,2	6.254.584	188.853	4.140
Mecklenburg-Vorpommern	0,86	1,05	1,53	1,67	8,6	1.610.444	26.852	2.136
Niedersachsen	1,84	1,96	2,15	2,14	–0,3	7.972.665	170.953	–467
Nordrhein-Westfalen	2,35	2,58	2,71	2,71	–0,1	17.922.444	485.240	–328
Rheinland-Pfalz	1,96	2,10	2,32	2,29	–1,2	4.079.312	93.606	–1.175
Saarland	1,77	2,22	2,57	2,40	–6,6	992.400	23.863	–1.674
Sachsen	1,52	1,89	2,09	2,08	–0,4	4.079.681	84.871	–330
Sachsen-Anhalt	1,07	1,24	1,51	1,58	4,8	2.215.751	34.974	1.605
Schleswig-Holstein	1,70	1,87	1,94	1,93	–0,3	2.893.312	55.913	–171
Thüringen	1,28	1,39	1,74	1,74	0,1	2.147.229	37.305	50
bundesweit	2,14	2,31	2,46	2,44	–0,8	82.906.615	2.021.850	–15.641

Quelle: Daten der BARMER 2009 bis 2018; standardisiert beziehungsweise hochgerechnet nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Alter und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Inanspruchnahmen psychotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht und Alter

Zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wurden vorausgehend ausschließlich altersübergreifend ermittelte Ergebnisse präsentiert. Allerdings werden Leistungen der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung nicht von Personen aus allen Altersgruppen in gleichem Umfang in Anspruch genommen. Abbildung 3.33 zeigt Ergebnisse zu den bevölkerungsbezogenen Anteilen von Männern und Frauen mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen im Jahr 2018 in einzelnen Altersgruppen, wobei hier sowie in den nachfolgenden Abbildungen zur Reduktion zufallsbedingter Schwankungen gemittelte Ergebnisse über jeweils fünf Ein-Jahres-Altersgruppen dargestellt sind.

Abbildung 3.33: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht und Alter 2018



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; Angabe von gleitenden Mittelwerten jeweils über fünf Altersjahre; standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Offensichtlich zeigen die Inanspruchnahmen von psychotherapeutischen Leistungen bei Männern und Frauen eine recht unterschiedliche Altersabhängigkeit. Unter männlichen Versicherten findet sich die mit Abstand höchste Inanspruchnahmerate um das elfte Lebensjahr herum. So wurden 2018 bei 6,1 Prozent der Jungen im Alter von acht bis zwölf Inanspruchnahmen spezifischer psychotherapeutischer Leistungen abgerechnet. Im mittleren und höheren Erwerbsalter lagen die Raten demgegenüber lediglich bei rund vier Prozent, um nach Vollendung des 60. Lebensjahres mit zunehmendem Alter auf noch deutlich geringere Raten abzusinken.

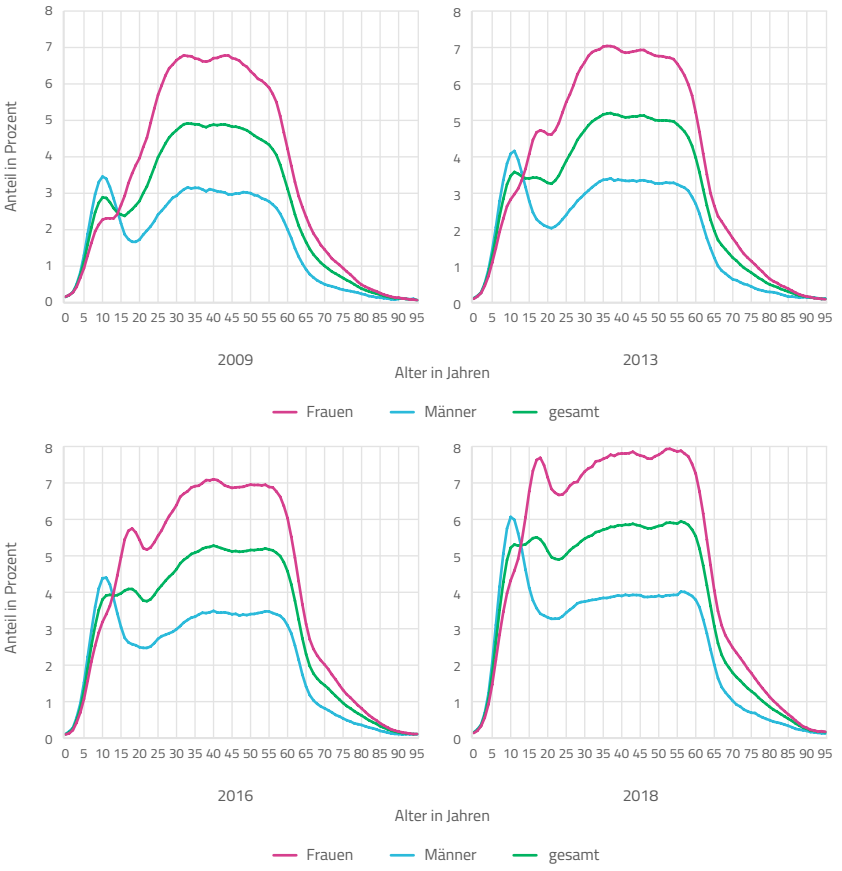
Ein erster Gipfel der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen zeigt sich demgegenüber in aktuellen Daten zu weiblichen Versicherten im Alter um 18 Jahre. So wurde 2018 bei 7,7 Prozent der 16- bis 20-jährigen Frauen (mindestens) eine spezifische psychotherapeutische Leistung abgerechnet. Noch etwas höhere Raten fanden sich bei Frauen ab einem Alter um 37 Jahre und bis zum Alter um 57 Jahre. Nach dem 60. Lebensjahr ließen sich 2018 auch bei Frauen mit weiter zunehmendem Alter deutlich rückläufige Inanspruchnahmeraten ermitteln.

auffälliger Anstieg der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen bei jungen Frauen

Abbildung 3.34 zeigt die Altersabhängigkeit von Inanspruchnahmeraten in den Jahren 2009, 2013, 2016 und 2018. Ganz offensichtlich war der zuvor beschriebene Altersgipfel bei Jungen bereits im Jahr 2009 sichtbar, jedoch noch weniger deutlich als 2018 ausgeprägt. Ein erster Altersgipfel bei jungen Frauen im Alter um 18 Jahre ließ sich im Jahr 2009 noch nicht identifizieren und deutet sich erst ab dem Jahr 2013 an, um sich nachfolgend noch sehr viel deutlicher herauszubilden.

Während sich 2009 noch ab einem Alter von etwa 50 Jahren bei beiden Geschlechtern rückläufige Inanspruchnahmeraten zeigten, war dies 2018 erst ab einem Alter von etwa 57 Jahren der Fall.

Abbildung 3.34: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht und Alter 2009, 2013, 2016 und 2018



Quelle: BARMER-Daten 2009, 2013, 2016 und 2018; Angabe von gleitenden Mittelwerten jeweils über fünf Altersjahre; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Zwischen die beiden Jahre 2016 und 2018 fiel die Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Dabei waren die Elemente der Reform erst 2018 vollumfänglich beziehungsweise ganzjährig wirksam. Als reformbedingte Veränderungen der Inanspruchnahmen sind insofern am ehesten Veränderungen von 2016 nach 2018 zu interpretieren, welche bei einem

Vergleich der unteren beiden Darstellungen in Abbildung 3.34 sichtbar werden. Offensichtlich ist bei dieser Gegenüberstellung, dass 2018 bei beiden Geschlechtern und in allen Altersgruppen tendenziell höhere Inanspruchnahmeraten als 2016 ermittelt wurden.

Welche „zusätzlichen" Bevölkerungsanteile im Jahr 2016 im Vergleich zum Jahr 2009 sowie 2018 im Vergleich zu 2016 spezifische psychotherapeutische Leistungen in Anspruch nahmen, zeigt Abbildung 3.35.

Abbildung 3.35: Zusätzliche Bevölkerungsanteile mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen 2016, ausgehend von Bevölkerungsanteilen im Jahr 2009 sowie 2018 im Vergleich zu 2016 nach Geschlecht und Alter

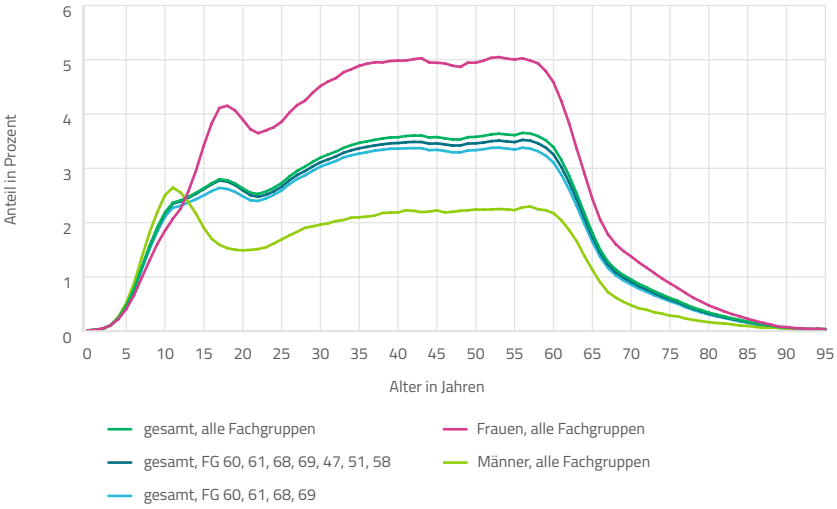
Quelle: BARMER-Daten 2009, 2016 und 2018; Angabe von gleitenden Mittelwerten jeweils über fünf Altersjahre; Ausgangswerte einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung nach Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Die Darstellung im unteren Teil der Abbildung verdeutlicht, dass sich im zeitlichen Zusammenhang mit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie Inanspruchnahmen spezifischer psychotherapeutischer Leistungen insbesondere in den bereits zuvor hervorgehobenen jüngeren Altersgruppen ausgeweitet haben, nämlich bei Jungen im Alter um 10 Jahre sowie bei jungen Frauen im Alter um 18 Jahre. Auch von 2009 bis 2016 zeigen sich bei jungen Frauen die deutlichsten Zuwächse im Alter um 18 Jahre. Überdurchschnittliche Zuwächse finden sich des Weiteren in beiden betrachteten Zeiträumen und bei beiden Geschlechtern im Alter um etwa 60 Jahre, was in den Ergebnissen zum Jahr 2018 zu einem weitgehend konstanten beziehungsweise tendenziell leicht zunehmenden Level der altersspezifischen Inanspruchnahmeraten vom 35. bis zum 57. Lebensjahr beigetragen hat.

Inanspruchnahmen von Richtlinientherapien nach Geschlecht und Alter

Abbildung 3.36 zeigt Ergebnisse zu den altersspezifischen Anteilen von Männern und Frauen mit Inanspruchnahme einer Richtlinientherapie im Jahr 2018 und damit Ergebnisse zu denjenigen Bevölkerungsanteilen, die eine Psychotherapie im engeren Sinne erhielten. Erwartungsgemäß zeigen sich hier merklich geringere Raten als bei den vorausgehend dargestellten Auswertungen mit Berücksichtigung aller spezifischen psychotherapeutischen Leistungen. Dies gilt offensichtlich besonders für jüngere Altersgruppen. Unabhängig vom unterschiedlichen Niveau der Betroffenenraten wird bei der Darstellung von geschlechtsübergreifenden Ergebnissen in Abbildung 3.36 deutlich, dass Richtlinientherapien in allen relevanten Altersgruppen weit überwiegend von den vier Fachgruppen 60, 61, 68 und 69 erbracht werden (beziehungsweise eine Beschränkung der Auswertung auf Leistungen dieser Fachgruppen in der Darstellung zu nur geringfügig geringeren Betroffenenraten führt). Während spezifische psychotherapeutische Leistungen insgesamt durchaus auch von anderen Fachgruppen abgerechnet werden (vgl. Abbildung 3.33), werden Richtlinientherapien nur selten von Therapeuten ohne eine Zuordnung zu einer der vier maßgeblichen Fachgruppen durchgeführt.

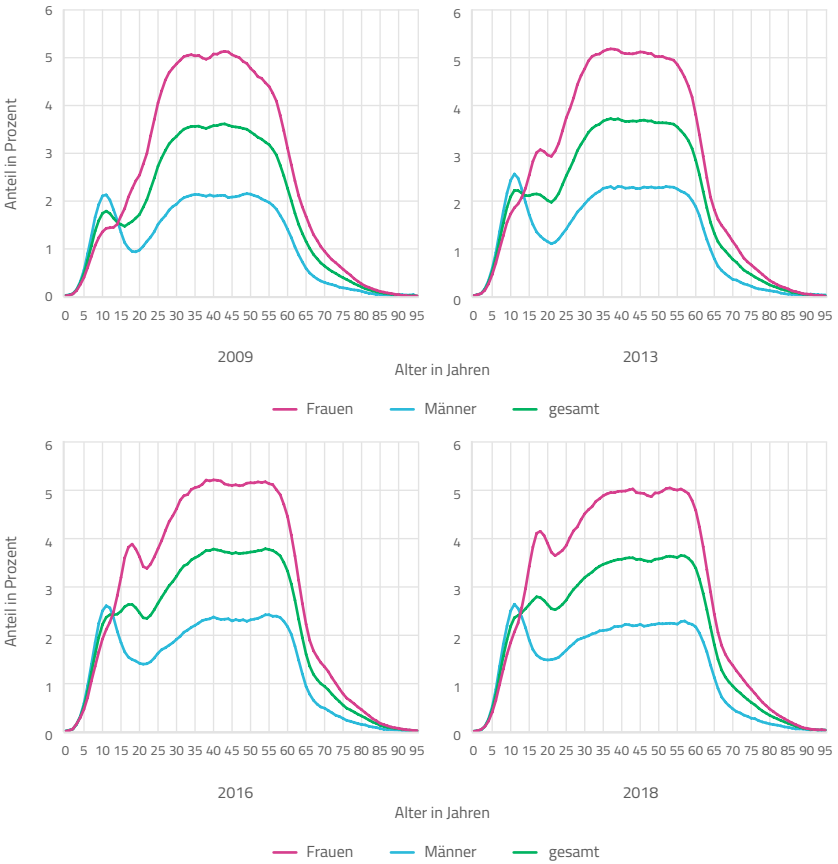
Abbildung 3.36: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme von Richtlinientherapien nach Geschlecht und Alter 2018



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2018; Angabe von gleitenden Mittelwerten jeweils über fünf Altersjahre; standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Abbildung 3.37 zeigt altersabhängige Inanspruchnahmeraten von Richtlinientherapien in den Jahren 2009, 2013, 2016 und 2018. Die Grundzüge der Veränderungen im Verlauf der Jahre ähneln denen, die bereits zur Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen beschrieben wurden. Ganz offensichtlich war der Altersgipfel bei Jungen im Jahr 2009 noch weniger deutlich als 2018 ausgeprägt. Auch im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Richtlinientherapien deutet sich ein erster Altersgipfel bei jungen Frauen im Alter um 18 Jahre erst ab dem Jahr 2013 an, zudem ist im Verlauf der Jahre von 2009 bis 2016 eine Zunahme der Therapieraten gegen Ende des typischen Erwerbsalters festzustellen. Veränderungen zwischen 2016 und 2018 erscheinen eher gering.

Abbildung 3.37: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme von Richtlinientherapien nach Geschlecht und Alter 2009, 2013, 2016 und 2018



Quelle: BARMER-Daten 2009, 2013, 2016 und 2018; Angabe von gleitenden Mittelwerten jeweils über fünf Altersjahre; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

Welche „zusätzlichen" Bevölkerungsanteile im Jahr 2016 im Vergleich zum Jahr 2009 sowie 2018 im Vergleich zu 2016 Richtlinientherapien in Anspruch nahmen, zeigt Abbildung 3.38. Die geschlechts- und altersspezifischen Veränderungen von 2009 bis 2016 ähneln, abgesehen von den etwas geringeren Differenzen zwischen den beiden genann-

ten Jahren, denen im Hinblick auf die Inanspruchnahmen spezifischer psychotherapeutischer Leistungen. Veränderungen von 2016 bis 2018 fallen insgesamt sehr gering aus, wobei sich im mittleren Alter um 35 bis 55 Jahre bei beiden Geschlechtern von 2016 bis 2018 die Anteile der Bevölkerung mit einer Inanspruchnahme von Richtlinientherapien leicht rückläufig entwickelten. Geringfügige Anstiege waren demgegenüber bei jungen Frauen sowie bei beiden Geschlechtern im Alter um 64 Jahre zu verzeichnen.

Abbildung 3.38: Zusätzliche Bevölkerungsanteile mit Inanspruchnahme von Richtlinientherapien 2016, ausgehend von Bevölkerungsanteilen im Jahr 2009 sowie 2018 im Vergleich zu 2016 nach Geschlecht und Alter

Quelle: BARMER-Daten 2009, 2016 und 2018; Angabe von gleitenden Mittelwerten jeweils über fünf Altersjahre; Ausgangswerte einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung nach Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018

3.5 Versorgungsabläufe – Behandlungsanlässe

Die nachfolgenden Kapitel des Schwerpunkts befassen sich mit der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen, wobei im Gegensatz zu vorausgehenden Kapiteln Abfolgen von Ereignissen in den verwendeten Daten auch über Jahresgrenzen hinweg betrachtet werden.

3.5.1 Versorgungsabläufe

Eine relevante Frage im Kontext der Reform der Psychotherapie-Richtlinie ist die, ob sich im Zuge der Reform Abläufe der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung verändert und dabei möglichst verbessert haben. Durch die Reform sollte der Zugang zu Psychotherapeuten erleichtert werden. Dass dies in einem gewissen Umfang erreicht wurde, legen bereits die vorausgehend dargestellten Auswertungen nahe, nach denen im Jahr 2018 ein merklich größerer Teil der Bevölkerung als 2016 Kontakt zu Psychotherapeuten hatte. Allerdings bleibt offen, ob im Zuge der Ausweitung des Zugangs auch diejenigen Menschen erreicht und zeitnah behandelt wurden, deren ambulante psychotherapeutische Behandlung besonders dringlich oder sinnvoll wäre. Da der Personenkreis, der 2018 eine Richtlinientherapie erhielt, von der Größe her annähernd dem im Jahr 2016 entspricht, besteht zudem die Frage, welche Personen aus dem vergrößerten Pool an Patienten mit Kontakt zu einem Psychotherapeuten im Jahr 2017 und 2018 letztendlich nachfolgend eine Richtlinientherapie und damit auch eine intensivere therapeutische Betreuung erhielten.

Grundsätzlich und ganz allgemein muss bei einer Betrachtung von Versorgungsabläufen zunächst immer ein geeigneter Anfangspunkt der Betrachtung definiert werden. Während dies bei bestimmten Anlässen und Themen, beispielsweise bei Geburten oder bei bestimmten Operationen, auf eine naheliegende Weise geschehen kann, ist die Definition eines geeigneten Anfangspunkts bei einer Betrachtung von psychotherapeutischen Behandlungen nicht trivial und auf unterschiedliche Arten möglich. Weitgehend zwangsläufig müssen sich auch Betrachtungen von Versorgungsabläufen bei Psychotherapeuten auf neu begonnene Behandlungsepisoden beziehen.

Ein naheliegender Startpunkt für Darstellungen zu Versorgungsabläufen bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung wäre der Zeitpunkt, ab dem seitens des Patienten oder in dessen Einvernehmen, aktiv nach einer ambulanten psychotherapeutischen Betreuung gesucht wird. Dieser Zeitpunkt wird jedoch nicht in Abrechnungsdaten bei Krankenkassen erfasst und kann daher im Rahmen einer auf entsprechenden Daten beruhenden Auswertung nicht verwendet werden.

Als Startpunkt theoretisch besonders geeignet erscheint der Zeitpunkt, ab dem aufgrund der psychischen Situation von Betroffenen eine evidenzbasierte Indikation für eine psychotherapeutische Behandlung besteht. Aufgrund nicht immer zeitnah und valide bei Eintreten bestimmter Zustände dokumentierter Diagnosen lassen sich entsprechende Zeitpunkte in Routinedaten bei Krankenkassen grundsätzlich nur mit gewissen Unsicherheiten identifizieren. Erschwerend kommt hinzu, dass Psychotherapien aufgrund von unterschiedlichen Diagnosen indiziert sein können, die durchaus auch in Kombination auftreten können. Um zumindest die relevantesten Indikationen zur Psychotherapie zu erfassen, wären bereits Operationalisierungen von Indikationen für eine größere Anzahl von psychischen Erkrankungen erforderlich, welche schon im Hinblick auf einzelne Erkrankungen komplex sein können.

Versorgungsabläufe ab Erstkontakt zu einem Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69

Im Sinne einer pragmatischen Alternative beschränken sich die nachfolgend dargestellten Auswertungen zu Versorgungsabläufen auf Betrachtungen von erstmaligen Kontakten zu Abrechnungen von Psychotherapeuten mit einer Zuordnung zu den Fachgruppen 60, 61, 68 und 69. Als Argument für diese Vorgehensweise lässt sich anführen, dass sich Kontakte zu diesen Fachgruppen verlässlich und dabei zugleich unabhängig von Veränderungen hinsichtlich einzelner Abrechnungsziffern abgrenzen lassen und von diesen vier Fachgruppen in allen relevanten Altersgruppen mehr als 90 Prozent aller Richtlinientherapien, also Psychotherapien in einem engeren Sinne, durchgeführt werden. Es bleibt trotz der Beschränkung also nur ein geringer Teil der Psychotherapien unberücksichtigt. Zugleich dürften Kontaktaufnahmen zu Therapeuten aus genau diesen vier Fachgruppen in den allermeisten Fällen einen Bedarf nach psychotherapeutischer Abklärung oder Behandlung zum Ausdruck bringen, was bei Kontakten zu keiner anderen Fachgruppe auch nur annähernd in diesem Umfang unterstellt werden kann (vgl. auch Tabelle 3.3).

Vergleiche der Behandlungsverläufe ab Erstkontakt im 2. bis 4. Quartal 2015 sowie 2017 nach jeweils mindestens 2 kontaktfreien Jahren

Das maßgebliche Ziel der Auswertungen war die Gegenüberstellung von gleichartig ermittelten Kennzahlen zu Versorgungsabläufen vor und nach Umsetzung der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im April 2017. Betrachtet wurden Personen, die erstmals nach mindestens zwei „kontaktlosen" Jahren einen Therapeuten aus einer der vier genannten Fachgruppen kontaktierten. Um Kontakte im Vorfeld des Erstkontaktjahres ausschließen sowie eine Erfassung nachfolgender Ereignisse sicherstellen zu können, wurden ausschließlich Personen betrachtetet, die bereits zwei Jahre im Vorfeld des betrachteten Erstkontakt- beziehungsweise Ereignisjahres sowie bis in das Folgejahr, also insgesamt vier Kalenderjahre, in allen Quartalen nachweislich bei der BARMER versichert waren. Da wesentliche Elemente der Reform erst zum zweiten Quartal 2017 wirksam wurden, wurden 2017, und zur Sicherstellung der Vergleichbarkeit auch im Vergleichsjahr 2015 vor Reform der Psychotherapie-Richtlinie, ausschließlich Personen mit einem Erstkontakt im zweiten bis vierten Quartal des jeweiligen Jahres betrachtet.

Als potenziell durch die Reform beeinflusste Gruppe wurden nach diesen Regeln Personen selektiert und betrachtet, die von 2015 bis 2018 nachweislich bei der BARMER versichert waren und die innerhalb dieses Gesamtzeitraums erstmals im zweiten bis vierten Quartal 2017 einen Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 und 69 kontaktierten. Ab dem Tag des jeweils individuell identifizierten Erstkontakts wurden dann stets Inanspruchnahmen von bestimmten Leistungen über einen Zeitraum von exakt 365 Tagen betrachtet, der als einheitlicher Nachbeobachtungszeitraum bei allen Betroffenen aufgrund der obligaten Versicherung bis Ende 2018 sichergestellt werden konnte.

Als Vergleichsgruppe wurden Personen selektiert und betrachtet, die von 2013 bis 2016 nachweislich bei der BARMER versichert waren und die innerhalb dieses Zeitraums erstmals im zweiten bis vierten Quartal 2015 einen Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 und 69 kontaktierten. Auch bei diesen Personen wurden ab dem Tag des jeweils individuell identifizierten Erstkontakts dann stets Inanspruchnahmen von bestimmten Leistungen über einen Zeitraum von exakt 365 Tagen und dabei gegebenenfalls bis maximal zum Ende des Jahres 2016 betrachtet.

Die Ergebnisse zu den beiden gleichartig betrachteten Gruppen mit Erstkontakten 2015 beziehungsweise 2017 sind in Tabelle 3.15 gegenübergestellt. Effektiv konnten dabei Daten zu n = 69.957 mit Erstkontakt 2015 sowie n = 78.007 Personen mit Erstkontakt 2017 ausgewertet werden. Nach bevölkerungsbezogener Gewichtung beziehungsweise Hochrechnungen der Ergebnisse auf die Bevölkerung dürften innerhalb des zweiten bis vierten Quartals in Deutschland 2015 schätzungsweise etwa 768.000 und 2017 schätzungsweise 886.000 Personen erstmals (nach mindestens zwei Jahren) einen Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 kontaktiert haben, was, bezogen auf 100.000 Einwohner, 924 beziehungsweise 1.068 Betroffenen entspricht. 2017 kontaktierten dabei anteilig etwas weniger Frauen und durchschnittlich etwas jüngere Personen als 2015 erstmals einen Psychotherapeuten.

Tendenziell wurden innerhalb von 365 Tagen ab Erstkontakt 2017 mit durchschnittlich 1,22 etwas mehr unterschiedliche Therapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 und 69 als 2015 kontaktiert – immerhin 16,6 Prozent der Patienten hatten Kontakt zu mehr als einem Therapeuten. Während die durchschnittliche Anzahl der abgerechneten Gebührenordnungspositionen unverändert blieb, lag die die durchschnittliche Anzahl der Kalendertage mit einer Leistungsabrechnung bei Personen mit einem Erstkontakt 2017 in dem Zeitraum von 365 Tagen mit 14,4 niedriger als bei Personen mit Erstkontakt 2015 mit 16,2 Tagen. Dies entspricht vor dem Hintergrund höherer Patientenzahlen und den damit reduzierten Zeitkontingenten je Patient den Erwartungen.

Im unteren Teil der Tabelle 3.15 sind Ergebnisse zu unterschiedlich abgegrenzten Inanspruchnahmen von Leistungen dargestellt. Dabei wird in der ersten und dritten Ergebnisspalte bei allen Leistungen angegeben, welcher Anteil der Patienten diese innerhalb von 365 Tagen ab dem Erstkontakt 2015 beziehungsweise 2017 mindestens einmalig von einem Therapeuten aus einer der vier Fachgruppen erhielt.

Tabelle 3.15: Personen mit erstmaligem Kontakt zu Psychotherapeuten – Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb von 365 Tagen sowie zeitlicher Abstand ausgewählter Leistungsinanspruchnahmen vom identifizierten Erstkontakt im zweiten bis vierten Quartal 2015 sowie 2017

	2015		2017	
Anzahl effektiv betrachteter Personen mit Erstkontakt in selektierten BARMER-Daten	n = 69.957		n = 78.007	
Anzahl Personen mit Erstkontakt im 2. bis 4. Quartal in Deutschland (Hochrechnung)	767.749		885.674	
Betroffene mit Erstkontakt im 2. bis 4. Quartal in Deutschland je 100.000 Einwohner	924		1068	
Anteil weibliche Betroffene in Prozent	61,6		61,4	
Durchschnittsalter bei Erstkontakt in Jahren	38,7		38,2	
durchschnittliche Anzahl der kontaktierten Psychotherapeuten in 365 Tagen	1,18		1,22	
Anteil der Personen mit Kontakt zu mehr als einem Psychotherapeuten in Prozent	13,6		16,6	
durchschnittliche Anzahl der abgerechneten Gebührenordnungspositionen	34,0		34,0	
durchschnittliche Anzahl der Kalendertage mit Abrechnung von Psychotherapeuten	16,2		14,4	
Inanspruchnahmen von ausgewählten Leistungen gemäß EBM	**Anteil mit Inanspruchnahme in Prozent**	**Erstinanspruchnahmetag (Anzahl)***	**Anteil mit Inanspruchnahme in Prozent**	**Erstinanspruchnahmetag (Anzahl)***
spezifische fachärztliche Leistungen aus den Abschnitten 22 oder 23 des EBM	95,2	2,8 (6,1)	95,6	2,4 (6,2)
fachärztliche Ziffern für Einzel- oder Gruppenbehandlungen (22220, 1, 2, 23220)	24,4	95,8 (2,9)	15,9	133,6 (2,8)
spezifische psychotherapeutische Leistung (35130–35225, 35401–35559)	92,8	3,8 (16,5)	94,7	2,4 (14,4)
Probatorische Sitzung (35150)	89,3	5,2 (3,7)	61,4	61,8 (2,8)
Psychotherapeutische Sprechstunde (35151)	0,0	– (0,0)	87,5	4,5 (2,7)
Psychotherapeutische Akutbehandlung (35152)	0,0	– (0,0)	7,7	73,4 (8,3)
Richtlinientherapie (35200-35225, 35401-35559)	57,7	83,4 (18,1)	49,9	111,0 (15,6)
Therapieansatz Kurzzeittherapie	51,6	(16,5)	47,1	(14,1)

	2015		2017	
Inanspruchnahmen von ausgewählten Leistungen gemäß EBM	**Anteil mit Inanspruchnahme in Prozent**	**Erstinanspruchnahmetag (Anzahl)***	**Anteil mit Inanspruchnahme in Prozent**	**Erstinanspruchnahmetag (Anzahl)***
Therapieansatz Langzeittherapie	12,5	(16,5)	8,5	(13,8)
Behandlungsform analytische Psychotherapie	1,6	(28,8)	2,1	(25,3)
Behandlungsform tiefenpsychologische Psychotherapie	23,3	(18,9)	18,0	(16,2)
Behandlungsform Verhaltenstherapie	34,0	(16,7)	30,6	(14,3)
beliebige Therapieeinheit gemäß Psychotherapie-Richtlinie (ab Ziffer 35150)	91,5	5,4	94,4	2,8
beliebige Therapieeinheit inklusive fachärztliche Behandlungen (siehe oben)	94,0	3,9	95,3	2,3

* durchschnittlicher Tag der Erstinanspruchnahme bei Nummerierung der Tage ab Erstkontakt mit 1 = Tag des Erstkontakts (in Klammern: durchschnittliche Anzahl der abgerechneten Leistungen bei Betroffenen)
Quelle: BARMER-Daten 2013 bis 2018; Personen mit Versicherung in allen Quartalen ab zwei Jahre vor dem jeweils betrachteten Erstkontaktjahr bis einschließlich zum Ende des jeweiligen Folgejahres; Population einheitlich gewichtet nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung nach Geschlecht, Alter und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2018; Betroffene mit Kontakt zu Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 im zweiten bis vierten Quartal des primären Beobachtungsjahres und ohne einen Kontakt zu entsprechenden Fachgruppen seit mehr als 730 Tagen

Für einen Teil der gelisteten Leistungen wurde zudem ermittelt, zu welchem Zeitpunkt der Behandlungsepisode gemessen am Erstkontakt sie erstmals abgerechnet wurden. In der Tabelle berichtet werden als „Erstinanspruchnahmetage" gegebenenfalls die über alle Betroffenen gemittelten Zeitpunkte. Dabei würde der Wert 1 eine durchgängige Inanspruchnahme am ersten Tag der Behandlungsepisode, also direkt am Tag des Erstkontakts, anzeigen. Ein Wert von 91 würde demgegenüber anzeigen, dass eine bestimmte Leistung im Mittel erst etwa drei Monate nach dem Start der Behandlungsepisode erstmals abgerechnet wurde.

Kennzahlen zum Anteil der Patienten mit bestimmten Inanspruchnahmen sowie ggf. auch zu Zeitpunkt und Anzahl der innerhalb von 365 Tagen abgerechneten Leistungen

Schließlich wird für einen Teil der Leistungen (stets in Klammern) auch die durchschnittlich bei Betroffenen innerhalb von 365 Tagen ab Start der Episode abgerechnete Anzahl der jeweiligen Leistungen angegeben, wobei hier nur die Leistungsnennungen ohne eine Berücksichtigung von Faktoren für mehrfache Abrechnungen an einem Tag gezählt wurden.

Abrechnungen spezifischer „fachärztlicher" Abrechnungsziffern aus den beiden EBM-Abschnitten 22 „Gebührenordnungspositionen der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie" oder 23 „Psychotherapeutische Gebührenordnungspositionen (Ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten)" ließen sich in beiden betrachteten Zeiträumen bei mehr als 95 Prozent der Patienten mit Kontakt zu Therapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 identifizieren. Entsprechende Ziffern wurden typischerweise bereits frühzeitig erstmals abgerechnet (im Durchschnitt am Tag 2,8 beziehungsweise 2,4 ab Erstkontakt), wobei insgesamt bei den jeweils Betroffenen in beiden Beobachtungszeiträumen durchschnittlich etwas mehr als sechs Ziffern abgerechnet wurden.

Unter den fachärztlichen Abrechnungsziffern der Abschnitte 22 und 23 finden sich insgesamt vier Ziffern, die gemäß ihrer Beschreibung auch eine gewisse psychotherapeutische Behandlung umfassen können (EBM 22220 „Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)", 22221 „Psychosomatik (Einzelbehandlung)", 22222 „Psychotherapeutisch medizinische Behandlung (Gruppenbehandlung)" sowie 23220 „Psychotherapeutisches Gespräch (Einzelbehandlung)"). Entsprechende Ziffern wurden nach Erstkontakten 2017 merklich seltener und durchschnittlich erst deutlich später als 2015 abgerechnet, was unter anderem auch an der alternativen Nutzung von 2017 neu eingeführten Abrechnungsziffern liegen könnte.

Bei insgesamt gestiegenen Patientenzahlen wurden durchschnittlich pro Patient nach Erstkontakt 2017 innerhalb eines Jahres an weniger Tagen als 2015 spezifische psychotherapeutische Leistungen abgerechnet.

Eine beliebige Leistung aus dem EBM-Abschnitt 35 „Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien", welche dabei zugleich eine Genehmigung zur Psychotherapie gemäß § 15 der Psychotherapie-Richtlinie voraussetzt (hier ohne eine Berücksichtigung von Zuschlägen), wurde in beiden Jahren bei mehr als 90 Prozent der Patienten abgerechnet. Auch alle nachfolgend noch separat betrachteten Ziffern zählen zu diesem Abschnitt. Während der Anteil der Personen mit diesen spezifischen psychotherapeutischen Leistungen unter den Patienten mit Erstkontakt 2017 gestiegen ist und entsprechende Leistungen noch etwas früher innerhalb der Behandlungsepisode abgerechnet wurden, ist die durchschnittlich je Patient ermittelte Zahl der Tage mit Abrechnung dieser Leistungen von 16,5 im Jahr 2015 auf 14,4 im Jahr 2017 gesunken, was auch die Folge der nur kurzzeitigen Betreuung einiger (neuer) Patienten sein könnte.

Probesitzungen 2017 nur noch bei 61 % der Patienten und im Mittel erst rund 2 Monate nach Erstkontakt

Probatorische Sitzungen wurden 2015 bei fast 90 Prozent der Personen mit Erstkontakt zu Therapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 und im Mittel am Tag 5,2 der Behandlungsepisode erstmals abgerechnet. Im Zuge der Einführung der Psychotherapeutischen Sprechstunde hat sich der Anteil der Patienten mit einer probatorischen Sitzung bei Erstkontakten 2017 merklich auf 61,4 Prozent reduziert, wobei die Sitzungen zudem im Mittel dann erst am Tag 62 der Behandlungsepisode und damit durchschnittlich fast zwei Monate später als 2015 erstmals durchgeführt beziehungsweise abgerechnet wurden. Durch die im Zuge der Reform neu geschaffenen Versorgungselemente wurde der Zeitpunkt von probatorischen Sitzungen demnach bereits bei Patienten mit Erstkontakten im Jahr 2017 deutlich nach hinten verschoben.

Psychotherapeutische Sprechstunden schon direkt nach Einführung bei fast 90 % der Patienten und im Mittel am Tag 4,5 der Behandlungsepisode abgerechnet

Psychotherapeutische Sprechstunden können erst seit April 2017 abgerechnet werden und bilden seither oftmals die erste und vorrangig genutzte Möglichkeit für einen intensiveren Austausch zwischen Patient und Therapeut (die Verpflichtung zur Teilnahme an einer Psychotherapeutischen Sprechstunde vor Beginn einer Psychotherapie besteht erst seit April 2018 und spielt insofern bei den vorliegenden Auswertungen noch keine Rolle). Bereits bei Erstkontakten zu Psychotherapeuten im zweiten bis vierten Quartal 2017, also direkt nach Einführung der entsprechenden Abrechnungsmöglichkeiten, wurde bei 87,5 Prozent der Patienten eine Psychotherapeutische Sprechstunde abgerechnet, die im Mittel am Tag 4,5 der Behandlungsepisode und damit in der Regel vergleichsweise frühzeitig nach einem Erstkontakt zum Therapeuten stattfand.

Psychotherapeutische Akutbehandlungen nur bei 7,7 Prozent der Patienten und oftmals erst in größerem zeitlichen Abstand zum Erstkontakt

Die gleichfalls zum April 2017 eingeführten Psychotherapeutischen Akutbehandlungen wurden nach den vorliegenden Ergebnissen innerhalb der ersten 365 Tage einer Behandlungsepisode nur bei einem vergleichsweise kleinen Anteil von 7,7 Prozent der Patienten, und dabei im Mittel erst beginnend ab Tag 73 der Behandlungsepisode, abgerechnet. Selbst die probatorischen Sitzungen nach Erstkontakten 2017 fanden durchschnittlich in einem geringeren zeitlichen Abstand zum Erstkontakt als die Psychotherapeutischen Akutbehandlungen statt. Hier scheint die Nutzung der Therapieoption zumindest direkt nach ihrer Einführung nicht unbedingt mit ihrer ursprünglichen Intention übereinzustimmen.

Eine Richtlinientherapie begann nach Erstkontakt 2017 im Mittel ggf. erst am Tag 111 nach Erstkontakt und damit knapp einen Monat später als 2015.

Eine Richtlinientherapie – also eine Psychotherapie im engeren Sinne – erhielten innerhalb eines Jahres ab Erstkontakt zu einem Psychotherapeuten 2015 insgesamt 57,7 Prozent der Patienten. Im Mittel wurde die erste Therapieeinheit dabei am Tag 83 der Behandlungsepisode abgerechnet, also knapp zwölf Wochen nach dem Erstkontakt. Der Anteil der Patienten mit Beginn einer Richtlinientherapie innerhalb eines Jahres sank 2017 auf knapp unter 50 Prozent. Zugleich stieg die Zeitdauer bis zum Beginn der Therapie. Eine erste Therapieeinheit nach Erstkontakt 2017 wurde im Mittel am Tag 111 der Behandlungsepisode abgerechnet – also knapp 16 Wochen nach dem Erstkontakt. Im Einklang damit wurde 2017 bei Betroffenen innerhalb von 365 Tagen ab einem Erstkontakt auch eine geringere Anzahl an Therapieeinheiten abgerechnet als nach Erstkontakten im Jahr 2015.

Von den rückläufigen Abrechnungsraten innerhalb der ersten 365 Tage ab Erstkontakt waren sowohl Kurzzeit- als auch Langzeittherapien sowie zwei der drei unterschiedlichen Behandlungsformen einer Psychotherapie betroffen. Eine Ausnahme bildet die bei einem nur kleinen Teil der Patienten abgerechnete analytische Psychotherapie.

erste intensivere Kontakte zu Patienten nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie tendenziell etwas häufiger und zeitnaher nach Erstkontakt als vor der Reform

Berücksichtigt man bereits probatorische Sitzungen als eine Form der Therapie (beziehungsweise intensiveren Auseinandersetzung mit den Patienten), wurde bei 91,5 Prozent der Patienten mit Erstkontakt zu einer der vier Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 im Jahr 2015 mindestens eine Psychotherapie-Einheit abgerechnet, die im Mittel bereits am Tag 5,4 der Behandlungsepisode stattfand. Unter Berücksichtigung der neu eingeführten Ziffern 35151 und 35152 als eine Form der Therapie lag dieser Anteil unter den Personen mit Kontakt zu Psychotherapeuten im Jahr 2017 mit 94,4 Prozent noch höher und erfolgte im Mittel bereits am Tag 2,8. Noch etwas höhere Therapieraten und kürzere Wartezeiten ergaben sich erwartungsgemäß, sofern ergänzend auch noch die bereits erwähnten fachärztlichen Behandlungsziffern 22220, 22221, 22222 sowie 23220 als Therapie berücksichtigt wurden.

3.5.2 Behandlungsanlässe – Prädiktoren der psychotherapeutischen Behandlung

Für Abschätzungen zu den Auswirkungen der Reform der Psychotherapie-Richtlinie erscheint – neben den Betrachtungen zu Versorgungsabläufen – die Beantwortung von zwei Fragen von Interesse:

- Zum einen besteht die Frage, inwiefern sich Personen, die vor und nach der Reform einen Psychotherapeuten kontaktierten, hinsichtlich gesundheitsrelevanter Merkmale unterscheiden,
- zum anderen lässt sich fragen, ob sich Unterschiede zwischen denjenigen Gruppen von Patienten nachweisen lassen, welche vor beziehungsweise nach der Reform letztendlich auch eine Richtlinientherapie erhielten.

Bereits die vorausgehend dargestellten Auswertungen konnten zeigen, dass sich im zeitlichen Zusammenhang mit der Reform der Personenkreis mit Zugang zu Psychotherapeuten vergrößert hat. Diese Ausweitung des Personenkreises entspricht dabei – im Sinne einer Erleichterung des Zugangs zu Psychotherapeuten – den Intentionen der Reform. Demgegenüber ist die Gesamtzahl von Patienten mit einer Richtlinientherapie weitgehend unverändert geblieben. Im positiven Fall könnte die Reform bei dieser Konstellation dazu beigetragen haben, dass aus dem größeren Pool potenzieller Richtlinientherapie-Teilnehmer mit einem Kontakt zu Psychotherapeuten von den Therapeuten geeignetere beziehungsweise besonders behandlungsbedürftige Patienten für eine Richtlinientherapie ausgewählt wurden. Im negativen Fall könnte der vergrößerte Pool an Patienten jedoch auch zur Auswahl von aus Perspektive von Therapeuten einfacher behandelbaren Patienten genutzt worden sein.

Eine Beurteilung der Eignung oder Indikation für eine Psychotherapie bei einzelnen Patienten ist auf alleiniger Basis von routinemäßig verfügbaren Abrechnungsdaten, wie diese im Rahmen des Arztreports genutzt werden können, in der Regel nicht eindeutig möglich. Insofern erlauben Auswertungen entsprechender Daten in der Regel auch keine einfachen Aufteilungen von Patienten aus unterschiedlichen Behandlungszeit-

räumen in „geeignete" oder „ungeeignete" Patienten, womit sich die Bewertung von Reformeffekten eher auf Hinweise denn auf leicht definier- und interpretierbare Kennwerte stützen muss. Zumindest Hinweise auf Behandlungsanlässe sowie auch auf Behandlungshemmnisse im Hinblick auf psychotherapeutische Behandlungen können die im Rahmen der Versorgung dokumentierten Diagnosen und anderweitigen Merkmale allerdings durchaus liefern.

Um einen Eindruck zu bekommen, welche Charakteristika von Versicherten mit erhöhten oder reduzierten Wahrscheinlichkeiten von Kontakten zu Psychotherapeuten sowie mit erhöhten oder reduzierten Wahrscheinlichkeiten von Richtlinientherapien assoziiert sind und ob diese Zusammenhänge vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie unterschiedlich waren, wurden Häufigkeiten von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie Häufigkeiten von gegebenenfalls nachfolgend eingeleiteten Richtlinientherapien in unterschiedlichen Subgruppen von Versicherten basierend auf Daten vor und nach der Reform bestimmt und verglichen. Neben den Personen mit Erstkontakt und gegebenenfalls nachfolgenden Richtlinientherapien wurden im Einklang mit den verwendeten Definitionen dabei ausschließlich Personen in die Auswertungen einbezogen, die zumindest innerhalb der vier Jahre um das jeweils betrachtete Ereignisjahr nachweislich bei der BARMER versichert waren, jedoch keinerlei Kontakt zu einem Facharzt der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 hatten. Hiermit wurde sichergestellt, dass in der „gesunden" Vergleichsgruppe ohne einen Erstkontakt nicht auch diejenigen Personen mit einer bereits länger andauernden Psychotherapie berücksichtigt wurden. Damit wurden zwangsläufig insbesondere Personen mit sehr langfristig andauernden Kontakten zu Psychotherapeuten vollständig von der Analyse ausgeschlossen, was bei der Interpretation einzelner Ergebnisse stets bedacht werden sollte.

Betrachtungen von Erstkontakten zu Psychotherapeuten 2015 und 2017 jeweils ausschließlich mit Berücksichtigung von Kontakten ab dem 2. Quartal

Als Erstkontakte wurden bei den Auswertungen exakt diejenigen Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie die gegebenenfalls nachfolgend eingeleiteten Richtlinientherapien berücksichtigt, welche bereits Gegenstand der Auswertungen zu Versorgungsabläufen waren (vgl. auch Erläuterungen im vorausgehenden Kapitel). Da reformbedingte Neuerungen der EBM-Abrechnung erst ab dem zweiten Quartal 2017 gültig waren, wurden auch bei den nachfolgend dargestellten Auswertungen ausschließlich Erstkontakte im zweiten bis vierten Quartal des jeweiligen Ereignisjahres betrachtet.

bevölkerungsbezogene Gewichtung der Daten, deskriptive Ergebnisse im Anhang

Die Wahrscheinlichkeiten für entsprechende Erstkontakte sowie Richtlinientherapien in den Jahren 2015 und 2017 bei bestimmten Charakteristika von Patienten wurden zunächst in deskriptiven Statistiken beschrieben. Ermittelt wurden dabei Ergebnisse mit einer bevölkerungsbezogenen Gewichtung, womit auch approximative Abschätzungen zu absoluten Betroffenenzahlen in Deutschland möglich sind. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass auch für diese bevölkerungsbezogenen Ergebnisse gilt, dass ausschließlich Erstkontakte im zweiten bis vierten Quartal berücksichtigt wurden und dass Personen mit Kontakten zu Psychotherapeuten, die nicht einem entsprechenden Erstkontakt zugeordnet werden konnten, unberücksichtigt blieben (weshalb auch die gewichteten Angaben zur betrachteten Gesamtpopulation stets niedriger als die Gesamteinwohnerzahl in Deutschland liegen). Hingewiesen sei zudem darauf, dass mit diesen ersten deskriptiven Statistiken Zusammenhänge zwischen bestimmten Merkmalen und Erstkontakten sowie Richtlinientherapien beschrieben werden, die maßgeblich aus unterschiedlichen Geschlechts- und Altersabhängigkeiten resultieren und nach einer entsprechenden Adjustierung zum Teil erheblich abweichen können. Die deskriptiven Ergebnisse sind in Tabelle A 13 im Anhang dargestellt.

logistische Regressionsmodelle zu „Risikofaktoren" für Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien 2015 und 2017

Anschließend wurden Einflüsse dieser unterschiedlichen Charakteristika auf die Wahrscheinlichkeit von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie auf die Wahrscheinlichkeit von Richtlinientherapien in den beiden Ereignisjahren 2015 und 2017 in logistischen Regressionsmodellen ermittelt.

Odds Ratios (OR) entsprechen in den hier gezeigten Analysen relativen Risiken, eine OR = 2,0 würde z. B. ein 2-fach erhöhtes Risiko im Vergleich zu einer Referenzgruppe anzeigen, eine OR = 0,5 ein halb so hohes.

Als inhaltlich besonders relevante Kenngrößen werden in den Regressionsmodellen Odds Ratios (OR; auch als Chancenverhältnisse bezeichnet) ermittelt. Diese geben in den vorliegenden Modellrechnungen sinngemäß an, um welchen Faktor sich die Risiken/Wahrscheinlichkeiten für ein betrachtetes Ereignis (beispielsweise den Erstkontakt zu einem Psychotherapeuten) bei einer bestimmten Merkmalsausprägung (beispielsweise bei im Vorjahr diagnostizierten Depressionen) von den Wahrscheinlichkeiten für das Ereignis in einer gewählten Referenzgruppe (beispielsweise bei Personen ohne Depressionsdiagnosen im Vorjahr) unterscheiden. Aufgrund der insgesamt eher geringen Wahrscheinlichkeiten der betrachteten abhängigen Ereignisse (Erstkontakte, Richtlinientherapien) lassen sich Odds Ratios aus den hier präsentierten Modellrechnungen wie relative Risiken interpretieren. Eine OR von 2,00 würde im zuvor angeführten Beispiel bedeuten, dass

Personen mit Depressionsdiagnose doppelt so häufig wie Personen ohne eine entsprechende Diagnose nachfolgend einen Kontakt zu einem Psychotherapeuten hatten. Eine OR von 1,00 würde anzeigen, dass die Wahrscheinlichkeiten in beiden Gruppen identisch sind und insofern entsprechende Diagnosen keinen Einfluss auf Erstkontakte zu Psychotherapeuten haben. Eine OR von 0,50 würde anzeigen, dass Personen mit Depressionsdiagnose nur halb so oft nachfolgend einen Psychotherapeuten kontaktierten wie Personen ohne diese Diagnose.

In allen vier logistischen Modellrechnungen wurden die Einflüsse der nachfolgend genannten und stets identischen Auswahl an Merkmalen (Prädiktoren, unabhängigen Variablen) ermittelt:

- Geschlecht und Alter im jeweiligen Ereignisjahr, kombiniert und aufgeteilt in insgesamt 18 Gruppen. Die Referenzkategorie bilden Männer im Alter von 21 bis 29 Jahre,
- regionale Psychotherapeutendichte im Wohnkreis des Versicherten am 1. Januar des jeweiligen Ereignisjahres in fünf Kategorien (gemessen in Therapeuten je 100.000 Einwohner aus den Fachgruppen 60, 61, 68 und 69 im Jahr 2018 nach Abschätzung auf der Basis von BARMER-Daten sowie Angaben des Statistischen Bundesamtes zur regionalen Bevölkerung), Kreise aufgeteilt in Gruppen nach aufsteigender Therapeutendichte, in denen jeweils etwa ein Fünftel der Bevölkerung lebte. Referenzkategorie bilden die Kreise beziehungsweise Regionen mit der geringsten Therapeutendichte,
- höchster erreichter Ausbildungsabschluss in sechs Gruppen von „ohne beruflichen Ausbildungsabschluss" bis „Promotion", nach Tätigkeitsangaben bei Berufstätigen aus den Jahren 2014 bis 2018. Waren keine Angaben verfügbar, wurde die fehlende Angabe – sofern möglich – durch den höchsten Ausbildungsabschluss eines identifizierten Elternteils oder Partners ersetzt. Die Referenzkategorie bilden komplett fehlende Angaben zur Ausbildung, womit insgesamt sieben unterschiedliche Ausbildungskategorien berücksichtigt wurden,
- Diagnosen im zeitlichen Vorfeld eines möglichen Erstkontakts zu Psychotherapeuten. Ausgewählt wurden bestimmte und im Kontext einer Psychotherapie besonders relevant oder anderweitig interessant erscheinende Diagnosen. Berücksichtigt wurden bei den Analysen nur die als gesichert gekennzeichneten Diagnosen aus Abrechnungsdaten zur ambulanten (kassen-)ärztlichen Versorgung aus dem Vorjahr des jeweils

betrachteten Ereignisjahres. Einbezogen wurden als unabhängige Merkmale beziehungsweise Prädiktoren damit ausschließlich Diagnosen, die nicht von den Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 selbst gestellt wurden.

Die unter Berücksichtigung der genannten Prädiktoren ermittelten multivariaten logistischen Regressionsmodelle schätzen Einflüsse der einzelnen Prädiktoren, die jeweils statistisch unabhängig von den Einflüssen der übrigen im Modell berücksichtigten Prädiktoren nachweisbar sind. Es werden damit Einflüsse für einzelne Prädiktoren ermittelt, die statistisch bei Konstanthaltung aller übrigen Prädiktoren zu erwarten sind.

stets gleichartig aufgebaute Regressionsmodelle zu Erstkontakten und Richtlinientherapien sowohl für 2015 als auch für 2017

Vollständige Angaben zu den vier Regressionsmodellen sind Tabelle A 14 im Anhang zu entnehmen. Nachfolgend werden die wesentlichen Ergebnisse zu den einzelnen Prädiktoren beziehungsweise Charakteristika erläutert, wobei in Abbildungen jeweils die Ergebnisse zu den einzelnen Prädiktoren aus allen vier Modellrechnungen gegenübergestellt werden.

Geschlechts- und Altersgruppen

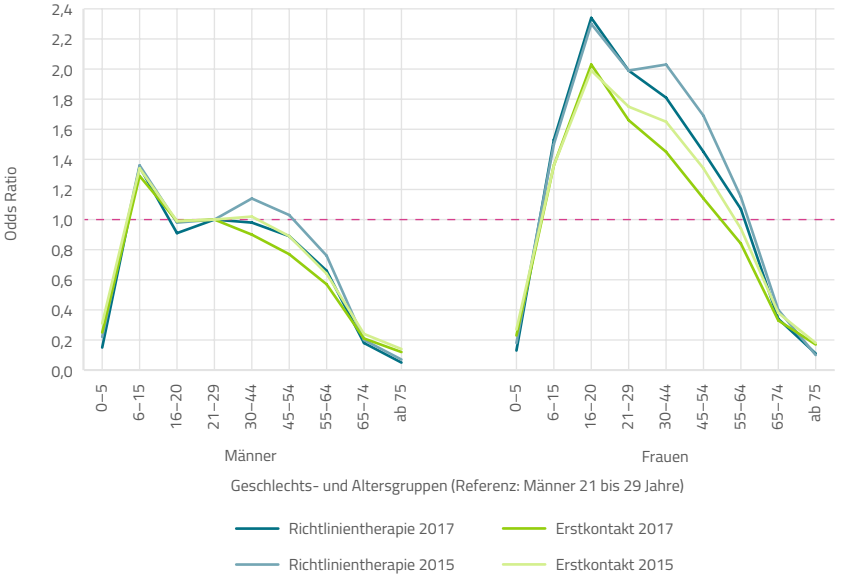
Abbildung 3.39 zeigt die Abhängigkeiten der Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien vom Geschlecht und Alter der Versicherten in 18 unterschiedlichen Gruppen. Die dargestellten Odds Ratios bringen dabei Abweichungen der Risiken in den einzelnen Gruppen vom Risiko in der (stets willkürlich festlegbaren) Referenzgruppe der 21- bis 29-jährigen Männer zum Ausdruck.

Unter Männern wiesen im Vergleich zur Referenzgruppe ausschließlich männliche Kinder und Jugendliche im Alter von 6 bis 15 Jahren in allen vier Modellrechnungen deutlich um rund ein Drittel erhöhte Wahrscheinlichkeiten für Erstkontakte und gegebenenfalls auch für nachfolgend eingeleitete Richtlinientherapien auf (mit Odds Ratios von 1,29 bis 1,36 in einzelnen Modellrechnungen; zu den einzelnen Werten aus den vier Modellrechnungen und 95-Prozent-Vertrauensbereichen vergleiche Tabelle A 14 im Anhang). Noch wesentlich größere Unterschiede zur Referenzgruppe zeigen sich bei jungen Frauen im Alter von 16 bis 20 Jahren. Diese waren unter gleichzeitiger Kontrolle für die übrigen Einflüsse rund 2,0-mal häufiger von Erstkontakten zu Psychotherapeuten und 2,3-mal häufiger von Richtlinientherapien als 21- bis 29-jährige Männer betroffen.

Auch unter gleichzeitiger Berücksichtigung anderer Einflüsse finden sich bei jungen Frauen Hinweise auf vergleichsweise hohe Wahrscheinlichkeiten für Erstkontakte zu Psychotherapeuten und insbesondere Richtlinientherapien.

Während diese altersabhängigen Höchstwerte für die beiden betrachteten Ereignisjahre 2015 und 2017 bei jüngeren Altersgruppen annähernd in gleicher Form nachweisbar waren, reduzierten sich die Odds Ratios beziehungsweise relativen Risiken in höheren Altersgruppen bei beiden Geschlechtern 2017 im Vergleich zu 2015 dezent, jedoch merklich. Ein mittleres bis höheres Alter war 2017 unter gleichzeitiger Berücksichtigung anderer Einflüsse also nur noch weniger deutlich als 2015 mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien assoziiert. Vor Vollendung des sechsten und nach Vollendung des 65. Lebensjahres sind Wahrscheinlichkeiten für Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien auch nach den Ergebnissen der multivariaten Modellrechnungen und im Einklang mit den Erwartungen nach bereits vorausgehend dargestellten Ergebnissen vergleichsweise sehr gering.

Abbildung 3.39: Abhängigkeit der Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien von Versichertenmerkmalen vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Geschlechts- und Altersgruppen



Quelle: BARMER-Daten 2013 bis 2018; Odds Ratios aus vier logistischen Regressionsmodellen zu Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien; Berechnung mit einheitlicher bevölkerungsbezogener Gewichtung der einbezogenen Beobachtungen

Regionale Psychotherapeutendichte

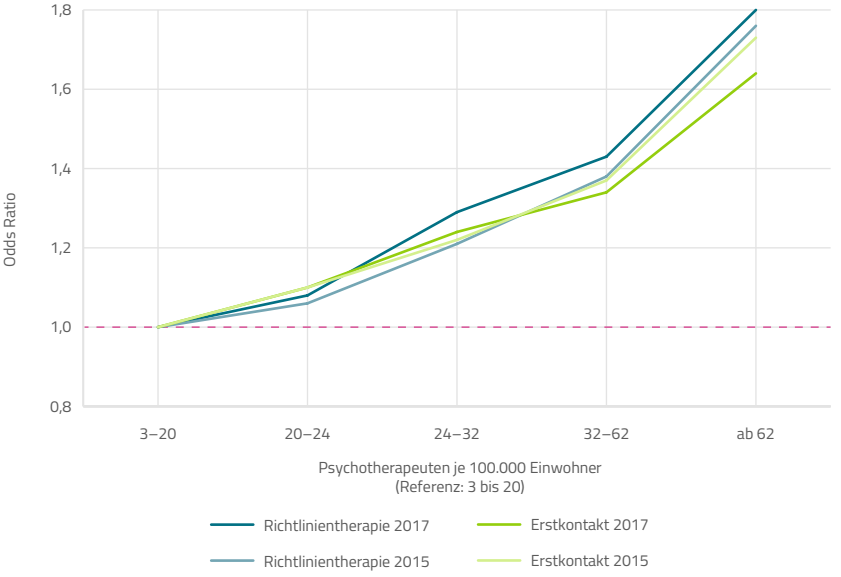
Abbildung 3.40 zeigt Ergebnisse zur Abhängigkeit des Risikos beziehungsweise der Chance auf einen Erstkontakt zu einem Psychotherapeuten sowie der Chance auf eine Richtlinientherapie von der Verfügbarkeit entsprechender Therapeuten in der jeweiligen Wohnregion der Versicherten. Die Odds Ratios geben hier die relativen Abweichungen von den Chancen der Bewohner von Regionen mit der geringsten Psychotherapeutendichte von 3 bis 20 Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner an.

Mit zunehmender Psychotherapeutendichte steigen die Chancen auf Kontakte oder Therapien nach Ergebnissen aus allen vier Modellrechnungen stetig. In Regionen mit der höchsten Therapeutendichte lag die Chance um mehr als 60 Prozent beziehungsweise mehr als den Faktor 1,6 höher als in Regionen mit der geringsten Therapeutendichte. Diese Ergebnisse lassen sich dabei sowohl als Hinweise auf eine mögliche Unterversorgung in Regionen mit wenigen regional niedergelassenen Therapeuten als auch als Hinweise auf eine angebotsinduzierte Nachfrage in Regionen mit sehr hoher Therapeutendichte diskutieren. Dies gilt bei dieser Darstellung noch stärker als bei der Darstellung in Abbildung 3.25, da die jetzt präsentierten Ergebnisse im Rahmen der Modellrechnungen bereits um Effekte einer möglicherweise regional auch unterschiedlichen Morbidität sowie um Effekte weiterer Einflussfaktoren bereinigt wurden.

Deutliche Abhängigkeiten der Chancen auf Erstkontakte und Richtlinientherapien von der Psychotherapeutendichte geben sowohl Hinweise auf eine mögliche Unterversorgung als auch auf eine angebotsinduzierte Nachfrage in bestimmten Regionen.

Auffällig erscheint, dass bei Auswertungen zum Ereignisjahr 2017, also nach der Reform, die Einflüsse der Therapeutendichte auf die Chancen für eine Psychotherapie tendenziell deutlicher als die Einflüsse der Therapeutendichte auf die Erstkontakte ausgeprägt waren. Demnach dürften in Regionen mit hoher Therapeutendichte 2017 die Chancen auf eine Richtlinientherapie auch nach einem bereits häufiger erfolgten Erstkontakt noch höher gelegen haben als nach einem Erstkontakt in Regionen mit geringerer Therapeutendichte.

Abbildung 3.40: Abhängigkeit der Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien von Versichertenmerkmalen vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie – regionale Psychotherapeutendichte



Quelle: BARMER-Daten 2013 bis 2018; Odds Ratios aus vier logistischen Regressionsmodellen zu Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien; Berechnung mit einheitlicher bevölkerungsbezogener Gewichtung der einbezogenen Beobachtungen

Ausbildungsabschlüsse

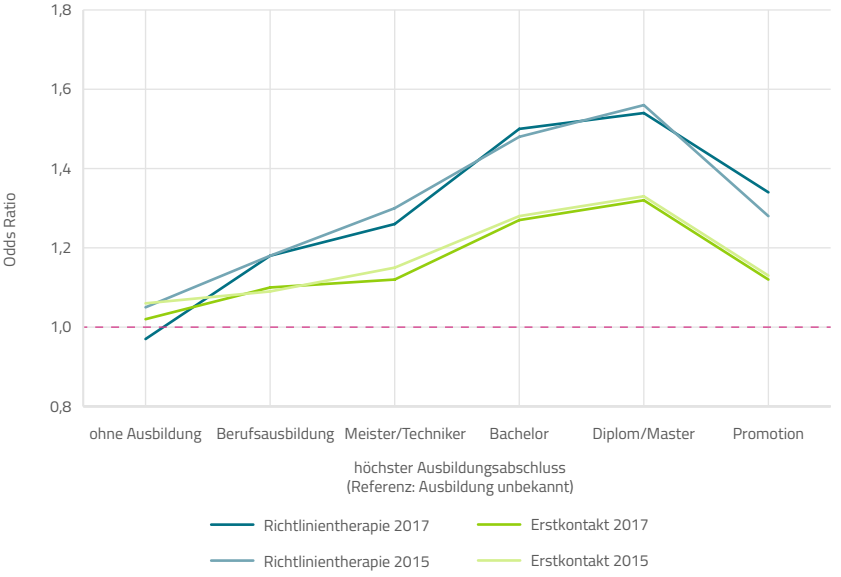
Ausbildungsabschlüsse bestimmen bei Personen ab dem Erwerbsalter wesentlich die soziale Schichtzugehörigkeit und das soziale Umfeld. Zugleich hängen auch die Fähigkeiten zur verbalen Kommunikation in bestimmten Situationen und mit bestimmten Gesprächspartnern sowie Sichtweisen auf bestimmte Probleme maßgeblich von der Ausbildung ab. Zusammenhänge von Ausbildungsabschlüssen und der Nutzung psychotherapeutischer Angebote sind vor diesem Hintergrund zu erwarten.

Informationen zu Ausbildungsabschlüssen liegen in Daten bei Krankenkassen gewöhnlich nur für aktuell berufstätige Mitglieder vor. Für Kinder und Jugendliche, welche selbst noch keine Ausbildung abgeschlossen haben (können), sind Informationen zu Ausbildungsabschlüssen typischerweise primär nicht verfügbar und als Indikator für die soziale Schichtzugehörigkeit ungeeignet. Ähnliches gilt für familienversicherte Partner von Berufstätigen.

Um den Einfluss von Ausbildungsabschlüssen (zumindest im Sinne eines Indikators für die soziale Schichtzugehörigkeit auch von Familien) ohne einen generellen Ausschluss bestimmter Versichertengruppen analysieren zu können, wurden bei Personen ohne Erfassung entsprechender Informationen zunächst gegebenenfalls verfügbare Informationen zur Ausbildung von berufstätigen Elternteilen oder Partnern ergänzt. Waren aus Daten zu Berufstätigkeiten in den Jahren von 2014 bis 2018 unterschiedliche Informationen vorhanden, wurden gegebenenfalls die jeweils höchsten dokumentierten Ausbildungsabschlüsse berücksichtigt. Anschließend wurden diejenigen Personen ohne jegliche Verknüpfung von Informationen zu Ausbildungsabschlüssen sowie diejenigen Berufstätigen, bei denen die Ausbildung in den berücksichtigten Daten stets als „unbekannt" angegeben war, der Referenzgruppe zugeordnet. Fehlende Informationen zu Ausbildungsabschlüssen waren insbesondere bei Personen im Rentenalter sehr häufig.

Abbildung 3.41 zeigt Ergebnisse zur Abhängigkeit von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie von Richtlinientherapien von Ausbildungsabschlüssen. Auffällig ist auf den ersten Blick, dass Ergebnisse aus den beiden Beobachtungszeiträumen vor und nach der Reform weitgehend übereinstimmen und sich dabei merklich unterschiedliche Einflüsse im Hinblick auf Erstkontakte einerseits sowie im Hinblick auf Richtlinientherapien andererseits zeigen. Die Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten werden nach diesen Ergebnissen nur moderat von der Ausbildung beeinflusst. Sie steigen mit zunehmender Ausbildung, wobei sich allerdings bei promovierten Personen, also bei Personen mit Doktortitel, im Vergleich zur Referenzgruppe ohne Informationen zu Ausbildungsabschlüssen nur ähnlich dezent erhöhte Risiken wie bei Technikern oder Personen mit Meisterabschluss zeigen.

Abbildung 3.41: Abhängigkeit der Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien von Versichertenmerkmalen vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie – höchster Ausbildungsabschluss



Quelle: BARMER-Daten 2013 bis 2018; Odds Ratios aus vier logistischen Regressionsmodellen zu Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien; Berechnung mit einheitlicher bevölkerungsbezogener Gewichtung der einbezogenen Beobachtungen

Patienten mit akademischen Ausbildungsabschlüssen erhalten nach Erstkontakten zu Psychotherapeuten tendenziell häufiger Richtlinientherapien als Patienten mit niedrigeren Ausbildungsabschlüssen.

Bei grundsätzlich ähnlichem Kurvenverlauf beeinflussen Ausbildungsabschlüsse die Aufnahme von Richtlinientherapien in einem deutlich stärkeren Ausmaß als die Erstkontakte zu Psychotherapeuten. Während also hohe Ausbildungsabschlüsse mit einer nur moderat erhöhten Wahrscheinlichkeit von Erstkontakten assoziiert sind, sind sie mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit für die Aufnahme von Richtlinientherapien verknüpft. Demnach dürften Psychotherapeuten Patienten mit höheren beziehungsweise akademischen Ausbildungsabschlüssen nach einem Erstkontakt häufiger als Patienten mit niedrigeren Ausbildungsabschlüssen auch im Rahmen einer Richtlinientherapie behandeln.

Diagnosen im Vorfeld – Depressionen

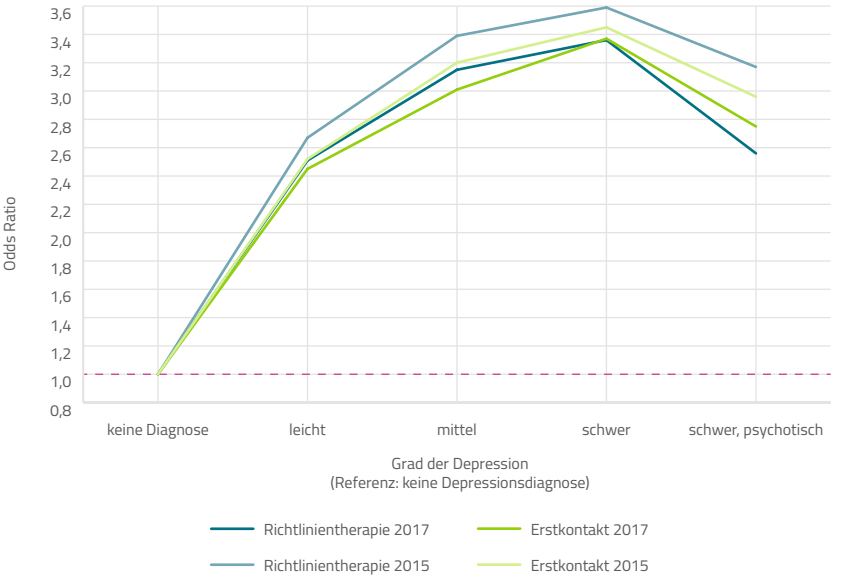
Depressionen zählen zu den häufigsten Diagnosen bei psychotherapeutisch behandelten Patienten. Um Einflüsse von Depressionsdiagnosen – wie nachfolgend auch noch von anderen Diagnosen – auf die Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten unabhängig von möglicherweise erst im Rahmen des Erstkontakts dokumentierten Diagnosen ermitteln zu können, wurden bei den Regressionsanalysen grundsätzlich nur Diagnosen aus dem Vorjahr des jeweiligen Ereignisjahres berücksichtigt. Bei Analysen zu Erstkontakten 2015 wurden also Einflüsse der 2014 dokumentierten Diagnosen ermittelt, bei Erstkontakten 2017 Einflüsse der 2016 dokumentierten Diagnosen.

Depressionen können in der ICD-10-Klassifikation als „Depressive Episode" (F32) oder als „Rezidivierende depressive Störung" (F33) erfasst sein. Auf der vierstelligen ICD-10-Ebene können dabei auch Schweregrade der Depressionen differenziert werden. Basierend auf entsprechenden Informationen aus dem Vorjahr des jeweiligen Ereignisjahres wurden die betrachteten Versicherten fünf unterschiedlichen Gruppen zugeordnet, wobei für die Zuordnung gegebenenfalls die „schwerste" identifizierte Diagnose ausschlaggebend war: 1) keine Depressionsdiagnose; 2) leichte Depressionen (F32.0, F33.0, F32.8, F33.8, F32.9, F33.9, F33.4); 3) mittelgradige Depressionen (F32.1, F33.1); 4) schwere Depressionen (F32.2, F33.2) sowie 5) schwere Depressionen mit psychotischen Symptomen (F32.3, F33.3).

Abbildung 3.42 zeigt Ergebnisse zur Abhängigkeit der Erstkontakte sowie Richtlinientherapien vom maximalen Grad einer im Vorjahr dokumentierten Depressionsdiagnose. Angegeben werden Odds Ratios für unterschiedliche Grade der Depression bezogen auf die Referenzgruppe derjenigen Personen ohne eine Depressionsdiagnose im Vorjahr. Dabei zeigen alle vier Modellrechnungen ähnliche Effekte. Bereits bei nur leichten Depressionsdiagnosen sind Wahrscheinlichkeiten für nachfolgende Erstkontakte zu Psychotherapeuten im Vergleich zur Referenzgruppe um mehr als den Faktor 2,4 (beziehungsweise mehr als 140 Prozent) erhöht. Die höchsten Odds Ratios zeigen sich für die Gruppe mit Diagnosen schwerer Depressionen. Demgegenüber sind schwere Depressionen mit psychotischen Symptomen nur mit geringer erhöhten Odds Ratios verknüpft, wobei sich

vermuten lässt, dass entsprechende Patienten häufiger auch im Krankenhaus und daher weniger häufig im Rahmen der hier ausschließlich betrachteten ambulanten Versorgung behandelt werden. Insgesamt bilden Depressionsdiagnosen in den hier dargestellten Modellrechnungen einen ausgesprochen maßgeblichen Einflussfaktor, was sich an den sehr hohen Wald-Chi-Quadrat-Werten ablesen lässt (siehe Tabelle A 14 im Anhang).

Abbildung 3.42: Abhängigkeit der Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien von Versichertenmerkmalen vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Depressionsdiagnosen im Vorjahr



Quelle: BARMER-Daten 2013 bis 2018; Odds Ratios aus vier logistischen Regressionsmodellen zu Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien; Berechnung mit einheitlicher bevölkerungsbezogener Gewichtung der einbezogenen Beobachtungen

Eher dezente Unterschiede zeigen sich in der Abbildung bei der Gegenüberstellung von Ergebnissen zu 2015 und 2017. Demnach waren Depressionsdiagnosen vor der Reform noch etwas deutlicher als nach der Reform mit Erstkontakten und insbesondere Richtlinientherapien assoziiert. Über mögliche Ursachen für diese Beobachtung lässt sich an dieser Stelle nur spekulieren. Entsprechende Beobachtungen wären beispielsweise dann zu erwarten, wenn Depressionsdiagnosen im Vorfeld von Erstkontakten 2017 weniger präzise als 2015 gestellt worden wären, wenn Patienten weniger gefiltert einen Therapeuten kontaktiert hätten und insbesondere auch weniger gefiltert eine Richtlinientherapie erhalten hätten. Auch wenn andere Diagnosen oder Merkmale wie Geschlecht, Alter und Bildung 2017 einen stärkeren Einfluss im Hinblick auf die betrachteten abhängigen Ereignisse bekommen hätten, hätten daraus abgeschwächte Risiken bei Depressionsdiagnosen resultieren können.

Diagnosen im Vorfeld – weitere Erkrankungen sowie durch Diagnosen beschriebene Zustände

Im Rahmen der Modellrechnungen wurde eine Reihe von weiteren Diagnosen sowie Kombinationen von Diagnoseschlüsseln aus dem Vorfeld psychotherapeutischer Erstbehandlungen im Sinne von Prädiktoren berücksichtigt, ohne dass die Modellrechnungen an dieser Stelle dem Anspruch einer systematischen Aufdeckung aller empirisch relevanten Zusammenhänge gerecht werden können oder wollen (siehe Tabelle A 14 im Anhang).

Als weitere Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel „Psychische Störungen" wurden neben den bereits dargestellten Diagnosen von Depressionen noch die Diagnosen „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol" (F10), Angst- und Zwangsstörungen einschließlich Phobien (F40–F42), „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen" (F43), „Somatoforme Störungen" (F45) sowie „Hyperkinetische Störungen" (F90) berücksichtigt.

Die Diagnosen psychischer Probleme durch Alkohol waren mit einer nur geringfügig erhöhten Wahrscheinlichkeit für Erstkontakte zu Psychotherapeuten assoziiert. Auffällig ist, dass Wahrscheinlichkeiten für Richtlinientherapien in den Modellrechnungen unter gleichzeitiger Kontrolle für andere Einflussfaktoren bei entsprechenden Diagnosen in beiden Beobachtungszeiträumen leicht, aber statistisch signifikant niedriger waren. Personen mit einer F10-Diagnose erhielten also tendenziell seltener als Personen ohne diese Diagnose eine Richtlinientherapie.

Somatoforme Störungen, Reaktionen auf schwere Belastungen, Angststörungen sowie hyperkinetische Störungen (besser als ADHS bekannt) waren in genannter Reihenfolge nach Ergebnissen aus den vier Modellrechnungen mit 1,5- bis hin zu 2,4-fach erhöhten Risiken assoziiert. Außer im Hinblick auf somatoforme Störungen waren die ermittelten Odds Ratios für das Ereignisjahr 2017 tendenziell jeweils etwas kleiner als bei den Modellrechnungen zum Ereignisjahr 2015.

Mit den vergleichsweise selten dokumentierten ICD-10-Diagnosecodes von F70 bis F73, welche formal gleichfalls dem ICD-10-Diagnosekapitel „Psychische und Verhaltensstörungen" zuzuordnen sind, lassen sich unterschiedliche Grade der Intelligenzminderung erfassen. Die Dokumentation entsprechender Diagnosen war – im Einklang mit den Erwartungen – mit deutlich reduzierten Wahrscheinlichkeiten für Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien assoziiert. Die Ergebnisse geben – unabhängig von einer inhaltlichen Bewertung – Hinweise darauf, dass psychotherapeutische Behandlungen offensichtlich nicht gleichermaßen für alle Bevölkerungsgruppen verfügbar sind.

Neben Diagnosen aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen" wurden in den Modellrechnungen auch mehrere symptom- und zustandsbeschreibende ICD-10-Diagnosen berücksichtigt. Im Einzelnen waren dies die Diagnosen „Unwohlsein und Ermüdung" (R53), Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung, Kindheitserlebnisse und den engeren Familienkreis (Z60, Z61, Z63) sowie „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" (Z73). Alle genannten Diagnosen waren in den vier Modellrechnungen bei Odds Ratios um 1,4 bis 1,5 mit eher moderat erhöhten Risiken für Erstkontakte sowie Richtlinientherapien assoziiert.

Als schwerwiegende somatische Erkrankungen wurden bei den Modellrechnungen im Sinne eines eher beispielhaften Vorgehens auch Einflüsse von Diagnosen bösartige Neubildungen betrachtet. Berücksichtigt wurden dabei alle ICD-10-Codes von C00 bis C97, wobei aufgrund bestimmter Besonderheiten lediglich die Diagnose „Sonstige bösartige Neubildungen der Haut" (C44) unberücksichtigt blieb. Nach den vorliegenden Ergebnissen waren entsprechende Diagnosen – unter gleichzeitiger Berücksichtigung der anderweitigen Prädiktoren – mit einer leicht erhöhten Wahrscheinlichkeit für Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien assoziiert. Der Befund erscheint plausibel und lässt sich als Hinweis darauf interpretieren, dass schwerwiegende somatische Erkrankungen zumindest keine grundsätzliche Hürde für eine psychotherapeutische Behandlung darstellen.

Neben den bereits genannten Diagnosen wurden schließlich bei den Modellrechnungen in Form eines Prädiktors auch all diejenigen Diagnosen zusammengefasst und berücksichtigt, deren Dokumentation auf das Vorliegen einer Schwangerschaft schließen ließ. Hiervon wurde bei Dokumentation der ICD-10-Codes von O00 bis O99, der Codes von Z33 bis Z37 sowie dem Code Z39 ausgegangen. Entsprechende Hinweise auf Schwangerschaften waren nach den vorliegenden Ergebnissen mit merklich reduzierten Wahrscheinlichkeiten für Erstkontakte zu Psychotherapeuten im Folgejahr sowie nachfolgende Richtlinientherapien assoziiert, wobei die Reduktion bezogen auf Kontakte 2015 noch etwas deutlicher als 2017 nachweisbar war. Hierzu könnten ein vergleichsweise gutes soziales Umfeld, Partnerschaften, eine innerlich-thematische Fokussierung von (werdenden) Müttern auf den (erwarteten) Nachwuchs und die damit verbundenen Dinge sowie eine möglicherweise allgemein überdurchschnittlich gute Gesundheit beigetragen haben. Zugleich könnten jedoch auch fehlende zeitliche Ressourcen und Perspektiven, sich als Mutter mit Kleinkind auf eine Psychotherapie einzulassen, zu den reduzierten Wahrscheinlichkeiten für Kontakte zu Psychotherapeuten beigetragen haben.

Anhang

Anhang

Standardpopulation Bevölkerung

Als Referenzpopulation für die Geschlechts- und Altersstandardisierung der Auswertungsergebnisse zur ambulanten ärztlichen Versorgung wurde bei Zeitreihendarstellungen im Routineteil des Reports für alle Jahre einheitlich auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Alters- und Geschlechtsverteilung der durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2005 zurückgegriffen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019). Die entsprechend standardisierten Ergebnisse sind durch das Kürzel D2005 gekennzeichnet.

Für Abschätzungen zu aktuellen bevölkerungsbezogenen Kennzahlen für Deutschland sowie allgemein für Auswertungen zum aktuellsten Beobachtungsjahr 2018 wurde in der Regel auf entsprechende Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2018 zurückgegriffen (siehe Tabelle A 1). Die entsprechend standardisierten Ergebnisse sind durch das Kürzel D2018 gekennzeichnet. Im Schwerpunktkapitel können teilweise auch Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland aus weiteren Jahren verwendet werden, die gegebenenfalls analog gekennzeichnet sind. Dafür konnten für den Arztreport 2020 – wie erstmals für den Arztreport 2016 – detaillierte Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland auf Basis des Zensus 2011 genutzt werden, die vom Statistischen Bundesamt freundlicherweise vorab zur Verfügung gestellt wurden (Statistisches Bundesamt 2019).

Im Report wurden zum Berichtsjahr 2018 durchgängig und ausschließlich Zahlenangaben zu geschlechtsspezifischen Ein-Jahres-Altersgruppenbesetzungen verwendet, wie diese vom Statistischen Bundesamt bereitgestellt wurden und aus denen anschließend alle erforderlichen Angaben zu höher aggregierten Gruppen (wie auch die Angaben in der Tabelle A 1) berechnet wurden, um innerhalb des Reports stets vollständig konsistente Angaben verwenden zu können. Lediglich bei der Berechnung der einleitend im Report erwähnten Anteile der BARMER-Versicherten an der Bevölkerung in den einzelnen Bundesländern sowie im Schwerpunktkapitel wurden geschlechts- und altersübergreifende Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung in einzelnen Bundesländern

verwendet, was jedoch nur in seltenen Ausnahmefällen zu Änderungen der berichteten Werte führen sollte.

Tabelle A 1: Durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland 2005 und 2018

Altersgruppe	2005		2018	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	356.598	338.768	402.329	382.206
1–4	1.496.093	1.421.631	1.591.851	1.510.247
5–9	2.037.981	1.933.777	1.876.817	1.775.450
10–14	2.156.023	2.045.998	1.899.864	1.792.646
15–19	2.467.847	2.344.022	2.107.024	1.935.038
20–24	2.471.447	2.400.604	2.414.063	2.190.866
25–29	2.435.365	2.363.810	2.722.898	2.522.849
30–34	2.621.256	2.525.406	2.750.412	2.599.273
35–39	3.495.827	3.318.519	2.633.075	2.567.278
40–44	3.663.754	3.489.322	2.425.110	2.389.976
45–49	3.180.692	3.077.093	2.905.742	2.858.198
50–54	2.797.457	2.800.967	3.494.126	3.427.915
55–59	2.330.738	2.344.900	3.247.003	3.252.905
60–64	2.424.215	2.509.020	2.661.877	2.772.644
65–69	2.520.879	2.761.003	2.271.911	2.488.223
70–74	1.667.259	2.017.734	1.682.212	1.922.057
75–79	1.211.137	1.819.227	1.854.042	2.308.400
80–84	652.203	1.499.057	1.236.917	1.761.525
85–89	221.381	632.291	528.782	960.262
90 und älter	140.834	472.209	199.493	583.109
gesamt	40.348.986	42.115.358	40.905.548	42.001.067
insgesamt	82.464.344		82.906.615	

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, Statistisches Bundesamt 2019

Diese bis auf einzelne Personen konsistenten Bevölkerungsangaben wurden verwendet, um interne Berechnungen und Aufbereitungen von Daten schneller überprüfen zu können. Bezogen auf Ergebnisinhalte und Aussagen spielen entsprechende Details der Ermittlung von Bevölkerungszahlen keine Rolle. Da zu den einzelnen Ein-Jahres-Alters-

gruppen vom Statistischen Bundesamt ausschließlich ganzzahlige Werte bereitgestellt werden, Angaben zu den weiter aggregierten Gruppen im Statistischen Bundesamt jedoch auf der Basis von Werten mit Nachkommastellen ermittelt werden, können die im Arztreport verwendeten Angaben zu aggregierten Gruppen – bedingt durch Rundungsfehler – allerdings geringfügig von den Angaben des Statistischen Bundesamtes zu entsprechend höher aggregierten Gruppen abweichen.

Indirekte Standardisierung, kleinräumige Analyse

Bei der indirekten Geschlechts- und Altersstandardisierung handelt es sich um ein in der Epidemiologie häufig angewendetes Verfahren. Das Ziel der indirekten Standardisierung ist es (wie bei der direkten Standardisierung), Erkrankungsraten oder ähnliche Maße in unterschiedlichen Populationen adäquat vergleichen zu können, selbst wenn diese eine unterschiedliche Geschlechts- und Altersstruktur aufweisen.

Würden beispielsweise in einer Region A überwiegend alte Menschen und in einer Region B überwiegend junge Menschen leben, wäre eine höhere Erkrankungsrate in Region A zu erwarten, würde jedoch gegebenenfalls nichts über eine besondere gesundheitliche Gefährdung in Region A aussagen, da die höhere Rate im Vergleich zu Region B allein aus der abweichenden Altersstruktur resultieren könnte. Dieses Problem wird mit der indirekten Geschlechts- und Altersstandardisierung umgangen. Dazu werden den real beobachteten Werten in einer Region A genau die Werte gegenübergestellt, die aufgrund der realen Geschlechts- und Altersstruktur in Region A nach geschlechts- und altersspezifischen Raten aus einer Referenzpopulation (beispielsweise aus den überregionalen Ergebnissen zur Gesamtpopulation) hätten erwartet werden können.

Im Gegensatz zur direkten Standardisierung werden bei der indirekten Standardisierung keine ausreichenden Besetzungen aller Geschlechts- und Altersgruppen gefordert, weshalb sie insbesondere für Vergleiche von kleineren oder von heterogeneren Gruppen geeignet ist. Ein Nachteil der indirekten Standardisierung besteht darin, dass durch die Quotientenbildung aus beobachteten und erwarteten Werten primär nur relative Abweichungen ermittelt werden (beispielsweise ein Wert von 1,2 oder 120 Prozent im Sinne einer regional 20-prozentigen Überschreitung der geschlechts- und altersspezifisch erwarteten Werte).

Unter der Voraussetzung überwiegend homogener Besetzungen von Geschlechts- und Altersgruppen können aus den relativen Abweichungen unter gewissen Grundannahmen durch eine Multiplikation mit dem Ergebnis zur Referenzpopulation bei Bedarf auch wieder anschaulichere Ergebnisse berechnet werden (aus einer relativen regionalen Rate von 1,2 in Region A würde sich beispielsweise bei einer überregionalen durchschnittlichen Erkrankungshäufigkeit von 30 Prozent dann eine standardisierte Erkrankungshäufigkeit von 1,2 × 30 Prozent = 36 Prozent für Region A ergeben).

Aufgrund der abweichenden Berechnungswege können derartig berechnete Ergebnisse dann allerdings von gleichzeitig ermittelten direkt standardisierten Werten abweichen. Konfidenzintervalle zu indirekt standardisierten Werten werden gegebenenfalls nach einer von Daly (1992) beschriebenen Methode berechnet.

Alle im BARMER Arztreport 2019 bildlich dargestellten Auswertungsergebnisse im Sinne von kleinräumigen Analysen zu einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten sind auf der Basis der jeweils zugehörigen bundesweit ermittelten geschlechts- und altersspezifischen Ergebnisse bei Versicherten der BARMER indirekt standardisiert, wobei im Rahmen der Bearbeitung des Schwerpunktthemas auf bundesweit ermittelte Ergebnisse in Geschlechts- und Ein-Jahres-Altersgruppen zurückgegriffen wurde.

Effektiv werden Ergebnisse zu 413 Kreisen in einer Abgrenzung entsprechend dem Stand von Gemeinde- und Kreisreformen Ende des Jahres 2008 dargestellt, in denen von 2005 bis 2018 jeweils mehr als 800 Versicherte der BARMER wohnten (in mehr als 90 Prozent der Kreise jeweils sogar mehr als 4.000 Versicherte, was im aktuell betrachteten Jahr 2018 für 97 Prozent der 413 Kreise galt). Durch die Verwendung der bereits historischen Kreisaufteilung lassen sich aktuelle Ergebnisse problemlos mit Vorjahresergebnissen zu identischen Regionen vergleichen. Da Kreisreformen oftmals mit der Zusammenfassung von Gebieten einhergehen, würden mit einer Anpassung an aktuelle Abgrenzungen regionale Differenzierungsmöglichkeiten weiter eingeschränkt.

Tabelle A 2: Übersicht zu den ICD-10-Diagnosekapiteln

Kapitel ICD-10	Diagnose-klasse ICD-9*	ICD-10-Ziffern	Beschreibung
I	I	A00–B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	II	C00–D48	Neubildungen
III	(IV)	D50–D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	(III)	E00–E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	V	F00–F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	(VI)	G00–G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	(VI)	H00–H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	(VI)	H60–H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	VII	I00–I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	VIII	J00–J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	IX	K00–K93	Krankheiten der Verdauungssystems
XII	XII	L00–L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	XIII	M00–M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	X	N00–N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	XI	O00–O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	XV	P00–P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	XIV	Q00–Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	XVI	R00–R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	XVII	S00–T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	E-Code	V01–Y84	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	V-Code	Z00–Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen

* ICD-9-Diagnoseklasse mit der inhaltlich größten Übereinstimmung zum angeführten ICD-10-Kapitel
Quelle: DIMDI 2019

Tabellenanhang

Erläuterungen zu den nachfolgenden Tabellen befinden sich in den entsprechenden Textabschnitten des Reports.

Tabelle A 3: Anteil der Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2018 in Prozent

Altersgruppen in Jahren	Männer	Frauen	gesamt*
0	99,6	99,7	99,6
1–4	99,1	99,0	99,1
5–9	95,5	95,0	95,2
10–14	90,7	91,7	91,2
15–19	89,6	95,0	92,2
20–24	86,3	96,5	91,1
25–29	84,6	96,6	90,4
30–34	84,4	96,0	90,0
35–39	85,2	95,5	90,3
40–44	85,9	95,2	90,5
45–49	87,4	95,1	91,2
50–54	88,9	95,7	92,3
55–59	90,9	95,7	93,3
60–64	93,1	96,0	94,6
65–69	94,4	96,1	95,3
70–74	96,1	96,6	96,4
75–79	97,5	97,6	97,6
80–84	98,1	98,2	98,1
85–89	98,3	98,4	98,4
90+	98,4	98,6	98,6
gesamt*	90,4	96,1	93,3

* standardisiert D2018
Quelle: BARMER-Daten 2018

Tabelle A 4: Anzahl der Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2018

Alter in Jahren	Männer	Frauen	gesamt*
0	6,62	6,46	6,54
1–4	6,33	5,93	6,13
5–9	5,21	4,84	5,03
10–14	4,57	4,68	4,63
15–19	4,48	7,62	5,99
20–24	4,30	8,71	6,40
25–29	4,25	8,91	6,49
30–34	4,41	9,15	6,71
35–39	4,83	9,11	6,94
40–44	5,32	9,15	7,22
45–49	5,99	9,55	7,75
50–54	6,81	10,84	8,80
55–59	7,95	11,22	9,59
60–64	9,31	11,75	10,56
65–69	10,62	12,54	11,62
70–74	12,27	13,13	12,72
75–79	13,91	13,98	13,95
80–84	14,63	13,79	14,14
85–89	14,25	12,45	13,09
90+	12,82	10,64	11,20
gesamt*	7,11	9,96	8,56

* standardisiert D2018
Quelle: BARMER-Daten 2018

Tabelle A 5: Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2018

Alter in Jahren	Männer	Frauen	gesamt*
0	12,1	11,7	11,9
1–4	10,2	9,5	9,9
5–9	8,1	7,1	7,6
10–14	7,3	7,1	7,2
15–19	6,8	11,6	9,1
20–24	6,6	12,9	9,6
25–29	6,7	14,0	10,2
30–34	7,2	15,1	11,1
35–39	8,4	15,1	11,7
40–44	9,5	15,1	12,2
45–49	10,9	15,8	13,4
50–54	12,5	18,2	15,3
55–59	14,8	19,2	17,0
60–64	17,6	20,4	19,1
65–69	20,0	21,7	20,9
70–74	23,8	24,0	23,9
75–79	27,5	26,6	27,0
80–84	30,0	28,1	28,9
85–89	30,9	28,4	29,3
90+	30,5	28,0	28,6
gesamt*	13,0	17,3	15,1

* standardisiert D2018
Quelle: BARMER-Daten 2018

Tabelle A 6: Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2018 in Euro

Alter in Jahren	Männer	Frauen	gesamt*
0	567	556	562
1–4	405	371	389
5–9	341	278	310
10–14	327	292	310
15–19	260	433	343
20–24	229	445	332
25–29	243	524	378
30–34	266	588	422
35–39	309	585	445
40–44	348	570	458
45–49	411	598	503
50–54	475	677	575
55–59	581	733	657
60–64	695	777	737
65–69	794	816	805
70–74	957	920	937
75–79	1.137	1.045	1.086
80–84	1.214	1.074	1.132
85–89	1.211	1.053	1.109
90+	1.167	994	1.038
gesamt*	508	656	583

* standardisiert D2018; unter Annahme eines einheitlichen Punktwerts von 10,6543 Cent
Quelle: BARMER-Daten 2018

Tabelle A 7: Fachgebietskodierungen und anteilige Verteilung von Abrechnungsziffern nach drei Zuordnungsvarianten sowie Gruppierung von Fachgebieten 2018

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
01	Allgemeinmediziner (Hausarzt)	22,92	22,98	25,38	Hausarzt Allgemeinmedizin
02	Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)	2,56	2,56	2,11	Hausarzt Allgemeinmedizin
03	Internist (Hausarzt)	11,45	11,43	10,32	Hausarzt Internist
04	Anästhesiologie	0,50	0,49	0,46	Sonstige
05	Augenheilkunde	4,27	4,28	4,27	Augenarzt
06	Chirurgie	1,05	1,06	0,99	Chirurgie
07	Gefäßchirurgie	0,20	0,20	0,17	Chirurgie
08	Viszeralchirurgie	0,07	0,07	0,04	Chirurgie
09	Kinderchirurgie	0,06	0,06	0,05	Chirurgie
10	Orthopädie	4,35	4,37	4,65	Orthopädie
11	Unfallchirurgie	0,62	0,61	0,55	Chirurgie
12	Chirurgie/Rheumatologie	0,20	0,20	0,16	Chirurgie
13	Plastische Chirurgie	0,06	0,06	0,04	Chirurgie
14	Thoraxchirurgie	0,00	0,00	0,00	Chirurgie
15	Frauenheilkunde	7,65	7,66	7,70	Gynäkologie
16	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,05	0,05	0,04	Gynäkologie
17	Gynäkologische Onkologie	0,03	0,03	0,03	Gynäkologie
18	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	0,03	0,03	0,02	Gynäkologie
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3,15	3,15	3,15	HNO
20	Phoniatrie	0,07	0,07	0,06	HNO
21	Geschlechtskrankheiten	3,16	3,16	3,18	Hautarzt
22	Humangenetik	0,03	0,03	0,02	Sonstige
23	Internist	1,10	1,07	0,84	Internist (FA)
24	Angiologie	0,13	0,13	0,10	Internist (FA)
25	Endokrinologie und Diabetologie	0,21	0,21	0,19	Internist (FA)
26	Gastroenterologie	0,61	0,60	0,48	Internist (FA)
27	Hämatologie und Onkologie	0,77	0,77	0,64	Internist (FA)
28	Kardiologie	1,08	1,06	1,00	Internist (FA)

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
29	Nephrologie	0,83	0,84	0,91	Internist (FA)
30	Pneumologie	0,77	0,77	0,76	Internist (FA)
31	Innere Medizin/Rheumatologie	0,54	0,53	0,44	Internist (FA)
32	Geriatrie	0,00	0,00	0,00	Internist (FA)
33	Infektiologie	0,00	0,00	0,00	Internist (FA)
34	Kinderarzt (Hausarzt)	3,07	3,07	2,89	Kinder- und Jugendmedizin
35	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Hausarzt)	0,01	0,01	0,01	Kinder- und Jugendmedizin
36	Kinder-Kardiologie (Hausarzt)	0,05	0,05	0,05	Kinder- und Jugendmedizin
37	Neonatologie (Hausarzt)	0,05	0,05	0,05	Kinder- und Jugendmedizin
38	Neuropädiatrie (Hausarzt)	0,03	0,03	0,03	Kinder- und Jugendmedizin
39	Kinder-Pneumologie (Hausarzt)	0,00	0,00	0,00	Kinder- und Jugendmedizin
40	Kinderarzt (Facharzt)	0,06	0,06	0,05	Kinder- und Jugendmedizin
41	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Facharzt)	0,00	0,00	0,00	Kinder- und Jugendmedizin
42	Kinder-Kardiologie (Facharzt)	0,03	0,03	0,02	Kinder- und Jugendmedizin
43	Neonatologie (Facharzt)	0,03	0,03	0,03	Kinder- und Jugendmedizin
44	Neuropädiatrie (Facharzt)	0,03	0,03	0,02	Kinder- und Jugendmedizin
45	Kinder-Pneumologie (Facharzt)	0,01	0,01	0,01	Kinder- und Jugendmedizin
46	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt und Teilnahme an haus- und fachärztlicher Versorgung	0,24	0,24	0,23	Kinder- und Jugendmedizin
47	Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie	0,29	0,29	0,27	Kinder- und Jugendmedizin

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
48	Laboratoriumsmedizin	11,67	11,85	13,15	Labormedizin
49	Mikrobiologie	1,23	1,13	0,26	Labormedizin
50	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0,05	0,05	0,04	Chirurgie
51	Nervenheilkunde	1,20	1,20	1,20	Neurologie – Nervenheilkunde
52	Neurochirurgie	0,24	0,24	0,19	Neurologie – Nervenheilkunde
53	Neurologie	1,03	1,03	1,04	Neurologie – Nervenheilkunde
54	Nuklearmedizin	0,46	0,47	0,30	Radiologie – Nuklearmedizin
55	Neuropathologie	0,01	0,01	0,00	Pathologie
56	Pathologie	0,73	0,72	0,60	Pathologie
57	Physikalische und Rehabilitative Medizin	0,25	0,24	0,18	Sonstige
58	Psychiatrie und Psychotherapie	0,75	0,75	0,67	Neurologie – Nervenheilkunde
59	Forensische Psychiatrie	0,00	0,00	0,00	Neurologie – Nervenheilkunde
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,15	0,15	0,15	Neurologie – Nervenheilkunde
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	0,18	0,18	0,18	Neurologie – Nervenheilkunde
62	Radiologie	1,63	1,61	1,84	Radiologie – Nuklearmedizin
63	Kinderradiologie	0,01	0,01	0,00	Radiologie – Nuklearmedizin
64	Neuroradiologie	0,04	0,04	0,01	Radiologie – Nuklearmedizin
65	Strahlentherapie	0,28	0,29	0,28	Radiologe – Nuklearmedizin
66	Transfusionsmedizin	0,20	0,17	0,05	Sonstige
67	Urologie	2,73	2,72	2,67	Urologie
68	Psychologischer Psychotherapeut	1,09	1,09	1,07	Psychotherapeut
69	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	0,26	0,26	0,25	Psychotherapeut
70	zur freien Verfügung der KVen	0,03	0,03	0,03	Sonstige

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
71	zur freien Verfügung der KVen	0,01	0,01	0,01	Sonstige
72	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
73	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
74	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
75	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
76	zur freien Verfügung der KVen	0,08	0,08	0,08	Sonstige
77	zur freien Verfügung der KVen	0,02	0,02	0,02	Sonstige
78	zur freien Verfügung der KVen	0,05	0,05	0,05	Sonstige
79	zur freien Verfügung der KVen	0,01	0,01	0,01	Sonstige
80	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
81	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
85	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
89	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
90	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
91	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
92	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
93	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
98	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
99	sonstige Fachgruppen	0,12	0,12	0,12	Sonstige
00	unbekannt	3,07	3,07	3,16	unbekannt
	gesamt	100,00	100,00	100,00	

* BSNR: Betriebsstättennummer
Quelle: BARMER-Daten2018, standardisiert D2018

Tabelle A 8: Krebsfrüherkennungsleistungen, EBM 01730, 01733, 01731: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Alter 2018 in Prozent

Alter in Jahren	Frauen (EBM 01730)	Frauen (EBM 01733)	Männer (EBM 01731)
0	0,0	0,0	0,0
1–4	0,0	0,0	0,0
5–9	0,0	0,0	0,0
10–14	0,0	0,0	0,0
15–19	0,0	0,1	0,0
20–24	54,7	53,9	0,0
25–29	64,1	63,5	0,0
30–34	63,5	63,0	0,0
35–39	60,5	59,9	0,0
40–44	57,4	56,6	0,0
45–49	56,6	55,8	10,4
50–54	53,7	52,7	15,8
55–59	47,3	46,4	19,6
60–64	43,5	42,6	24,1
65–69	42,4	41,4	29,4
70–74	38,4	37,5	33,6
75–79	32,5	31,6	37,2
80–84	22,0	21,4	35,8
85–89	10,6	10,2	29,7
90+	3,8	3,7	20,5
gesamt*	39,6	39,0	11,5

* standardisiert D2018
Quelle: BARMER-Daten 2018
EBM 01730: Krebsfrüherkennungs-Untersuchung bei der Frau
EBM 01733: Zytologische Untersuchung (Krebsvorsorge)
EBM 01731: Krebsfrüherkennungs-Untersuchung beim Mann

Tabelle A 9: Früherkennungsleistungen Darmkrebs, EBM 01737, 01738, 01740, 01741: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Alter 2018 in Prozent

Alter in Jahren	(EBM 01737, 01738)		(EBM 01740)		(EBM 01741)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1–4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5–9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10–14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15–19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20–24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25–29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30–34	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
35–39	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
40–44	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
45–49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
50–54	25,2	8,5	0,0	0,0	0,0	0,0
55–59	15,7	8,5	16,7	11,7	3,3	3,2
60–64	12,5	9,4	8,6	8,3	2,0	2,2
65–69	12,3	10,5	7,9	8,3	2,3	2,2
70–74	11,2	10,9	7,3	8,1	1,7	1,9
75–79	10,3	11,0	6,6	7,8	1,2	1,4
80–84	8,3	10,4	5,4	7,1	0,5	0,8
85–89	5,1	8,2	4,2	6,1	0,2	0,3
90+	2,2	5,1	2,9	4,7	0,0	0,1
gesamt*:	6,4	4,0	3,4	2,9	0,7	0,7
zusammen*:	5,2		3,2		0,7	

* standardisiert D2018
Quelle: BARMER-Daten 2018
EBM 01737, 01738: Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems, Hämoglobin im Stuhl (immunologisch)
EBM 01740: Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms
EBM 01741: Totale Krebsfrüherkennungskoloskopie gemäß Krebsfrüherkennungsrichtlinie

Tabelle A 10: Früherkennungsleistungen Hautkrebs, EBM 01745, 01746, und Mammographie 01750 (nur Frauen): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Alter 2018 in Prozent

Alter in Jahren	(EBM 01745, 01746)		(EBM 01750)
	Frauen	Männer	Frauen
0	0,0	0,0	0,0
1–4	0,0	0,0	0,0
5–9	0,0	0,0	0,0
10–14	0,0	0,0	0,0
15–19	0,4	0,3	0,0
20–24	0,8	0,5	0,0
25–29	1,1	0,6	0,0
30–34	1,1	0,6	0,0
35–39	14,3	10,3	0,0
40–44	16,1	12,2	0,0
45–49	16,9	13,4	0,0
50–54	17,6	14,5	23,6
55–59	17,9	15,4	25,6
60–64	18,7	17,0	25,5
65–69	20,1	19,0	25,2
70–74	20,6	20,2	2,9
75–79	20,0	21,3	0,0
80–84	17,5	20,2	0,0
85–89	13,6	17,3	0,0
90+	9,5	13,1	0,0
gesamt*:	11,6	9,8	7,2
zusammen*:	10,7		

* standardisiert D2018
Quelle: BARMER-Daten 2018
EBM 01745, 01746: Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
EBM 01750: Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening

Tabelle A 11: Früherkennungsleistungen Gesundheitsuntersuchung, EBM 01732, und Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen, EBM 01748 (nur Männer): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Alter 2018 in Prozent

Alter in Jahren	(EBM 01732)	(EBM 01732)	(EBM 01748)
	Frauen	Männer	Männer
0	0,0	0,0	0,0
1–4	0,0	0,0	0,0
5–9	0,0	0,0	0,0
10–14	0,0	0,0	0,0
15–19	0,0	0,0	0,0
20–24	0,0	0,0	0,0
25–29	0,0	0,0	0,0
30–34	0,0	0,0	0,0
35–39	18,0	14,2	0,0
40–44	21,2	17,3	0,0
45–49	22,6	19,1	0,0
50–54	23,9	21,3	0,0
55–59	25,2	22,9	0,0
60–64	26,6	24,8	0,0
65–69	28,4	26,8	13,6
70–74	29,1	27,7	17,8
75–79	28,9	28,0	20,1
80–84	27,8	27,2	20,0
85–89	24,2	25,2	16,9
90+	18,9	21,0	11,4
gesamt*:	16,1	13,7	3,3
zusammen*:	14,9		

* standardisiert D2018
Quelle: BARMER-Daten 2018
EBM 01732: Gesundheitsuntersuchung
EBM 01748: Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen

Tabelle A 12: Anzahl der Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Bundesländern 2013 bis 2018 nach Bundesarztregister-Daten

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Steigerung 2018 versus 2013 in Prozent
Baden-Württemberg	33,2	35,1	35,8	35,2	36,0	37,4	12,8
Bayern	30,7	33,1	34,5	35,7	37,5	40,5	31,8
Berlin	64,8	64,5	68,5	70,4	73,6	77,2	19,0
Brandenburg	15,6	17,7	20,2	21,9	23,4	24,6	57,7
Bremen	60,4	61,9	64,0	65,6	70,0	71,5	18,3
Hamburg	61,0	62,6	64,0	67,9	71,7	74,2	21,5
Hessen	44,0	45,1	46,5	48,3	50,0	51,3	16,5
Mecklenburg-Vorpommern	14,1	19,0	21,5	23,0	24,3	25,5	81,2
Niedersachsen	27,3	28,8	29,3	30,4	31,7	32,7	19,7
Nordrhein-Westfalen	31,3	32,3	34,0	36,0	38,3	40,3	28,7
Rheinland-Pfalz	22,5	24,2	25,3	28,0	29,4	30,4	35,2
Saarland	30,0	31,7	33,0	33,4	33,8	35,4	18,2
Sachsen	23,7	25,9	27,2	28,4	29,9	31,0	30,7
Sachsen-Anhalt	15,2	18,1	20,0	21,3	22,3	23,9	57,4
Schleswig-Holstein	26,0	27,3	27,9	28,5	29,8	30,7	17,8
Thüringen	19,0	21,1	22,3	23,0	24,0	24,8	30,3
bundesweit	31,7	33,4	34,8	36,2	37,9	39,7	25,3

Quelle: eigene Berechnungen nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung sowie Therapeutenzahlen nach dem Bundesarztregister (BAR; KBV 2019; summierte Angaben zu vier Gruppen von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten)

Tabelle A 13: Populationsanteile mit Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien 2015 und 2017 in unterschiedlichen Populationssubgruppen (jeweils nur Erstkontakte ab dem zweiten Quartal)

	Erstkontakte zu Psychotherapeuten Betroffene je 1.000		Richtlinientherapien Betroffene je 1.000		Population in 1.000	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017
Geschlechts- und Altersgruppen						
Männer, 0–5 Jahre	2,51	2,52	0,90	0,69	2.348	2.347
Männer, 6–15 Jahre	11,79	14,29	6,10	6,48	3.555	3.540
Männer, 16–20 Jahre	8,66	10,98	4,29	4,20	2.083	2.075
Männer, 21–29 Jahre	9,51	11,95	4,87	5,21	4.431	4.408
Männer, 30–44 Jahre	10,28	11,54	5,89	5,53	7.333	7.333
Männer, 45–54 Jahre	9,24	10,33	5,41	5,14	6.024	6.021
Männer, 55–64 Jahre	7,15	8,22	4,23	4,10	5.619	5.596
Männer, 65–74 Jahre	2,40	2,80	0,98	1,01	3.890	3.882
Männer, ab 75 Jahre	1,46	1,55	0,32	0,29	3.790	3.787
Frauen, 0–5 Jahre	2,18	2,32	0,73	0,57	2.230	2.230
Frauen, 6–15 Jahre	11,30	14,24	6,28	6,98	3.384	3.366
Frauen, 16–20 Jahre	18,25	23,18	10,52	11,47	1.806	1.785
Frauen, 21–29 Jahre	18,38	21,88	10,83	11,60	3.850	3.838
Frauen, 30–44 Jahre	18,79	21,13	11,97	11,76	6.645	6.671
Frauen, 45–54 Jahre	17,06	18,65	11,02	10,47	5.563	5.575
Frauen, 55–64 Jahre	13,03	15,04	8,17	8,41	5.451	5.426
Frauen, 65–74 Jahre	4,92	5,54	2,52	2,40	4.245	4.233
Frauen, ab 75 Jahre	2,38	2,85	0,67	0,78	5.530	5.521
psychotherapeutische Versorgung: Psychotherapeuten der Fachgruppen 60, 61, 68 und 69 je 100.000 Einwohner						
3–20	7,69	9,01	4,46	4,31	14.615	14.613
20–24	8,35	9,74	4,65	4,58	15.723	15.610
24–32	9,20	11,05	5,26	5,46	15.946	15.910
32–62	10,41	12,06	6,05	6,16	16.209	16.244
ab 62	13,52	15,10	7,98	7,94	15.284	15.256
höchster Ausbildungsabschluss						
Ausbildungsabschluss unbekannt	6,22	7,06	3,20	3,14	27.455	25.856
ohne Ausbildung	12,33	14,20	6,53	6,24	4.451	4.750

	Erstkontakte zu Psychotherapeuten Betroffene je 1.000		Richtlinientherapien Betroffene je 1.000		Population in 1.000	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017
Berufsausbildung	11,52	13,33	6,83	6,82	33.856	34.660
Meister/Techniker	10,50	11,81	6,46	6,17	3.161	3.201
Bachelor	13,80	15,81	8,49	8,77	1.275	1.356
Diplom/Master	13,29	14,88	8,43	8,25	7.010	7.218
Promotion	10,61	12,01	6,48	6,74	569	593
gesicherte ambulant-ärztliche ICD-10-Diagnosen im Vorjahr des gegebenenfalls beobachteten Erstkontakts						
Bösartige Neubildungen (C00–C97, ohne C44)						
keine Diagnose C00–C97	9,95	11,54	5,75	5,76	74.030	73.750
Diagnose C00–C97	7,84	8,98	4,43	4,51	3.746	3.883
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)						
keine Diagnose F10	9,76	11,31	5,65	5,67	76.868	76.684
Diagnose F10	16,83	19,14	8,36	8,06	908	949
Grad der Depression (F32, F33)						
keine Diagnose F32, F33	8,01	9,32	4,52	4,56	70.161	69.571
leichte Depressionen	22,48	24,62	13,75	12,85	4.907	4.776
mittelgradige Depressionen	33,55	35,05	20,80	19,00	1.765	2.254
schwere Depressionen	37,29	40,86	22,61	21,09	788	868
schwere Depressionen mit psychotischen Symptomen	28,88	30,20	17,58	14,25	155	164
Angst- und Zwangsstörungen, Phobien (F40–F42)						
keine Diagnose F40–F42	8,86	10,29	5,06	5,08	74.373	74.038
Diagnose F40–F42	31,38	34,53	19,41	18,42	3.403	3.595
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)						
keine Diagnose F43	8,82	10,24	5,04	5,05	74.073	73.626
Diagnose F43	30,31	32,83	18,51	17,68	3.704	4.007
Somatoforme Störungen (F45)						
keine Diagnose F45	8,74	10,18	5,00	5,02	70.870	70.530
Diagnose F45	21,22	23,65	12,75	12,44	6.907	7.103

	Erstkontakte zu Psychotherapeuten Betroffene je 1.000		Richtlinientherapien Betroffene je 1.000		Population in 1.000	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017
Intelligenzminderung (F70–F73)						
keine Diagnose F70–F73	9,85	11,42	5,69	5,71	77.578	77.423
Diagnose F70–F73	8,61	8,91	3,55	3,18	198	211
Hyperkinetische Störungen (F90)						
keine Diagnose F90	9,67	11,20	5,59	5,60	77.109	76.935
Diagnose F90	29,60	34,78	17,25	16,29	668	699
Diagnosen mit Hinweis auf Schwangerschaften (O00–O99, Z33–Z37, Z39)						
keine Diagnose (O00–O99, Z33–Z37, Z39)	9,75	11,29	5,63	5,63	76.385	76.193
Diagnose (O00–O99, Z33–Z37, Z39)	14,87	17,69	8,82	9,13	1.391	1.440
Unwohlsein und Ermüdung (R53)						
keine Diagnose R53	9,50	11,00	5,47	5,47	75.568	75.264
Diagnose R53	21,69	24,27	12,94	13,07	2.208	2.369
Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung, Kindheitserlebnisse und den engeren Familienkreis (Z60, Z61, Z63)						
keine Diagnose Z60, Z61, Z63	9,71	11,24	5,61	5,61	77.258	77.070
Diagnose Z60, Z61, Z63	30,06	34,75	17,66	17,91	518	563
Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73)						
keine Diagnose Z73	9,60	11,15	5,53	5,55	76.868	76.763
Diagnose Z73	30,70	33,79	18,77	19,00	908	870
Gesamtpopulation						
(nur Personen ohne anderweitigen Kontakt zu Psychotherapeuten)	9,85	11,41	5,69	5,70	77.776	77.633

Quelle: BARMER-Daten 2013 bis 2018; n = 7.032.392 (2015) sowie n = 6.876.344 (2017); Populationsanteile mit Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien und Angaben zu Populationsgruppe – Berechnungen mit einheitlicher bevölkerungsbezogener Gewichtung gemäß Bevölkerungsstruktur in Deutschland 2018 nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Bundesland; Berechnungen unter generellem Ausschluss von Personen mit Kontakten zu Psychotherapeuten innerhalb der jeweils untersuchungsrelevanten Vier-Jahres-Zeiträume, wenn die Kontakte gemäß verwendeter Definition nicht als Erstkontakte oder als Kontakte von zugehörigen Behandlungsepisoden nach Erstkontakt berücksichtigt werden konnten

Tabelle A 14: Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien – logistische Regressionsmodelle zur Prädiktion von Ereignissen 2015 sowie 2017 (jeweils nur Erstkontakte ab dem zweiten Quartal)

	Erstkontakte zu Psychotherapeuten Odds Ratio (95-Prozent-Vertrauensbereich)		Richtlinientherapien Odds Ratio (95-Prozent-Vertrauensbereich)	
	2015	2017	2015	2017
Geschlechts- und Altersgruppen	gesamt: DF = 17; Wald-Chi-Quadrat: 158.822	gesamt: DF = 17; Wald-Chi-Quadrat: 197.067	gesamt: DF = 17; Wald-Chi-Quadrat: 103.445	gesamt: DF = 17; Wald-Chi-Quadrat: 111.693
Männer, 0–5 Jahre	0,31 (0,30–0,32)	0,25 (0,24–0,25)	0,22 (0,21–0,23)	0,15 (0,15–0,16)
Männer, 6–15 Jahre	1,34 (1,32–1,35)	1,29 (1,28–1,31)	1,36 (1,33–1,38)	1,35 (1,32–1,37)
Männer, 16–20 Jahre	0,99 (0,97–1,00)	0,99 (0,98–1,01)	0,98 (0,96–1,01)	0,91 (0,88–0,93)
Männer, 21–29 Jahre	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
Männer, 30–44 Jahre	1,02 (1,01–1,03)	0,90 (0,89–0,91)	1,14 (1,12–1,16)	0,98 (0,96–0,99)
Männer, 45–54 Jahre	0,89 (0,88–0,90)	0,77 (0,76–0,78)	1,03 (1,01–1,05)	0,89 (0,87–0,90)
Männer, 55–64 Jahre	0,64 (0,63–0,65)	0,57 (0,56–0,58)	0,76 (0,74–0,77)	0,66 (0,65–0,67)
Männer, 65–74 Jahre	0,24 (0,23–0,24)	0,21 (0,21–0,22)	0,20 (0,20–0,21)	0,18 (0,18–0,19)
Männer, ab 75 Jahre	0,14 (0,14–0,15)	0,12 (0,11–0,12)	0,07 (0,06–0,07)	0,05 (0,05–0,06)
Frauen, 0–5 Jahre	0,27 (0,26–0,28)	0,23 (0,22–0,23)	0,18 (0,17–0,19)	0,13 (0,12–0,13)
Frauen, 6–15 Jahre	1,36 (1,34–1,38)	1,36 (1,34–1,38)	1,50 (1,47–1,53)	1,53 (1,50–1,56)
Frauen, 16–20 Jahre	1,99 (1,96–2,02)	2,03 (2,00–2,06)	2,30 (2,25–2,34)	2,34 (2,30–2,39)
Frauen, 21–29 Jahre	1,75 (1,72–1,77)	1,66 (1,64–1,68)	1,99 (1,96–2,03)	1,99 (1,96–2,02)
Frauen, 30–44 Jahre	1,65 (1,63–1,67)	1,45 (1,44–1,47)	2,03 (2,00–2,07)	1,81 (1,79–1,84)
Frauen, 45–54 Jahre	1,34 (1,33–1,36)	1,14 (1,13–1,16)	1,69 (1,66–1,71)	1,45 (1,43–1,47)
Frauen, 55–64 Jahre	0,94 (0,92–0,95)	0,84 (0,83–0,85)	1,15 (1,13–1,17)	1,07 (1,05–1,09)
Frauen, 65–74 Jahre	0,38 (0,37–0,39)	0,33 (0,33–0,34)	0,40 (0,39–0,41)	0,34 (0,33–0,35)
Frauen, ab 75 Jahre	0,18 (0,17–0,18)	0,17 (0,16–0,17)	0,10 (0,10–0,11)	0,11 (0,11–0,11)
Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner	gesamt: DF = 4; Wald-Chi-Quadrat: 27.530	gesamt: DF = 4; Wald-Chi-Quadrat: 25.059	gesamt: DF = 4; Wald-Chi-Quadrat: 18.445	gesamt: DF = 4; Wald-Chi-Quadrat: 18.766
3–20	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
20–24	1,10 (1,10–1,11)	1,10 (1,09–1,10)	1,06 (1,05–1,07)	1,08 (1,07–1,09)
24–32	1,22 (1,21–1,23)	1,24 (1,23–1,25)	1,21 (1,19–1,22)	1,29 (1,28–1,30)
32–62	1,37 (1,36–1,38)	1,34 (1,33–1,35)	1,38 (1,36–1,39)	1,43 (1,42–1,45)
ab 62	1,73 (1,72–1,74)	1,64 (1,63–1,65)	1,76 (1,74–1,78)	1,80 (1,78–1,81)

	Erstkontakte zu Psychotherapeuten Odds Ratio (95-Prozent-Vertrauensbereich)		Richtlinientherapien Odds Ratio (95-Prozent-Vertrauensbereich)	
	2015	2017	2015	2017
höchster Ausbildungsabschluss	gesamt: DF = 6; Wald-Chi-Quadrat: 4.771	gesamt: DF = 6; Wald-Chi-Quadrat: 5.259	gesamt: DF = 6; Wald-Chi-Quadrat: 7.084	gesamt: DF = 6; Wald-Chi-Quadrat: 7.489
Ausbildungsabschluss unbekannt	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
ohne Ausbildung	1,06 (1,05–1,07)	1,02 (1,01–1,03)	1,05 (1,04–1,07)	0,97 (0,96–0,98)
Berufsausbildung	1,09 (1,08–1,10)	1,10 (1,09–1,11)	1,18 (1,17–1,19)	1,18 (1,17–1,19)
Meister/Techniker	1,15 (1,13–1,16)	1,12 (1,11–1,14)	1,30 (1,28–1,32)	1,26 (1,24–1,28)
Bachelor	1,28 (1,26–1,30)	1,27 (1,25–1,29)	1,48 (1,45–1,51)	1,50 (1,47–1,53)
Diplom/Master	1,33 (1,32–1,35)	1,32 (1,31–1,33)	1,56 (1,54–1,58)	1,54 (1,52–1,56)
Promotion	1,13 (1,10–1,16)	1,12 (1,10–1,15)	1,28 (1,24–1,32)	1,34 (1,30–1,39)
gesicherte ambulant-ärztliche ICD-10-Diagnosen im Vorjahr des gegebenenfalls beobachteten Erstkontakts				
Bösartige Neubildungen (C00–C97, ohne C44)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 160	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 241	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 127	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 230
Diagnose C00–C97	1,08 (1,07–1,10)	1,09 (1,08–1,11)	1,10 (1,08–1,11)	1,13 (1,11–1,15)
Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 229	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 384	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 31	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 18
Diagnose F10	1,14 (1,12–1,16)	1,17 (1,15–1,18)	0,94 (0,91–0,96)	0,95 (0,93–0,97)
Grad der Depression (F32, F33)	gesamt: DF = 4; Wald-Chi-Quadrat: 111.580	gesamt: DF = 4; Wald-Chi-Quadrat: 121.610	gesamt: DF = 4; Wald-Chi-Quadrat: 74.801	gesamt: DF = 4; Wald-Chi-Quadrat: 67.051
keine Diagnose F32, F33	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)	1 (Referenz)
leichte Depressionen	2,52 (2,50–2,53)	2,45 (2,44–2,47)	2,67 (2,64–2,69)	2,51 (2,48–2,53)
mittelgradige Depressionen	3,20 (3,17–3,23)	3,01 (2,98–3,03)	3,39 (3,35–3,43)	3,15 (3,12–3,19)
schwere Depressionen	3,45 (3,41–3,50)	3,37 (3,33–3,41)	3,59 (3,54–3,65)	3,36 (3,31–3,42)
schwere Depressionen mit psychotischen Symptomen	2,96 (2,87–3,05)	2,75 (2,67–2,83)	3,17 (3,04–3,29)	2,56 (2,46–2,67)
Angst- und Zwangsstörungen, Phobien (F40–F42)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 29.215	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 30.982	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 19.769	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 17.545
Diagnose F40–F42	1,90 (1,88–1,91)	1,85 (1,84–1,86)	1,96 (1,94–1,97)	1,88 (1,87–1,90)

	Erstkontakte zu Psychotherapeuten Odds Ratio (95-Prozent-Vertrauensbereich)		Richtlinientherapien Odds Ratio (95-Prozent-Vertrauensbereich)	
	2015	2017	2015	2017
Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 26.024	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 26.847	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 15.902	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 15.589
Diagnose F43	1,79 (1,77–1,80)	1,73 (1,71–1,74)	1,78 (1,77–1,80)	1,76 (1,75–1,78)
Somatoforme Störungen (F45)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 17.196	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 19.621	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 10.043	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 10.497
Diagnose F45	1,53 (1,52–1,54)	1,53 (1,52–1,54)	1,52 (1,51–1,53)	1,54 (1,52–1,55)
Intelligenzminderung (F70–F73)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 424	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 747	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 466	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 577
Diagnose F70–F73	0,60 (0,58–0,63)	0,53 (0,50–0,55)	0,44 (0,41–0,47)	0,39 (0,36–0,42)
Hyperkinetische Störungen (F90)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 11.120	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 11.789	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 7.797	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 5.500
Diagnose F90	2,26 (2,23–2,30)	2,13 (2,10–2,16)	2,43 (2,38–2,48)	2,10 (2,06–2,15)
Diagnosen mit Hinweis auf Schwangerschaften (O00–O99, Z33–Z37, Z39)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 2.934	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 2.486	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 2.308	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 1.953
Diagnose (O00–O99, Z33–Z37, Z39)	0,67 (0,66–0,68)	0,71 (0,70–0,72)	0,63 (0,62–0,64)	0,66 (0,65–0,68)
Unwohlsein und Ermüdung (R53)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 5.050	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 5.728	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 2.742	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 3.534
Diagnose R53	1,42 (1,41–1,43)	1,41 (1,40–1,42)	1,39 (1,38–1,41)	1,44 (1,42–1,46)
Kontaktanlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung … (Z60, Z61, Z63)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 2.433	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 2.884	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 1.248	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 1.281
Diagnose Z60, Z61, Z63	1,52 (1,50–1,55)	1,51 (1,49–1,53)	1,48 (1,44–1,51)	1,46 (1,43–1,49)
Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (Z73)	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 3.477	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 2.652	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 1.954	gesamt: DF = 1; Wald-Chi-Quadrat: 1.871
Diagnose Z73	1,47 (1,45–1,48)	1,38 (1,37–1,40)	1,44 (1,41–1,46)	1,43 (1,41–1,46)

	Erstkontakte zu Psychotherapeuten Odds Ratio (95-Prozent-Vertrauensbereich)		Richtlinientherapien Odds Ratio (95-Prozent-Vertrauensbereich)	
	2015	2017	2015	2017
übergreifende Angaben zu den logistischen Regressionsmodellen				
Personen mit Zielereignis	n = 69.957	n = 78.007	n = 40.579	n = 39.112
Personen ohne Zielereignis	n = 6.962.435	n = 6.798.337	n = 6.991.813	n = 6.837.232
Modellgüte: c-Wert	c = .747	c = .747	c = .770	c = .771

DF: Datenfreiheitsgrade. Der c-Wert entspricht der Fläche unter der ROC-Kurve und ist ein allgemeines Maß für die Modellgüte.
Quelle: BARMER-Daten 2013 bis 2018; n = 7.032.392 (2015) sowie n = 6.876.344 (2017); Odds Ratios mit 95-Prozent-Vertrauensbereichen aus logistischen Regressionsmodellen zu Wahrscheinlichkeiten von Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien – Berechnungen mit einheitlicher bevölkerungsbezogener Gewichtung gemäß Bevölkerungsstruktur in Deutschland 2018 nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Bundesland; Berechnungen unter generellem Ausschluss von Personen mit Kontakten zu Psychotherapeuten innerhalb der jeweils untersuchungsrelevanten Vier-Jahres-Zeiträume, wenn die Kontakte gemäß verwendeter Definition nicht als Erstkontakte oder als Kontakte von zugehörigen Behandlungsepisoden nach Erstkontakt berücksichtigt werden konnten

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
BAR	Bundesarztregister
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BPtK	Bundespsychotherapeutenkammer
BSNR	Betriebsstättennummer (eindeutige Kennung einer Arztpraxis)
D2005	standardisiert nach durchschnittlicher Bevölkerung Deutschland 2005
D2018	standardisiert nach durchschnittlicher Bevölkerung Deutschland 2018
D20...	standardisiert nach einer jeweils genannten durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands aus einem anderen Jahr
DF	Datenfreiheitsgrade (Begriff aus der Statistik)
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FA	Facharzt(-gruppe)
FU	Früherkennungsuntersuchung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
HA	Hausarzt (im Sinne hausärztlich niedergelassener Kassenärzte)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision (vergleiche www.dimdi.de)

KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
KZT	Kurzzeittherapie
LANR	Lebenslange Arztnummer
LZT	Langzeittherapie
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel (vergleiche www.dimdi.de)
OR	Odds Ratio (Chancen-Verhältnis)
PKV	Private Krankenversicherung
r	übliches Buchstabenkürzel bei Angabe des Korrelationskoeffizienten
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
TN	Teilnehmer (nur bei Erläuterungen im EBM verwendet)
TSS	Terminservicestelle
TSVG	Terminservice- und Versorgungsgesetz
stand.	alters- (und gegebenenfalls geschlechts-) standardisiert – siehe Erläuterungen im Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1: Anteil der BARMER-Versicherten in Prozent an der durchschnittlichen Bevölkerung in Bundesländern im Jahr 2018 ... 38
Abbildung 2.1 A: Anteil der Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2007 und 2012 ... 51
Abbildung 2.1 B: Anteil der Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2018 und 2012 ... 51
Abbildung 2.2: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2018 ... 53
Abbildung 2.3: Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2018 ... 54
Abbildung 2.4: Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2018 ... 55
Abbildung 2.5: Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2018 ... 56
Abbildung 2.6: Personen mit Kontakt zu Facharztgruppen je 1.000 Versicherte 2018 ... 58
Abbildung 2.7: Anzahl abrechnender Betriebsstätten je Versicherten 2018 ... 64
Abbildung 2.8: Diagnoseraten nach ICD-10-Kapiteln 2018 ... 77
Abbildung 2.9: Anzahl unterschiedlicher dreistelliger Diagnosen pro Kopf nach Geschlecht und Alter 2018 ... 89
Abbildung 2.10: Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, EBM-Ziffern 01730, 01733, 01731: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2018 ... 114
Abbildung 2.11: Früherkennungsleistungen Darmkrebs, EBM-Ziffern 01737/01738, 01740, 01741: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2018 ... 118
Abbildung 2.12: Früherkennungsleistungen gemäß EBM-Ziffern 01745/01746, 01750 (nur Frauen): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2018 ... 119
Abbildung 2.13: Früherkennungsleistungen gemäß EBM-Ziffern 01732 und 01748 (nur Männer): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2018 ... 121

Abbildung 3.1: Elemente der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung seit April 2017 ... 134
Abbildung 3.2: Befragung Sprechstundenteilnehmer – Wie haben Sie von dem Versorgungsangebot „Psychotherapeutische Sprechstunde" erfahren? ... 152
Abbildung 3.3: Befragung Sprechstundenteilnehmer – Wie erfolgte die erste Terminvereinbarung zu einer Psychotherapeutischen Sprechstunde? ... 153
Abbildung 3.4: Befragung Sprechstundenteilnehmer mit Kontakt zur Terminservicestelle – Wie zufrieden waren Sie mit der Terminservicestelle im Hinblick auf ...? ... 154
Abbildung 3.5: Psychotherapeutische Sprechstunde – Einschätzungen des Zutreffens bestimmter Aussagen zu Handlungen und Empfehlungen der Therapeutin / des Therapeuten aus Patientensicht ... 155
Abbildung 3.6: Psychotherapeutische Sprechstunde – empfohlene Maßnahmen ... 156
Abbildung 3.7: Psychotherapeutische Sprechstunde – nachfolgend begonnene Maßnahmen ... 157
Abbildung 3.8: Psychotherapeutische Sprechstunde – Gründe für die Nichtaufnahme einer nachfolgend empfohlenen Psychotherapie ... 158
Abbildung 3.9: Psychotherapie – Zeit bis zum Beginn seit der Psychotherapeutischen Sprechstunde ... 159
Abbildung 3.10: Psychotherapie – vor Beginn der Therapie bestehende Wünsche nach weiblichen oder männlichen Therapeuten ... 160
Abbildung 3.11: Psychotherapie – Behandlungsform der begonnenen Therapie ... 160
Abbildung 3.12: Psychotherapie – Anzahl der empfohlenen sowie bislang realisierten Sitzungen ... 161
Abbildung 3.13: Psychotherapie – Zufriedenheit mit unterschiedlichen Aspekten der Behandlung ... 162
Abbildung 3.14: Psychotherapie – vom Therapeuten empfohlene zusätzliche Angebote ... 163

Abbildung 3.15: Psychotherapie – erstmalige Verordnung von Medikamenten wegen psychischer Beschwerden ... 164
Abbildung 3.16: Psychotherapie – Zufriedenheit mit der Kommunikation von Psychotherapeuten mit Haus- und Fachärzten ... 164
Abbildung 3.17: Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland von 2009 beziehungsweise 2013 bis 2018 ... 170
Abbildung 3.18: Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Bundesländern 2018 ... 176
Abbildung 3.19: Anzahl der Psychotherapeuten (Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69) mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Kreisen 2018 ... 180
Abbildung 3.20: Anzahl der psychologischen Psychotherapeuten (Fachgruppe 68 oder 69) mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Kreisen 2018 ... 182
Abbildung 3.21: Anzahl der ärztlichen Psychotherapeuten (Fachgruppe 60 oder 61) mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Kreisen 2018 ... 183
Abbildung 3.22: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten aus den Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 in den Jahren 2009 bis 2018 ... 186
Abbildung 3.23: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu anderen ärztlichen Psychotherapeuten (ohne Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69) in den Jahren 2009 bis 2018 ... 189
Abbildung 3.24: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten (Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69) – Abweichungen der regional beobachteten von erwarteten Kontaktraten in Kreisen 2018 ... 194
Abbildung 3.25: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten – Abweichungen der regional beobachteten von erwarteten Kontaktraten in Kreisen 2018 – Zusammenhänge mit der regionalen Therapeutendichte ... 195

Abbildung 3.26: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten (Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69) – Abweichungen der regional beobachteten von erwarteten Kontaktraten in Kreisen 2009, 2013, 2016 und 2018 196
Abbildung 3.27: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen in den Jahren 2009 bis 2018 198
Abbildung 3.28: Anzahl der abgerechneten spezifischen psychotherapeutischen Leistungen pro 100 Einwohner in den Jahren 2009 bis 2018 200
Abbildung 3.29: Anteil der Bevölkerung mit Richtlinientherapien in den Jahren 2009 bis 2018 201
Abbildung 3.30: Anzahl der abgerechneten spezifischen psychotherapeutischen Leistungen pro 100 Einwohner in den Jahren 2009 bis 2018 in einzelnen Leistungskategorien 202
Abbildung 3.31: Anzahl der abgerechneten Richtlinientherapie-Einheiten pro 100 Einwohner 2009 bis 2018 nach Anwendungsform (Einzel- versus Gruppentherapie) 204
Abbildung 3.32: Anzahl der abgerechneten Richtlinientherapie-Einheiten pro 100 Einwohner 2009 bis 2018 nach Behandlungsform (analytisch, tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch) 204
Abbildung 3.33: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht und Alter 2018 208
Abbildung 3.34: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen nach Geschlecht und Alter 2009, 2013, 2016 und 2018 210
Abbildung 3.35: Zusätzliche Bevölkerungsanteile mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen 2016, ausgehend von Bevölkerungsanteilen im Jahr 2009 sowie 2018 im Vergleich zu 2016 nach Geschlecht und Alter 211
Abbildung 3.36: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme von Richtlinientherapien nach Geschlecht und Alter 2018 213

Abbildung 3.37: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme von Richtlinientherapien nach Geschlecht und Alter 2009, 2013, 2016 und 2018 214
Abbildung 3.38: Zusätzliche Bevölkerungsanteile mit Inanspruchnahme von Richtlinientherapien 2016, ausgehend von Bevölkerungsanteilen im Jahr 2009 sowie 2018 im Vergleich zu 2016 nach Geschlecht und Alter 215
Abbildung 3.39: Abhängigkeit der Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien von Versichertenmerkmalen vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Geschlechts- und Altersgruppen 230
Abbildung 3.40: Abhängigkeit der Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien von Versichertenmerkmalen vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie – regionale Psychotherapeutendichte 232
Abbildung 3.41: Abhängigkeit der Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien von Versichertenmerkmalen vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie – höchster Ausbildungsabschluss 234
Abbildung 3.42: Abhängigkeit der Erstkontakte zu Psychotherapeuten und Richtlinientherapien von Versichertenmerkmalen vor und nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie – Depressionsdiagnosen im Vorjahr 236

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1: Wesentliche Beobachtungseinheiten und Zählgrößen in Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung ... 40
Tabelle 2.1: Trends von Behandlungsraten, Behandlungsfällen und Arztkontakten je Quartal 2005 bis 2018 ... 47
Tabelle 2.2: Ambulante ärztliche Versorgung 2009 bis 2018 ... 48
Tabelle 2.3: Ambulante ärztliche Versorgung 2018 ... 49
Tabelle 2.4: Betroffene, Behandlungsfälle und Leistungstage je 1.000 Versicherte nach Fachgebieten 2018 ... 60
Tabelle 2.5: Abrechnungsziffern sowie approximative fall- und versichertenbezogene Kosten nach Fachgebieten 2018 ... 61
Tabelle 2.6: Anzahl kontaktierter Praxen allgemein und nach Fachgruppen 2018 ... 66
Tabelle 2.7: Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2018 ... 69
Tabelle 2.8: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen 2009 bis 2018 nach Diagnosekapiteln ... 72
Tabelle 2.9: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2018 ... 75
Tabelle 2.10: Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2018 ... 78
Tabelle 2.11: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte Diagnosegruppen 2018 ... 80
Tabelle 2.12: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte dreistellige Diagnosen 2018 ... 85
Tabelle 2.13: Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2018 ... 90
Tabelle 2.14: Top 20 der Zweierkombinationen von Diagnosen 2018 ... 92
Tabelle 2.15: Top 20 der Zweierkombinationen von Erkrankungsdiagnosen 2018 ... 93
Tabelle 2.16: Top-20-Diagnosen: Kleinkinder, 0 bis 4 Jahre ... 97
Tabelle 2.17: Top-20-Diagnosen: Kinder, 5 bis 14 Jahre ... 99
Tabelle 2.18: Top-20-Diagnosen: männliche Jugendliche, 15 bis 24 Jahre ... 101
Tabelle 2.19: Top-20-Diagnosen: weibliche Jugendliche, 15 bis 24 Jahre ... 102
Tabelle 2.20: Top-20-Diagnosen: männliche Erwachsene, 25 bis 39 Jahre ... 103
Tabelle 2.21: Top-20-Diagnosen: weibliche Erwachsene, 25 bis 39 Jahre ... 104

Tabelle 2.22: Top-20-Diagnosen: männliche Erwachsene, 40 bis 64 Jahre ... 105
Tabelle 2.23: Top-20-Diagnosen: weibliche Erwachsene, 40 bis 64 Jahre ... 106
Tabelle 2.24: Top-20-Diagnosen: männliche Personen, 65 bis 79 Jahre ... 108
Tabelle 2.25: Top-20-Diagnosen: weibliche Personen, 65 bis 79 Jahre ... 109
Tabelle 2.26: Top-20-Diagnosen: männliche Hochbetagte ab 80 Jahre ... 111
Tabelle 2.27: Top-20-Diagnosen: weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre ... 112
Tabelle 2.28: Krebsfrüherkennungsuntersuchungsraten in Bundesländern 2018 ... 115
Tabelle 3.1: Leistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinien) – EBM 2016 und 2018 ... 138
Tabelle 3.2: Befragung: Soziodemografische Merkmale der angeschriebenen Versicherten und Befragungsteilnehmer – Response-Analyse ... 148
Tabelle 3.3: Therapeuten mit Abrechnung von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen sowie mit Abrechnung von Richtlinientherapien nach Fachgruppen 2018 ... 167
Tabelle 3.4: Anzahl der Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2013 bis 2018 nach Fachgruppen ... 169
Tabelle 3.5: Durchschnittliche Vollzeitäquivalente bei der Tätigkeit von Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2013 bis 2018 nach Fachgruppen ... 172
Tabelle 3.6: Anzahl Psychotherapeuten und durchschnittliche Vollzeitäquivalente in der vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2018 nach Fach- und Altersgruppen ... 173
Tabelle 3.7: Anzahl der Psychologischen Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung nach kassenärztlichen Vereinigungen 2018 ... 174
Tabelle 3.8: Anzahl der Psychotherapeuten in ausgewählten Fachgruppen mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Bundesländern 2018 ... 177

Tabelle 3.9: Anzahl der Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Bundesländern 2013 bis 2018 nach BARMER-Daten ... 179
Tabelle 3.10: Anzahl der Psychotherapeuten je 100.000 Einwohner (Fachgruppen 60, 61, 68, 69) nach Bevölkerungsdichte des Wohnkreises 2018 ... 185
Tabelle 3.11: Anteil der Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten aus den Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 in Bundesländern in den Jahren 2009, 2013, 2016 sowie 2018 ... 191
Tabelle 3.12: Bevölkerung mit Kontakt zu Psychotherapeuten aus den Fachgruppen 60, 61, 68 oder 69 in Bundesländern in den Jahren 2016 sowie 2018 – absolute Betroffenenzahlen (Hochrechnungen) ... 192
Tabelle 3.13: Anteil der Bevölkerung mit Inanspruchnahme spezifischer psychotherapeutischer Leistungen nach Bundesländern 2009, 2013, 2016 und 2018 ... 206
Tabelle 3.14: Anteil der Bevölkerung mit Richtlinientherapie nach Bundesländern 2009, 2013, 2016 und 2018 ... 207
Tabelle 3.15: Personen mit erstmaligem Kontakt zu Psychotherapeuten – Inanspruchnahme von Leistungen innerhalb von 365 Tagen sowie zeitlicher Abstand ausgewählter Leistungsinanspruchnahmen vom identifizierten Erstkontakt im zweiten bis vierten Quartal 2015 sowie 2017 ... 220
Tabelle A 1: Durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland 2005 und 2018 ... 243
Tabelle A 2: Übersicht zu den ICD-10-Diagnosekapiteln ... 246
Tabelle A 3: Anteil der Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2018 in Prozent ... 247
Tabelle A 4: Anzahl der Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2018 ... 248
Tabelle A 5: Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2018 ... 249
Tabelle A 6: Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2018 in Euro ... 250

Tabelle A 7: Fachgebietskodierungen und anteilige Verteilung von Abrechnungsziffern nach drei Zuordnungsvarianten sowie Gruppierung von Fachgebieten 2018 ... 251
Tabelle A 8: Krebsfrüherkennungsleistungen, EBM 01730, 01733, 01731: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Alter 2018 in Prozent ... 255
Tabelle A 9: Früherkennungsleistungen Darmkrebs, EBM 01737, 01738, 01740, 01741: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Alter 2018 in Prozent ... 256
Tabelle A 10: Früherkennungsleistungen Hautkrebs, EBM 01745, 01746, und Mammographie 01750 (nur Frauen): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Alter 2018 in Prozent ... 257
Tabelle A 11: Früherkennungsleistungen Gesundheitsuntersuchung, EBM 01732, und Ultraschall-Screening Bauchaortenaneurysmen, EBM 01748 (nur Männer): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Alter 2018 in Prozent ... 258
Tabelle A 12: Anzahl der Psychotherapeuten mit Beteiligung an der vertragsärztlichen Versorgung je 100.000 Einwohner in Bundesländern 2013 bis 2018 nach Bundesarztregister-Daten ... 259
Tabelle A 13: Populationsanteile mit Erstkontakten zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien 2015 und 2017 in unterschiedlichen Populationssubgruppen (jeweils nur Erstkontakte ab dem zweiten Quartal) ... 260
Tabelle A 14: Erstkontakte zu Psychotherapeuten sowie Richtlinientherapien – logistische Regressionsmodelle zur Prädiktion von Ereignissen 2015 sowie 2017 (jeweils nur Erstkontakte ab dem zweiten Quartal) ... 263

Literaturverzeichnis

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2019). Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit. Glossar. Psychotherapeutische Sprechstunde. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/psychotherapeutische-sprechstunde.html [14.08.2019]

BMG – Bundesministerium für Gesundheit (2020). Internetseiten des Bundesministeriums für Gesundheit. Glossar. Terminservicestellen. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservicestellen.html [03.02.2020]

BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (Hrsg.) (2017). Praxis-Info: Psychotherapie-Richtlinie. 1. Auflage, überarbeitete Fassung, Juli 2017. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20170702_praxisinfo_psychotherapie-richtlinie.pdf [05.11.2019]

Daly, L. (1992). Simple SAS macros for the calculation of exact binomial and Poisson confidence limits. Comp Biol Med 22 (5), 351–361.

Deutsches Ärzteblatt (2008). Änderung des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) sowie Änderung des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen (EKV) zur weiteren Umsetzung der Laborreform. 105 (Heft 31–32). A1654–1655. Verfügbar unter: https://www.aerzteblatt.de/archiv/61094/Aenderung-des-Bundesmantelvertrages-Aerzte-(BMV-Ae)-sowie-Aenderung-des-Bundesmantelvertrages-Aerzte-Ersatzkassen-(EKV)-zur-weiteren-Umsetzung-der-Laborreform [05.02.2020]

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision German Modification. Verfügbar unter: https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/ [05.02.2020]

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019a). Amtliche Fassung der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifikation mit definierten Tagesdosen (DDD, Defined Daily Doses). Verfügbar unter: https://www.dimdi.de/dynamic/de/arzneimittel/atc-klassifikation/ [05.02.2020]

DIMDI – Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2019b). Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS). Verfügbar unter: https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/ops/ [05.02.2020]

Dorsch Lexikon der Psychologie (2017). Stichwort: Psychotherapie. Wirtz, M. A. (Hrsg.), Hogrefe AG Göttingen. 18. Auflage.

G-BA – Gemeinsamer Bundesausschuss (2018). Psychotherapie-Richtlinie. Verfügbar unter: https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/20/ [05.02.2020]

Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019: Bevölkerung im Jahresdurchschnitt 2018 (Grundlage Zensus 2011). Verfügbar unter: www.gbe-bund.de unter > Rahmenbedingungen > Bevölkerung > Bevölkerungsstand [05.02.2020]

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) 2016. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/ebm.php [05.02.2020]

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018). Prävention: Darmkrebsfrüherkennung. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/praevention_darmkrebsfrueherkennung.php [05.02.2020]

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2018a). Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/ebm.php [05.02.2020]

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019). Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/gutachterverfahren.php [13.12.2019]

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019a). Bundesarztregister. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php [13.12.2019]

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020). Online-Version des EBM. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/online-ebm.php [03.01.2020]

Multmeier, J. (2017). Ambulante psychotherapeutische Versorgung: Umfassende Strukturreform. Deutsches Ärzteblatt PP (Heft 3), 103–104.

Schulz, M., Schulz, M., Bätzing-Feigenbaum, J. & v. Stillfried, D. (2015). Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in

Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/02. Berlin 2015. DOI: 10.20364/VA-15.02. Verfügbar unter: https://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsstrukturen/?tab=1&uid=58 [05.02.2020]

Statistisches Bundesamt (2019). Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 – Fachserie 1 Reihe 1.3 – 2018 (vom Statistischen Bundesamt freundlicherweise vorab zur Verfügung gestellt). Verfügbar unter: www.gbe-bund.de unter > Rahmenbedingungen > Bevölkerung > Bevölkerungsstand [05.02.2020]

Statistisches Bundesamt (2019a). Gemeindeverzeichnis. Gebietsstand 31.12.2018. Erscheinungsmonat Oktober 2019. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Themen/Laender-Regionen/Regionales/Gemeindeverzeichnis/Administrativ/Archiv/GVAuszugJ/31122018_Auszug_GV.html 05.02.2020]

Autorenverzeichnis

Thomas G. Grobe, Dr. med., MPH, Leiter der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Biometrie, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

Susanne Steinmann, Dipl.-Dok., Mitarbeiterin der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Biometrie, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

Joachim Szecsenyi, Prof. Dr. med., Dipl.-Soz., Leiter des aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.