

BARMER



Arztreport 2018

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Thomas G. Grobe, Susanne Steinmann,
Joachim Szecsenyi

Band 7

Arztreport 2018

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse

Thomas G. Grobe, Susanne Steinmann,
Joachim Szecsenyi

Band 7

Impressum

Herausgeber:

BARMER

Postfach 110704

10837 Berlin

BARMER Hauptverwaltung

Lichtscheider Straße 89

42285 Wuppertal

Autoren:

Thomas G. Grobe

Susanne Steinmann

Joachim Szecsenyi

aQua - Institut für angewandte Qualitätsförderung
und Forschung im Gesundheitswesen GmbH

Maschmühlenweg 8-10

37073 Göttingen

Endredaktion, Design und Realisation:

37 Grad Analyse & Beratung GmbH

Overstolzenstraße 2a

50677 Köln

Verlag: Müller Verlagsservice e.K.

Schützenstraße 4

53721 Siegburg

978-3-946199-14-4

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.....	8
Zusammenfassung.....	10
1 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen.....	26
2 Ambulante ärztliche Versorgung – Routineteil.....	30
2.1 Hintergrund.....	30
2.2 Inhalte und Struktur der Daten.....	31
2.3 Inanspruchnahme in Quartalen und Kalenderjahren.....	46
2.4 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht.....	53
2.5 Fachärztliche Behandlungshäufigkeit.....	56
2.6 Anzahl kontaktierter Ärzte – Arztwechsel.....	61
2.7 Regionale Variationen.....	66
2.8 Ambulante Diagnosen.....	68
2.9 Diagnosen – differenzierte Betrachtung.....	93
2.10 Untersuchungen zur Früherkennung.....	113
3 Psychische Störungen bei jungen Erwachsenen – Zusammenhänge mit Studium und Familie – Schwerpunkt Kapitel..	122
3.1 Abgrenzung psychischer Störungen.....	124
3.2 Datengrundlage und Methoden.....	126
3.3 Häufigkeit psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen.....	135
3.4 Psychische Störungen bei Studierenden und Nichtstudierenden.....	152
3.5 Psychische Störungen, Eltern und Studium.....	159
3.6 Fokus Depressionen.....	173
I Anhang.....	232
Standardpopulation Bevölkerung.....	232
Indirekte Standardisierung, kleinräumige Analyse.....	234
Tabellenanhang.....	238

II Verzeichnisse	270
Abkürzungsverzeichnis	270
Abbildungsverzeichnis	271
Tabellenverzeichnis	274
Literaturverzeichnis	278
Autorenverzeichnis	279
Bundesländer Deutschland	280

Vorwort

Sehr geehrte Leserin, sehr geehrter Leser,

immer mehr junge Erwachsene leiden unter psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Panikattacken. Psychische Erkrankungen stellen somit für zunehmend viele der 18- bis 25-Jährigen von heute eine enorme Belastung dar. Allein zwischen den Jahren 2005 und 2016 ist der Anteil der Betroffenen über alle Diagnosen hinweg um 38 Prozent, bei Depressionen um 76 Prozent, bei einzelnen selteneren Diagnosen sogar noch erheblich stärker gestiegen. Insgesamt sind inzwischen 1,9 Millionen junge Erwachsene in Deutschland von einer psychischen Erkrankung betroffen, das entspricht 25,8 Prozent der gesamten Altersgruppe. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) prognostiziert, dass Depressionen in den Industrieländern in naher Zukunft die Hauptursache für vorzeitigen Tod sein werden, noch vor koronarer Herzkrankheit, Alzheimer oder Diabetes. Aufgrund dieser enormen Relevanz haben wir das Schwerpunktkapitel des BARMER-Arztreports in diesem Jahr der psychischen Gesundheit von jungen Erwachsenen gewidmet.

Insbesondere wurde in dem Report eine sehr relevante Gruppe untersucht, nämlich die Studierenden. Nahezu jeder sechste Studierende (17 Prozent) ist von mindestens einer Diagnose psychischer Störungen betroffen. Gerade bei den angehenden Akademikern steigt der Leistungsdruck kontinuierlich, hinzukommen eventuell noch finanzielle Sorgen und Zukunftsängste. Mit zunehmendem Alter steigt bei Studierenden zudem das Risiko für eine erstmals diagnostizierte Depression deutlich. Bei denjenigen, die nicht studieren, sinkt es in derselben Zeitspanne eher. Die Probleme können bei den betroffenen Studierenden so groß werden, dass der normale Studentenalltag nicht mehr zu bewältigen ist, es vielfach zu Studienabbrüchen kommt und ein beträchtlicher Teil in existenzielle Krisen gerät.

Damit es nicht so weit kommt, braucht es niedrigschwellige Angebote, die ihnen unkompliziert und frühzeitig helfen. Die BARMER hat daher mit ihren Partnern das von der WHO unterstützte Projekt Studicare aufgelegt. Darin werden nicht nur zielgerichtete Maßnahmen für Studierende in ganz Deutschland entwickelt, sondern auch erforscht, wie wir Betroffene möglichst frühzeitig erreichen können, sodass die oft verheerenden Auswirkungen einer psychischen Erkrankung gar nicht erst zum Tragen kommen.

Es braucht also Maßnahmen, die helfen, psychische Erkrankungen bei jungen Erwachsenen effektiv zu verhindern. Das gerade in Kraft getretene neue Präventionsgesetz bietet eine gute Grundlage dafür. Es hat erstmals die Prävention von Depressionen als explizites Ziel aufgenommen. Ein großes Potenzial sieht die BARMER hier in internetbasierten Angeboten, die gerade junge Erwachsene viel früher erreichen können als traditionelle Vor-Ort-Maßnahmen. Mit PRO.MIND hat die BARMER als erste Krankenkasse ein Online-Training implementiert, für das gezeigt werden konnte, dass damit Depressionen erfolgreich verhindert werden können.

Mein Dank gilt in besonderer Weise Dr. Thomas Grobe und Susanne Steinmann vom aQua-Institut in Göttingen, die den BARMER-Arztreport seit Jahren federführend betreuen. Den Leserinnen und Lesern des Reports wünsche ich eine anregende und aufschlussreiche Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender
BARMER
Berlin, im Januar 2018

Zusammenfassung

Besonderheiten und Schwerpunkt

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

Berichtet werden im aktualisierten Routineteil des vorliegenden Arztreports vorrangig Ergebnisse aus dem Jahr 2016. Grundlage der Auswertungen bildeten anonymisierte Daten zu mehr als acht Millionen Versicherten der BARMER GEK, die ab dem Jahr 2005 in Form eines einheitlichen Datenbestandes betrachtet werden konnten. Die BARMER GEK war im Jahr 2010 aus der Fusion der BARMER und der GEK entstanden. Zum 1. Januar 2017 fusionierte die BARMER GEK mit der Deutschen BKK, als Name für die vereinigte Krankenkasse wurde BARMER gewählt. Daten der bis zum Jahr 2016 bei der Deutschen BKK versicherten Personen konnten im vorliegenden Arztreport noch nicht berücksichtigt werden. Die Datenanalysen bis einschließlich 2016 beziehen sich auf den Datenbestand der vormaligen BARMER GEK auch wenn nachfolgend nur noch der Name BARMER verwendet wird. Im diesjährigen Schwerpunktkapitel befasst sich der Arztreport mit der Frage nach psychischen Störungen bei jungen Erwachsenen und möglichen Zusammenhängen mit Studium und Familie.

Die Ergebnisse werden im Arztreport – wie in den Vorjahren und sofern nicht explizit abweichend erwähnt – in einer entsprechend der Geschlechts- und Altersstruktur der deutschen Bevölkerung standardisierten Form präsentiert. Dies ermöglicht eine Übertragung der Ergebnisse auf die deutsche Gesamtbevölkerung, die von der spezifischen Geschlechts- und Altersstruktur der hier konkret betrachteten Versichertenpopulation unbeeinflusst bleibt.

Für die Standardisierung konnten in den vergangenen Jahren aktuelle Angaben zur Bevölkerung in Deutschland aus dem Vorjahr vom Statistischen Bundesamt jeweils zu Beginn des vierten Quartals vorab bereitgestellt werden. Mit Bevölkerungsangaben zum Jahr 2016 war nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes im September 2017 jedoch erst im Januar 2018 zu rechnen, womit diese Angaben für die Auswertungen zum vorliegenden Arztreport nicht mehr berücksichtigt werden konnten. Für die Geschlechts- und Altersstandardisierung wurde daher auf Zahlen aus dem Jahr 2015 zurückgegriffen. Substanzielle und inhaltlich relevante Veränderungen der Ergebnisse sind dadurch nicht zu erwarten.

Ambulante ärztliche Versorgung – Routineteil

Datenvolumina

Die im Arztreport betrachteten BARMER-Versicherten bildeten im Jahr 2016 – bezogen auf die nachweislich im Inland wohnhaften Versicherten – einen Anteil von etwa zehn Prozent der deutschen Bevölkerung. Die Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung der BARMER-Versicherten umfassten im Jahr 2016 Angaben zu insgesamt etwa 79 Millionen Behandlungsfällen mit rund 353 Millionen dokumentierten Diagnoseschlüsseln und rund 575 Millionen Abrechnungsziffern. Im berücksichtigten Gesamtauswertungszeitraum zwischen den Jahren 2005 und 2016 waren es 882 Millionen Behandlungsbeziehungweise Abrechnungsfälle mit 3.540 Millionen Diagnoseangaben und 6.637 Millionen Abrechnungsziffern. Hiermit ergibt sich eine breite Auswertungsbasis.

Vor dem Hintergrund methodischer Überlegungen beziehen sich die Auswertungen zu den einzelnen Kalenderjahren im Report jeweils auf genau diejenigen Versicherten, die in allen vier Quartalen des betrachteten Jahres jeweils mindestens einen Tag bei der BARMER versichert waren. Im Jahr 2016 waren dies 8,32 Millionen Versicherte.

Grunddaten und Kennziffern

Behandlungsrate

Innerhalb des Jahres 2016 hatten nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen der BARMER-Daten rund 93 Prozent der Bevölkerung Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Entsprechend ermittelte Behandlungsraten lagen auch in den Vorjahren bereits durchgängig bei über 90 Prozent. Die Behandlungsrate lag im Jahr 2016, obwohl eine ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle ausblieb, noch etwas höher als im Jahr 2015.

Behandlungsfälle und Arztkontakte

Im Jahr 2016 wurden nach den vorliegenden geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnissen unter Zugrundelegung der Bevölkerungsstruktur in Deutschland je Person durchschnittlich 8,57 Behandlungsfälle im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung abgerechnet. Ein Behandlungsfall fasst dabei grundsätzlich alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt beziehungsweise in einer abrechnenden Praxis innerhalb eines Quartals zusammen. Diese Abgrenzung von Behandlungsfällen ergibt sich aus der quartalsweisen Abrechnung der Ärzte und orientiert sich ausschließlich am Datum der Leistungserbringung. 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 8,57 Behandlungsfällen bei jedem Versicherten in jedem der vier Quartale des Jahres 2016 Leistungen von etwas mehr als zwei unterschiedlichen Ärzten oder Arztpraxen abgerechnet. Gegenüber dem Vorjahr ist die Fallzahl des Jahres 2016 damit um 0,69 Prozent auf einen neuen Höchststand seit dem Jahr 2005 gestiegen.

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

Einfluss von Alter und Geschlecht

Altersgruppen- und geschlechtsspezifische Auswertungen zur Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung des Jahres 2016 zeigen vergleichbare Muster wie in den zurückliegenden Jahren.

Ausgaben für ärztliche Behandlungen

Für das Jahr 2016 galt für einen überwiegenden Teil der ärztlich abgerechneten Leistungen ein vom Erweiterten Bewertungsausschuss bundesweit und kassenübergreifend festgelegter einheitlicher Orientierungspunktwert von 10,4361 Cent je Punkt. Unter Rückgriff auf diese Orientierungspunktwerte ließen sich für das Jahr 2016 approximative jährliche Behandlungskosten in Höhe von durchschnittlich 561,14 Euro pro Versicherten und Jahr für die ambulante ärztliche Versorgung ermitteln. Der entsprechende Wert hatte im Jahr 2015 bei 543,05 Euro gelegen, von 2015 auf 2016 ist es damit zu einem Anstieg der durchschnittlichen jährlichen Behandlungskosten um 3,3 Prozent gekommen (die Kosten für ambulant abgerechnete ärztliche Leistungen wurden hier inklusive ambulant abgerechneter Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten, jedoch ohne Kosten für Verordnungen von Arznei- oder Heil- und Hilfsmitteln sowie ohne zahnärztliche oder kieferorthopädische Behandlungen, bestimmt).

Während männliche Versicherte durchschnittliche Kosten in Höhe von 484 Euro verursachten, lag der Wert für die ambulant-ärztliche Versorgung von Frauen bei durchschnittlich 636 Euro pro Jahr. Angaben zu den Ausgaben für Versicherte in einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen sind der Abbildung 2.5 sowie der Tabelle A 4 im Anhang

zu entnehmen. Diese variierten zwischen 217 Euro bei 20- bis 24-jährigen Männern und durchschnittlich 1.178 Euro jährlich bei Männern im Alter zwischen 80 und 84 Jahren. Während im mittleren Lebensalter die Ausgaben bei Frauen merklich über denen bei Männern liegen, verursachen Männer ab einem Alter von etwa 70 Jahren 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 35,7 Prozent der Behandlungsfälle wurden im Jahr 2016 von allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausärzten abgerechnet (Tabelle 2.5). Ihr geschätzter Anteil an der Vergütung lag bei 31,5 Prozent. Ein einzelner hausärztlicher Behandlungsfall verursachte approximative Kosten in Höhe von rund 58 Euro, im Jahr 2016 wurden insgesamt durchschnittlich etwa 177 Euro für die hausärztliche Versorgung jedes Versicherten aufgewendet. Überwiegend der hausärztlichen Versorgung zuordnen lassen sich in einer erweiterten Definition zudem die durchschnittlich 27 Euro je Versicherten, die altersübergreifend im Jahr 2016 für die kinderärztliche Versorgung angefallen sind.

Die fall- und damit auch quartalsbezogen höchsten Kosten entfielen mit durchschnittlich 442 Euro auf Behandlungen bei psychologischen Psychotherapeuten (Tabelle 2.6). Dabei ist zu bedenken, dass Leistungen von Psychotherapeuten nicht delegiert werden können und in der Regel einen langen Patientenkontakt voraussetzen, weshalb Psychotherapeuten zugleich die Berufsfachgruppe mit den therapeutenbezogen geringsten Behandlungsfallzahlen sind. Im Durchschnitt wurden für alle Versicherten pro Kopf schätzungsweise etwa 32 Euro pro Jahr für die Behandlung bei psychologischen Psychotherapeuten ausgegeben. Weitere Zahlen sind den genannten Tabellen zu entnehmen.

Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten oder Arztpraxen

Für einen überwiegenden Teil der 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, lassen sich Kontakte zu mehreren Ärzten derselben Fachdisziplin unter bestimmten Umständen eher im Sinne eines Ärztehoppings interpretieren.

Im Jahr 2016 wurden nach altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten bei mehr als der Hälfte der Bevölkerung (rund 57 Prozent) Leistungen von vier oder mehr Praxen abgerechnet. Nur etwas mehr als 43 Prozent erhielten innerhalb dieses Jahres Leistungen von drei oder weniger Praxen. Beschränkt man die Zählung der unterschiedlichen patientenseitig kontaktierten Ärzte und Betriebsstätten auf die Zählung von Praxen mit primär kurativen Fachgruppenzuordnungen (also unter Vernachlässigung der vorrangig diagnostisch im Auftrag tätigen Gruppen wie etwa Radiologen, Pathologen, Labormediziner), hatten noch rund 42 Prozent der Bevölkerung innerhalb des Jahres 2016 Kontakt zu vier oder mehr entsprechenden Praxen (Abbildung 2.7). Im Durchschnitt wurden von einem Versicherten im Jahr 2016 rund 3,5 unterschiedliche behandelnde Ärzte oder Arztpraxen aufgesucht. Im Jahr 2015 lag der Wert noch bei 3,4. Nur rund zwölf Prozent der Versicherten suchten mehr als sechs unterschiedliche behandelnde Ärzte auf, und bei etwa 1,5 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 2016 rund 64 Millionen Einwohner beziehungsweise rund 79 Prozent der deutschen Bevölkerung mindestens einmal Kontakt zu einem allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausarzt. Rund 54 Prozent der hausärztlichen Patienten kontaktierten innerhalb des Jahres genau einen Hausarzt, nur etwa vier Prozent kontaktierten vier oder mehr unterschiedliche Hausarztpraxen. Enthalten sind in dieser Zählung dabei auch alle Wechsel der Arztpraxis, die sich ohne primäre Patientenintention

ergeben, beispielsweise bei Praxisschließungen während der Urlaubszeit oder durch den Umzug der Patienten. Noch geringere Wechselraten als bei Hausärzten finden sich bei Arztgruppen, die allgemein weniger regelmäßig besucht werden (Tabelle 2.7).

Regionale Variationen

Approximative Abschätzungen der Behandlungskosten unter Annahme einheitlicher Punktwerte ergaben nach einer Geschlechts- und Altersstandardisierung – wie bereits im Vorjahr – vorrangig in den Stadtstaaten Bremen, Berlin und Hamburg überdurchschnittliche versichertenbezogene Kosten mit Überschreitungen des Bundesdurchschnitts um mehr als zehn Prozent in den beiden letztgenannten Ländern. In Bayern lagen die geschlechts- und altersstandardisierten Behandlungskosten 4,5 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Für alle neuen Bundesländer konnten demgegenüber Behandlungskosten unterhalb des Bundesdurchschnitts ermittelt werden.

Für alle regionalen Auswertungen im Arztreport werden Versicherte entsprechend ihres Wohnortes zugeordnet. Versichertenbezogene Kennzahlen zu Regionen beziehen sich dementsprechend 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.

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 2016 rund 35 formal gültige Diagnoseschlüssel (von beliebigen und gegebenenfalls auch unterschiedlichen Ärzten) erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies rund 2,9 Milliarden dokumentierten Diagnoseschlüsseln. Dabei fanden sich im Jahr 2016 pro Person innerhalb dieses Jahres durchschnittlich rund 13 unterscheidbare Diagnoseangaben (auf dreistelliger ICD10-Ebene), darunter rund zehn 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 Arztreport 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 jedoch 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 dokumentiert werden, sofern das Vorgehen im wissenschaftlichen Sinne nachvollziehbar sein soll. Dies ist bei Darstellungen, die vor allem die Betrachtung aller verwendeten Diagnose-Kodes 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 2016 beinhaltet der Arztreport wieder routinemäßig ermittelte Auswertungsergebnisse zu Früherkennungsuntersuchungen, deren Nutzung über spezifische bundesweit verwendete Abrechnungsziffern in den Daten dokumentiert wird (siehe hierzu das Kapitel mit Informationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Sinne von Cervix-Abstrichen und Abtasten der Prostata, zur Früherkennung von Darmkrebs, Brustkrebs und Hautkrebs sowie dem Check-up 35).

Schwerpunktkapitel Psychische Störungen bei jungen Erwachsenen – Zusammenhänge mit Studium und Familie

Der Arztreport befasst sich im diesjährigen Schwerpunktkapitel mit dem Thema Psychische Störungen bei jungen Erwachsenen. Im Fokus stehen junge Menschen im Alter von 18 bis 25 Jahren. Da der Studienbeginn und das Studium in diesem Alter eine maßgebliche Rolle spielen, sollen im Rahmen des Schwerpunktkapitels vor allem Aspekte der psychischen Gesundheit von Studierenden betrachtet werden.

Insgesamt kann das junge Erwachsenenalter als eine ausgesprochen gesunde Lebensphase gelten. Psychische Störungen bilden allerdings bereits im jungen Erwachsenenalter eine bedeutsame Erkrankungsgruppe. Nach Schwangerschaften waren psychische Störungen im Jahr 2016 laut den Angaben des Statistischen Bundesamtes bei den 20- bis unter 25-Jährigen in Deutschland mit 84.146 Behandlungsfällen der zweithäufigste Anlass für vollstationäre Behandlungen in Krankenhäusern. Mit 1,73 Millionen Tagen entfiel in dieser Altersgruppe fast die Hälfte (47 Prozent) der insgesamt 3,67 Millionen Behandlungstage in Krankenhäusern auf psychische Störungen.

Ein weiteres Argument, sich mit psychischen Störungen in einer insgesamt noch vergleichsweise gesunden Versichertengruppe zu befassen, ergibt sich aus der Überlegung, dass im jungen Erwachsenenalter für viele Menschen maßgebliche Weichenstellungen erfolgen, die auch die zukünftige Gesundheit beeinflussen. Eine Unterstützung in diesem Lebensabschnitt könnte sich insofern auch langfristig positiv auswirken.

Nach den Erläuterungen zur Datengrundlage und zu den Methoden umfasst das Schwerpunktkapitel zunächst Darstellungen zur Häufigkeit und Bedeutung von einzelnen psychischen Störungen bei jungen Erwachsenen, zu psychischen Störungen bei Studierenden und Nichtstudierenden sowie zu Zusammenhängen zwischen psychischen Störungen, dem Elternhaus und dem Studium. Ein weiterer Hauptabschnitt des Schwerpunktkapitels befasst sich speziell mit Depressionen als einer der wichtigsten psychischen Störungen bei jungen Erwachsenen.

Psychische Störungen

Im Jahr 2016 lebten schätzungsweise sieben Millionen junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren in Deutschland (Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung im Jahr 2016 waren bei der Reporterstellung bis Ende des Jahres 2017 noch nicht verfügbar, für das Jahr 2015 waren es 7,3 Millionen). Innerhalb des Jahres 2016 waren nach den vorliegenden Ergebnissen 26 Prozent der jungen Erwachsenen von mindestens einer Diagnose einer psychischen Störung betroffen, was etwa 1,9 Millionen Betroffenen in der genannten Altersspanne in Deutschland entspricht. Bei 7,7 Prozent beziehungsweise etwa 567.000 jungen Erwachsenen wurden affektive Störungen dokumentiert, bei 7,1 Prozent beziehungsweise etwa 521.000 Menschen somatoforme Störungen. Etwa 485.000 junge Erwachsene beziehungsweise 6,6 Prozent waren von Reaktionen auf schwere Belastungen betroffen.

Im Vergleich zum Jahr 2005 ist der Anteil der von psychischen Störungen betroffenen jungen Erwachsenen damit insgesamt – und bereinigt um demografische Effekte – um 38 Prozent gestiegen, im Hinblick auf die affektiven Störungen und die Reaktionen auf schwere Belastungen stieg der Anteil seit dem Jahr 2005 um 75 Prozent beziehungsweise um 89 Prozent an.

Studierende waren im hier vorrangig betrachteten jungen Erwachsenenalter von fast allen Diagnosen psychischer Störungen deutlich seltener betroffen als Nichtstudierende. Die Auswertungen auf der Basis längsschnittlich vorliegender Daten und die Einbeziehung auch von somatischen Diagnosen zeigen dabei, dass entsprechende Unterschiede zwischen nachfolgend Studierenden und Nichtstudierenden bereits im Alter von 15 und

17 Jahren, also deutlich vor dem Studienbeginn, nachweisbar waren. Damit könnten psychische Störungen in der Jugend einen Einfluss auf eine spätere Studienaufnahme gehabt haben und so für Unterschiede zwischen Studierenden und Nichtstudierenden im jungen Erwachsenenalter mitverantwortlich sein.

Berechnungen in logistischen Regressionsmodellen zeigen im Einklang mit der zuvor beschriebenen Vermutung, dass die Wahrscheinlichkeit für eine spätere Studienaufnahme sowohl bei Personen mit Dokumentation einer beliebigen psychischen Störung als auch nach Berechnungen in differenzierteren Modellen bei Dokumentation von Diagnosen aus bestimmten Diagnosegruppen psychischer Störungen deutlich reduziert ist. Psychische Störungen in der Jugend reduzieren demnach die Chance für die spätere Aufnahme eines Studiums.

Depressionen

Ein zweiter Abschnitt des Schwerpunktkapitels befasst sich speziell mit Depressionen, wobei mit dem Begriff hier die ICD10-Diagnosen F32, F33 und F34.1 einschließlich aller Subdiagnosen bezeichnet werden sollen. Betrachtet werden die Häufigkeiten und Trends von Depressionen bei jungen Erwachsenen sowie die Begleiterkrankungen und Arzneiverordnungen. Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit der Inzidenz und Persistenz dieser Erkrankungsdiagnosen sowie den Behandlungen von jungen Erwachsenen mit Depressionsdiagnosen. Verglichen werden dabei auch Ergebnisse von Studierenden und Nichtstudierenden. Der Identifikation von Risikofaktoren für Depressionen ist ebenfalls ein eigener Abschnitt gewidmet.

Die Häufigkeiten von Depressionen sind bei jungen Erwachsenen in den vergangenen zwölf Jahren – bereinigt um demografische Effekte – kontinuierlich gestiegen. Während der Anteil der jungen Erwachsenen mit Diagnose einer Depression im Jahr 2005 noch bei 4,3 Prozent lag, waren im Jahr 2016 insgesamt 7,6 Prozent betroffen. Das entspricht einem relativen Anstieg um 76 Prozent. Der Anteil junger Erwachsener mit einer vollstationären Krankenhausbehandlung aufgrund von Depressionen hat sich im selben Zeitraum – auf erheblich niedrigerem Niveau – mehr als verdoppelt. Im Jahr 2016 waren schätzungsweise etwa 557.000 junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren von einer Depression betroffen.

In den neuen Bundesländern wurden Depressionen bei jungen Erwachsenen seltener dokumentiert als im Bundesdurchschnitt. Demgegenüber lagen die Diagnoseraten in den drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin vergleichsweise hoch. Junge Menschen in Großstädten scheinen demnach häufiger betroffen zu sein. Grundsätzlich zeigten die Unterschiede zwischen Ost und West sowie Stadt und Land im Gesamtbeobachtungszeitraum allerdings eine eher rückläufige Tendenz.

Für die Auswertungen zu den Komorbiditäten wurden die Diagnoseraten bei jungen Erwachsenen mit Depressionen denen von altersgleichen Erwachsenen ohne Depressionen innerhalb des Jahres 2016 gegenübergestellt. Junge Erwachsene mit Depressionen waren von einer Vielzahl an Erkrankungen deutlich häufiger betroffen als Personen aus der Vergleichsgruppe, wobei diese Aussage auch viele somatische Erkrankungen einschließt. Mit einer Dokumentationsrate von 0,84 Prozent etwa 50-mal häufiger als in der Vergleichsgruppe wird bei jungen Menschen mit Depressionen der Diagnoseschlüssel X84 „Absichtliche Selbstbeschädigung“ dokumentiert, was auf eine erhebliche Gefährdung von Personen mit Depressionen hinweist. Eingehendere Diskussionen und Begründungen für viele der hier festgestellten Assoziationen übersteigen die Möglichkeiten im Rahmen des Arztreports und könnten zum Teil auch einen Anlass zu weiterführenden Studien liefern.

Abschätzungen zu Neuerkrankungsraten (Inzidenzen) mit Ausschluss von bereits zuvor Erkrankten über einen Zeitraum von zehn Jahren ergaben bei jungen Männern für das Jahr 2016 eine jährliche Rate von gut zwei Prozent, bei Frauen lag sie bei gut dreieinhalb Prozent. Während die altersspezifischen Schätzer bei Nichtstudierenden in der hier vorrangig betrachteten Altersgruppe ein nahezu konstantes Neuerkrankungsrisiko zeigen und nach der Vollendung des 25. Lebensjahres tendenziell sinken, wächst das Risiko für Depressionen bei Studierenden – ausgehend von einem sehr niedrigen Niveau im Alter von 18 Jahren – mit zunehmendem Alter erheblich und steigt im Alter von 29 und 30 Jahren deutlich über das Risiko der Nichtstudierenden. Innerhalb des jungen Erwachsenenalters lässt sich damit unter Nichtstudierenden keine besonders vulnerable Phase für Neuerkrankungen an Depressionen identifizieren. Unter den Studierenden erscheinen demgegenüber ältere Studierende besonders gefährdet.

Den vorliegenden Berechnungen zufolge dürfte es unter den etwa 7,3 Millionen jungen Erwachsenen in Deutschland im Alter von 18 bis 25 Jahren schätzungsweise 76.000 Männer und 105.000 Frauen mit einer erstmals aufgetretenen Depression gegeben haben, darunter etwa 12.200 männliche und 20.400 weibliche Studierende.

Nutzt man die zum Arztreport verfügbaren Daten, um im Sinne kumulativer Prävalenzen zu ermitteln, welcher Anteil der jungen Erwachsenen innerhalb eines elfjährigen Gesamtbeobachtungszeitraums zwischenzeitlich wenigstens kurzzeitig von Depressionen betroffen war oder einmalig eine entsprechende Diagnose erhielt, so finden sich bei rund 13 Prozent der Männer und 22 Prozent der Frauen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren entsprechende Hinweise. Geschlechtsübergreifend waren 17 Prozent betroffen. Hochgerechnet auf die 7,3 Millionen jungen Erwachsenen in Deutschland im Jahr 2015 entspricht dieser Anteil insgesamt 1,27 Millionen Betroffenen. Von den rund 1,7 Millionen Studierenden im entsprechenden Alter waren schätzungsweise 221.000 betroffen.

Betrachtet man – hier ausgehend vom Jahr 2011 – die Beständigkeit von Depressionsdiagnosen innerhalb von fünf Folgejahren, zeigt sich eine sehr hohe Persistenz von Depressionen. Bei mehr als der Hälfte aller jungen Erwachsenen, für die im Jahr 2011 mindestens einmal eine Depression dokumentiert war, wurde auch in den Jahren 2015 oder 2016 eine entsprechende Diagnose dokumentiert. Nur ein Viertel der jungen Erwachsenen war in keinem der fünf Folgejahre betroffen.

In einem weiteren Abschnitt zum Schwerpunktthema werden Behandlungen von psychischen Störungen bei jungen Erwachsenen im Jahr 2015 mit unterschiedlich differenzierten Depressionsdiagnosen in verschiedenen Versorgungsbereichen und innerhalb von fünf Quartalen ab der Dokumentation einer Depression betrachtet. Lediglich für knapp 55 Prozent der jungen Erwachsenen mit mindestens einmalig dokumentierter Depressionsdiagnose im genannten Jahr fand sich in den hier betrachteten Versorgungsbereichen für psychische Erkrankungen innerhalb von fünf Quartalen der Hinweis auf eine spezialisierte fachärztliche oder psychotherapeutische Betreuung. Einen Psychotherapeuten kontaktierten 26 Prozent der jungen Erwachsenen, 36 Prozent erhielten Antidepressiva und 13 Prozent wurden aufgrund psychischer Störungen vollstationär im Krankenhaus behandelt.

Durchschnittlich fielen im Kontext der Behandlung von psychischen Störungen in der Gruppe junger Erwachsener mit mindestens einmalig dokumentierter Depression im Jahr 2015 innerhalb von fünf Quartalen Behandlungskosten in Höhe von 2.629 Euro an. In der Vergleichsgruppe ohne die Diagnose einer Depression im Jahr 2015 waren es nur durchschnittlich 84 Euro. Insgesamt verursachte die Betreuung und Behandlung der gut sieben Prozent der jungen Erwachsenen mit Depressionsdiagnose in den betrachteten Bereichen in Deutschland Kosten in Höhe von schätzungsweise 1.414 Millionen Euro. Demgegenüber verursachte die Behandlung (beliebiger) psychischer Störungen bei den übrigen knapp 93 Prozent der jungen Erwachsenen ohne eine Depressionsdiagnose in den berücksichtigten Bereichen in der Summe lediglich Kosten in Höhe von etwa 573 Millionen Euro. 71 Prozent und damit mehr als zwei Drittel der Gesamtbehandlungskosten für psychische Störungen im jungen Erwachsenenalter entfallen demnach auf die sieben Prozent der jungen Erwachsenen mit Depressionsdiagnose.

Behandlungskosten bei Studierenden und Nichtstudierenden bewegten sich im Falle des Vorliegens einer bestimmten Depressionsdiagnose insgesamt in einem vergleichbaren Rahmen. Eine differenzierte Betrachtung der Leistungsbereiche zeigt dabei, dass Studierende häufiger im ambulanten Setting betreut werden als Nichtstudierende, was zum Teil auch aus einem größeren Angebot entsprechender Möglichkeiten an Standorten von Hochschulen resultieren könnte.

Im Abschnitt zu den Risikofaktoren von Depressionen wurde vorrangig untersucht, inwieweit das Risiko für eine im Jahr 2015 erstmals dokumentierte Depression von unterschiedlichen anderen und bereits in den Vorjahren bei jungen Erwachsenen dokumentierten Diagnosen psychischer Störungen sowie gegebenenfalls auch von entsprechenden Diagnosen abhängt, die nach den verfügbaren Daten bei einem oder beiden Elternteilen dokumentiert waren. Nach diesen Modellrechnungen waren sowohl vorausgehend dokumentierte Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen als auch die Hinweise auf entsprechende Diagnosen bei Eltern mit einem deutlich erhöhten Risiko für Depressionen bei jungen Erwachsenen assoziiert. So zeigte sich in einer Variante der Modellrechnung bei jungen Erwachsenen mit beliebiger Diagnose einer psychischen Störung im zeitlichen Vorfeld im Vergleich zu denjenigen

ohne einen entsprechenden Hinweis ein nahezu dreimal höheres Risiko für eine nachfolgend erstmals erfasste Depression. Statistisch unabhängig davon war das Depressionsrisiko auch im Falle elternseitig dokumentierter psychischer Störungen um den Faktor 1,6 erhöht. Das Risiko für Depressionen scheint demnach auch von entsprechenden familiären Belastungen abzuhängen.

Insgesamt verweisen die vorliegenden Ergebnisse auf eine große Bedeutung psychischer Störungen und dabei insbesondere auch von Depressionen bei jungen Erwachsenen.

1 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen

Rund 87 Prozent der Bevölkerung in der Bundesrepublik sind aktuell in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehungsweise bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert.¹ Zur Abwicklung von Finanztransfers, die unter anderem zwischen Krankenkassen und Versicherten beziehungsweise Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Rahmen des Risikostrukturausgleiches (RSA) stattfinden, ist die Erfassung einer Vielzahl von Daten notwendig. Ab dem Erfassungsjahr 2008 und mit finanziellen Auswirkungen seit dem Jahr 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. Routedaten 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 der ambulanten Versorgung ist Ziel des BARMER-Arztreportes.

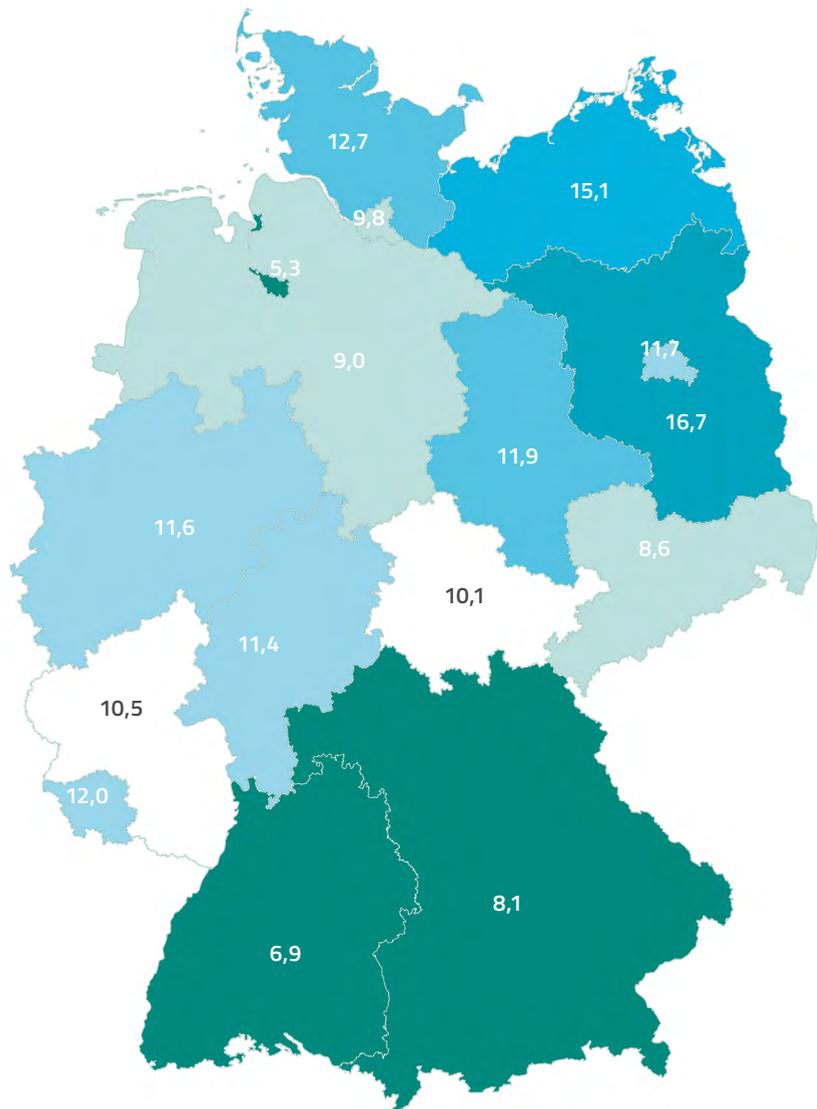
Der BARMER-Arztreport ist eine Fortführung des im Jahr 2006 erstmals erschienenen GEK-Reportes ambulante-ärztliche Versorgung. Beginnend mit dem Erhebungsjahr 2004 und bis einschließlich zum Erhebungsjahr 2008 beruhen die in den Reporten zur ambulanten Versorgung publizierten Auswertungen dabei ausschließlich auf pseudonymisierten Daten zu Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK), die teilweise bereits seit dem Jahr 1989 systematisch EDV-technisch erfasst wurden und ab dem Jahr 1998, zunächst in Form des GEK-Gesundheitsreportes, auch Grundlage regelmäßiger Publikationen bildeten.

¹ Nach Angaben der Mitgliederstatistik KM6, veröffentlicht vom Bundesministerium für Gesundheit, waren am 1. Juli 2016 insgesamt 71.449.138 Personen in der Gesetzlichen Krankenversicherung versichert (Stand: 16. August 2016). Als Jahresdurchschnitt wurden in der Mitgliederstatistik KM1 71.404.631 Versicherte ausgewiesen (Stand: 16. März 2017). Vom Statistischen Bundesamt wurde auf Basis des Zensus 2011 die durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland für das Jahr 2015 insgesamt mit 81.686.611 Personen angegeben, Angaben zur Bevölkerung des Jahres 2016 werden vom Statistischen Bundesamt voraussichtlich Anfang des Jahres 2018 bereitgestellt und konnten für die folgenden Berechnungen daher nicht verwendet werden.

Seit den Auswertungen zum BARMER GEK-Arztreport 2013 konnte auf vereinheitlichte Datenbestände der BARMER und GEK, die mehrere Jahre umfassten, zurückgegriffen werden, auch wenn diese bis zum Jahr 2009 noch von zwei organisatorisch eigenständigen Krankenkassen erhoben wurden. Im vorliegenden BARMER-Arztreport 2018 konnten Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung der BARMER aus insgesamt zwölf Jahren von 2005 bis 2016 berücksichtigt werden. Daten zu vormaligen Versicherten der Deutschen BKK, mit der die BARMER GEK am 1. Januar 2017 zur BARMER fusionierte, konnten im vorliegenden Arztreport noch keine Berücksichtigung finden.

Insgesamt konnten für den Routineteil des Arztreportes standardmäßig Daten zu 8.320.635 Versicherten aus dem Jahr 2016 mit Versicherung bei der BARMER in allen vier Quartalen des Jahres in die Auswertung einfließen, darunter Daten zu 8.251.417 Versicherten mit bekanntem Wohnort in Deutschland. Auf Basis der Fortschreibungen von Ergebnissen des Zensus 2011 wurde die durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland für das Jahr 2015 vom Statistischen Bundesamt mit rund 82 Millionen Personen angegeben. Der Anteil der regional zugeordneten und bei Auswertungen berücksichtigten BARMER-Versicherten an der Bevölkerung in Deutschland lag auf dieser Grundlage im Jahr 2016 bundesweit bei rund zehn Prozent. Dieser Anteil variiert in den einzelnen Bundesländern zwischen gut fünf (Bremen) und fast 17 Prozent (Brandenburg) und liefert insgesamt eine breite und empirisch belastbare Ausgangsbasis für populationsbezogene Aussagen zu gesundheitsrelevanten Fragestellungen.

Abbildung 1.1: Anteil BARMER-Versicherte in Prozent an der durchschnittlichen Bevölkerung in Bundesländern im Jahr 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016, Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung

Kapitel 2

Ambulante ärztliche Versorgung – Routineteil

2 Ambulante ärztliche Versorgung – Routineteil

2.1 Hintergrund

Für die ambulante ärztliche Versorgung von GKV-Versicherten in Deutschland sind primär regionale kassenärztliche Vereinigungen (KVen) zuständig, in denen die an der Versorgung von GKV-Versicherten beteiligten ambulant niedergelassenen Ärzte organisiert sind. Die niedergelassenen (Kassen-)Ärzte rechnen bei GKV-Versicherten erbrachte Leistungen nach bestimmten Regeln mit der für sie regional zuständigen KV ab. Die KVen erhalten ihrerseits Gelder von den jeweiligen Krankenkassen, die für die behandelten Versicherten zuständig sind.

Daten zur ambulanten
Versorgung ab 2004 auch
bei den Krankenkassen

Mit Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes (GMG) zum Jahr 2004 wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen im § 295 des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) zur Weitergabe von Daten an die gesetzlichen Krankenversicherungen verpflichtet, welche auch versichertenbezogene Auswertungen zu Diagnosen und Abrechnungsziffern erlauben. In den Jahren davor besaßen gesetzliche Krankenkassen demgegenüber keine Informationen darüber, welche Einzelleistungen bei welchen Versicherten abgerechnet wurden oder welche Diagnosen im Rahmen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung bei einzelnen Versicherten gestellt wurden. Aus wissenschaftlicher Perspektive entsteht durch eine Zusammenführung der Daten bei den Krankenkassen ein erheblicher Informationszuwachs, der insbesondere aus der Verknüpfbarkeit der ambulanten Daten mit weiteren krankenkassenseitig verfügbaren Informationen entsteht.

In Verbindung mit Informationen zu Versicherungszeiten und weiteren Versichertenmerkmalen bieten die ambulanten Daten bei Krankenkassen Auswertungsmöglichkeiten zur ambulanten Versorgung mit gut definierten Bezugspopulationen. Erst durch den eindeutigen Populationsbezug sind dezidierte Aussagen zu Behandlungshäufigkeiten und -risiken in bestimmten Bevölkerungsgruppen möglich.

Informationen zu Erkrankungen, die vor dem Jahr 2004 in den Daten einer Krankenkasse oftmals erst im Falle einer stationären Behandlung verfügbar waren, stehen seitdem

auch bei einer Diagnose im Rahmen einer ambulanten Behandlung und damit für einen größeren Teil der real betroffenen Versicherten zur Verfügung. Erkrankungsspezifische Behandlungsverläufe werden durch die ambulanten Daten sowohl im Hinblick auf betroffene Bevölkerungsgruppen als auch im Hinblick auf die Behandlungsbereiche vollständiger darstellbar. Der BARMER-Arztreport verfolgt das Ziel, einen systematischen, allgemeinen und aktualisierten Überblick zum ambulanten kassenärztlichen Versorgungsgeschehen zu liefern.

2.2 Inhalte und Struktur der Daten

Seit dem Jahr 2004 übermitteln die KVen an die Krankenkassen versichertenbezogen weitgehend genau die Informationen zu Behandlungsfällen, welche auch die KVen von ihren Ärzten patientenbezogen zur Abrechnung erbrachter Leistungen erhalten. Art und Struktur dieser 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.

Alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt (oder Behandlungen in einer abrechnenden Arztpraxis) innerhalb eines Quartals bilden in der Regel jeweils genau einen Behandlungsfall, der in früheren Jahren entsprechend auf genau einem Kranken- beziehungsweise Abrechnungsschein dokumentiert wurde. Ein Behandlungsfall bildet im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung damit eine zentrale Beobachtungseinheit. Der erste und der letzte Behandlungstag im Rahmen eines einzelnen Behandlungsfalls liegen, bedingt durch die vorgegebene quartalsweise Abrechnung der Leistungen, regulär immer im selben Quartal.

Je Behandlungsfall wird in den Daten eine von der KV ermittelte Summe von Punktwerten und/oder Geldbeträgen ausgewiesen, welche die fallbezogen abgerechneten

Behandlungsaufwendungen repräsentiert. Auf der Behandlungsfallebene wird neben der Kennung des Patienten und der Kennung der Arztpraxis gegebenenfalls auch die Kennung eines überweisenden Arztes dokumentiert.

Zu jedem einzelnen Behandlungsfall im zuvor beschriebenen Sinne können vom Arzt nahezu beliebig viele Diagnosen und deren Diagnoseschlüssel gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD10), angegeben werden. Optional kann zu jedem Diagnoseschlüssel eine Seitenlokalisation (links L, rechts R oder beidseits B) dokumentiert werden. Obligat vorgeschrieben ist die Klassifikation jeder dokumentierten Diagnose als gesicherte Diagnose G, als Verdachtsdiagnose V, symptomloser Zustand Z oder als Ausschlussdiagnose A. Von diesen Spezifizierungen abgesehen, werden alle zu einem Behandlungsfall im Laufe eines Quartals erfassten Diagnosen gleichartig und ohne weitere Differenzierung, Datumsangabe oder Rangbildung erfasst. Werden mehrere Diagnosen zu einem Fall dokumentiert, lässt sich somit in der Regel nicht erkennen, welche der Diagnosen zu welchem Zeitpunkt den vorrangigen Anlass für die Behandlung bilden.

Abrechnungen von erbrachten Leistungen über Abrechnungsziffern, bis 2007 Einzelleistungs- vergütung

Einen weiteren Informationsblock bilden die Abrechnungsziffern, die vertragsärztlich erbrachte Leistungen oder Leistungskomplexe bezeichnen und die im Gegensatz zu den Diagnosen über obligate Datumsangaben bestimmten Behandlungstagen innerhalb des Abrechnungsquartals zugeordnet werden können. Die in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähigen Leistungen und die für die Abrechnung verwendeten Abrechnungsziffern werden im Regelfall im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gelistet und beschrieben. Bis einschließlich zum Jahr 2007 erfolgte die Vergütung von vertragsärztlichen Leistungen bei GKV-Versicherten im Wesentlichen im Sinne einer Einzelleistungsvergütung. Einzelnen Leistungen oder Leistungskomplexen wurden und werden dabei im EBM bestimmte Punktzahlen oder seltener auch Geldwerte zugeordnet. Da die grundsätzliche Bedeutung von einzelnen Abrechnungsziffern vor Einführung des EBM2000plus von KV zu KV, aber auch im zeitlichen Verlauf in den vergangenen Jahren variieren konnte, setzen KV-übergreifende Auswertungen zu bestimmten Einzelleistungen bis einschließlich zum ersten Quartal des Jahres 2005 einen Abgleich von regional unterschiedlich genutzten Ziffern voraus. Sinnvolle ad-hoc-Statistiken

erscheinen damit in Bezug auf Abrechnungsziffern erst ab dem zweiten Quartal 2005 möglich. Allerdings werden auch nach Einführung des EBM2000plus noch einzelne Ziffern KV- und krankenkassenspezifisch vereinbart, womit umfassende systematische Übersichten erschwert werden.

Gleichfalls nicht ohne weiteres möglich waren Rückschlüsse von fallbezogen dokumentierten Punktwerten und Abrechnungsbeträgen auf die im Einzelfall an den abrechnenden Arzt gezahlte Vergütung. Diese konnten bei identischen Punktwerten von KV zu KV, von Quartal zu Quartal, von Arztgruppe zu Arztgruppe und sogar von Arzt zu Arzt variieren, wobei aufgrund der Abrechnungsmodalitäten die effektiven Vergütungen auch KV-seitig arztbezogen mitunter erst nach Jahresabschluss festgestellt werden konnten. Vor diesem Hintergrund erschien es nahezu unmöglich, die im Zusammenhang mit einer Behandlung von Patienten im Einzelfall effektiv ausgelösten Zahlungen exakt zu ermitteln.

Sollten Aufwendungen patientenbezogen ermittelt werden, konnte eine entsprechende exakte Ermittlung zugleich auch zu inhaltlich schwierig interpretierbaren Ergebnissen führen, da Patienten bei der Inanspruchnahme von identischen Leistungen bei unterschiedlichen Ärzten unterschiedliche reale Honorarzahlungen verursachen konnten. Dies hing zum Beispiel davon ab, ob der im Einzelfall besuchte Arzt im relevanten Zeitraum sein gegebenenfalls festgelegtes Praxisbudget überschritten hatte oder nicht.

Als Ausweg aus dem geschilderten Dilemma bot sich, zumindest sofern es vorrangig um die Bewertung der patientenseitigen Nutzung von Ressourcen ging, ein relativ einfaches Vorgehen an, bei dem innerhalb eines Jahres allen dokumentierten Punkten ein einheitlicher Punktwert zugeordnet wird. Sofern die dokumentierten Punktwerte auch die Relation der Wertigkeit unterschiedlicher Leistungen untereinander widerspiegeln, dürfte dieses Vorgehen die patientenseitige Nutzung von Ressourcen am besten abbilden.

Für die Abschnitte 31.2 Ambulante Operationen aus Kapitel 31 und 36.1 Belegärztliche Operationen aus Kapitel 36 des EBM (in unveränderter Form bis 2017 zumindest seit der für 2007 gültigen EBM-Fassung) wird in der Präambel unter 31.2.1 im neunten Absatz beziehungsweise unter 36.2.1 im sechsten Absatz formuliert: „Die

Leistungserbringung ist gemäß 2.1 der Allgemeinen Bestimmungen nur dann vollständig gegeben, wenn bei der Berechnung die Angabe der OPS-Prozedur(en) in der gültigen Fassung erfolgt.“ Insofern beinhaltet die Abrechnung von bestimmten ambulanz-ärztlich erbrachten operativen Leistungen neben EBM-Ziffern zusätzlich obligat auch Angaben im Sinne des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS), der eine Differenzierung zwischen unterschiedlichen Eingriffen erlaubt. Entsprechende Daten werden im Rahmen der Routineauswertungen im Arztreport nicht regelmäßig betrachtet.

Tabelle 2.1: 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 (beispielsweise unterscheidbare ICD10-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 Punktwertes 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 Punktwertes = (primär ausgewiesene Geldbeträge + [Punktsumme * angenommener Punktwert])

Wesentliche Veränderungen der Daten seit dem Jahr 2004

Nach der bereits erwähnten Umstellung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum zweiten Quartal des Jahres 2005 auf neue Abrechnungsziffern erfolgten weitere maßgebliche Änderungen im Jahr 2008. Zum Jahresbeginn 2008 wurden Abrechnungsmodalitäten im EBM durch neue Versicherten- und Grundpauschalen erheblich verändert. Ab dem zweiten Halbjahr 2008 ergaben sich weitere Änderungen in den Daten durch die Einführung der lebenslangen Arztnummer und der Betriebsstättennummer. Ab dem vierten Quartal des Jahres 2008 wirkte sich die Einführung der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften auf die Datenerhebung aus. Seit dem Jahr 2009 gilt schließlich ein sogenannter Orientierungspunktwert. Die aufgeführten Änderungen und daraus resultierenden Folgen für die Auswertungen entsprechender Daten werden nachfolgend genauer erläutert.

grundlegende Veränderungen der Abrechnungen zum 2. Quartal 2005 und zum 1. Quartal 2008

Veränderungen im EBM 2008

Versichertenpauschale der haus- und kinderärztlichen Versorgung

Für die hausärztliche Versorgung wurden ab dem 1. Januar 2008 Versichertenpauschalen eingeführt. Diese Versichertenpauschalen sind nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und setzen mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus. Bei mehreren Kontakten im Behandlungsfall können sie nicht erneut abgerechnet werden. Mit der Pauschale werden die im Rahmen der hausärztlichen Versorgung (gegebenenfalls auch bei mehreren Kontakten) üblicherweise erbrachten Leistungen vergütet, einschließlich Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen sowie bestimmte Leistungen aus den arztgruppenübergreifenden Kapiteln 1 und 2 des EBM. Die Versichertenpauschale ist je nach Alter des Patienten und Art der Inanspruchnahme zu wählen. Unterschieden wird zwischen einer direkten Inanspruchnahme, einer Inanspruchnahme auf hausärztliche Überweisung oder im Vertretungsfall und einer unvorhergesehenen Inanspruchnahme. Darüber hinaus können gegebenenfalls ein Chronikerzuschlag, ein Qualitätszuschlag Psychosomatik und bestimmte Einzelleistungen sowie Komplexe für besonders förderungswürdige Leistungen abgerechnet werden.

Leistungspauschalen ab Januar 2008

Grundpauschale der fachärztlichen Versorgung

Auch die Grundpauschalen für einzelne Facharztgruppen sind nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig und setzen mindestens einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Rahmen der Regelversorgung voraus. Sie umfassen eine Laborgrundgebühr, Ordinationskomplexe, weitere Arzt-Patienten-Kontakte (Konsultationskomplexe), Gesprächs- und Beratungsleistungen sowie Berichte und Briefe, die vor dem Jahr 2008 auch separat im Rahmen eines Behandlungsfalls abgerechnet werden konnten. Auch für die fachärztliche Versorgung gilt damit ab dem 1. Januar 2008, dass nicht jeder Arztkontakt zur Dokumentation einer separat dokumentierten Abrechnungsziffer führt.

Lebenslange Arztnummer und Betriebsstättennummer

Seit dem dritten Quartal des Jahres 2008 wird bei der Abrechnung kassenärztlicher Leistungen die Lebenslange Arztnummer (LANR) verwendet, die den an der Versorgung teilnehmenden Arzt bundesweit eindeutig und zeitlich konstant kennzeichnet.¹ Die lebenslange Kennung im engeren Sinne bilden dabei die ersten sechs Ziffern der neunstelligen Nummer. Die siebte Ziffer ist lediglich eine Prüfziffer, die aus den ersten sechs Ziffern errechnet werden kann. Die letzten beiden Ziffern dienen zur Kennzeichnung der Facharztgruppe und sind dabei gegebenenfalls auch veränderlich. Verfügt ein Arzt gleichzeitig über mehrere Gebiets- oder Schwerpunktkompetenzen, kann er dementsprechend auch unterschiedliche Fachgebietenkodierungen als abschließende Ziffern der LANR verwenden. Die für die LANR vorgeschriebene Fachgruppenkodierung weicht von der bis zum zweiten Quartal 2008 verwendeten Kodierung ab. Informationen über die Fachgruppenzugehörigkeit eines Arztes waren bis zum zweiten Quartal 2008 in der dritten und vierten Stelle der durch die KVen vergebenen alten Arztnummer enthalten, mit der jeder Abrechnungsfall gekennzeichnet werden musste. An die Stelle der alten Arztnummer ist die Betriebsstättennummer (BSNR) getreten.

Als wesentliche Neuerung bietet die LANR unter anderem Differenzierungsmöglichkeiten zwischen hausärztlich und fachärztlich niedergelassenen Internisten. Jede kassenärztlich abgerechnete Leistung (und damit jede Abrechnungsziffer beziehungsweise EBM-Ziffer) muss in den Abrechnungsdaten einer einzelnen arzt-spezifischen LANR

¹ Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern

lebenslange Arztnummern
(LANR) ab drittem Quartal
2008 mit neuen
Fachgruppen; Abgrenzung
von Hausärzten

zugeordnet werden. Hinweise auf die zuständige kassenärztliche Vereinigung sind in der LANR nicht enthalten.

Die ebenfalls zum dritten Quartal 2008 neu eingeführte neunstellige Betriebsstättennummer bezeichnet den Ort der Leistungserbringung, also im Regelfall eine bestimmte Arztpraxis, und damit typischerweise die Organisationseinheit, mit der die KVen die Leistungen abrechnen. Sie muss bei der Abrechnung jedes Behandlungsfalls mit der zuständigen kassenärztlichen Vereinigung angegeben werden. Ein Behandlungsfall, der jetzt korrekt auch als Betriebsstättenfall zu bezeichnen ist, kann über unterschiedliche LANR-Zuordnungen bei den abgerechneten Leistungsziffern (siehe oben) gegebenenfalls auch mehreren Ärzten zugeordnet sein, die jeweils einen Teil der Leistungen des Behandlungsfalls erbracht haben. Demgegenüber wurden bis zum zweiten Quartal 2008 alle Leistungen, die im Rahmen eines Behandlungsfalls erbracht wurden, immer genau einer alten Arztnummer zugeordnet. Ab dem dritten Quartal 2008 gilt dies nur für die Betriebsstättennummer.

Betriebsstättennummer
(BSNR) ersetzt alte
Arztnummer

Bundeseinheitlich vorgeschrieben ist für die Vergabe der BSNR lediglich, dass die ersten beiden Ziffern den KV-Landes- oder Bezirksstellenschlüssel derjenigen KV enthalten, die für die Praxis oder Betriebsstätte zuständig ist. Durch die Vergabe der verbleibenden sieben Ziffern innerhalb einer KV muss gewährleistet sein, dass eine Betriebsstätte eindeutig gekennzeichnet ist. Wie dies gehandhabt wird, obliegt der regional zuständigen KV. Im dritten Quartal 2008 haben 16 der insgesamt 17 regionalen KVen im Regelfall die ersten sieben Ziffern der bisherigen alten Arztnummer als Betriebsstättennummer übernommen, von denen die ersten beiden Ziffern wie vorgeschrieben auch in den zurückliegenden Jahren die zuständige KV kennzeichneten.

Durch die Übernahme der alten Arztnummern als Betriebsstättennummern war es mit geringen Einschränkungen direkt nach diesem Wechsel möglich, auch auf die zuvor verwendeten Fachgruppenzuordnungen zuzugreifen, die in der dritten und vierten Stelle der alten Arztnummer enthalten waren. Lediglich von der KV Thüringen wurde eine eigenständige Systematik zur Vergabe der Betriebsstättennummer gewählt, womit in dieser KV bereits ab dem dritten Quartal des Jahres 2008 aus der Betriebsstättennummer keinerlei Rückschlüsse auf die vorausgehende Fachgruppenzuordnung der Arztpraxen mehr möglich waren.

Facharztgruppenzuordnung nach Einführung der LANR

Das Jahr 2009 war das erste Kalenderjahr, in dem zu weitgehend allen abgerechneten Leistungen in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung auch eine lebenslange Arztnummer (LANR) erfasst werden musste. Die im Jahr 2008 neu eingeführte Fachgebietskodierung in der achten und neunten Stelle der lebenslangen Arztnummer erlaubt die Verwendung aller Ziffern von 01 bis 99, insgesamt also 99 Ausprägungen. Hinzu kommt die Ziffer 00, die zumindest bei einer sogenannten Pseudoarztnummer 9999999 standardmäßig angehängt werden soll. Von den theoretisch möglichen Fachgebietskodierungen stehen die Ziffern zwischen 70 und 98 den KVen zur freien Verfügung, mit der Ziffer 99 sind bundeseinheitlich „sonstige Fachgruppen“ zu bezeichnen.² Die einheitlich bundesweit vorgegebenen Fachgebietskodierungen umfassen im engeren Sinne damit nur die Schlüssel 01 bis 69.

Facharztgruppen-
zuordnung auf Ebene von
Leistungen, Behandlungen,
Fällen oder Arztpraxen

Grundsätzlich bieten sich mit der LANR folgende recht unterschiedliche Möglichkeiten, einzelne Behandlungsfälle und/oder auch einzelne abgerechnete Leistungsziffern bestimmten ärztlichen Fachgruppen zuzuordnen.

Die primäre Erfassung der LANR zu jeder einzelnen abgerechneten Leistungsziffer impliziert zunächst primär auch eine Zuordnung der jeweiligen Leistungen zu den einzelnen Ärzten und damit zu arztindividuell ausgewiesenen Fachgebieten. Dieses Vorgehen bietet die Möglichkeit, einzelne Leistungen in Betriebsstätten mit Beteiligung mehrerer Fachdisziplinen (beispielsweise in Berufsausübungsgemeinschaften, früher als Gemeinschaftspraxen bezeichnet, und in medizinischen Versorgungszentren) fachspezifisch inhaltlich korrekt zuzuordnen. Probleme bereitet dieses Vorgehen insbesondere dann, wenn Ärzte unterschiedlicher Fachdisziplinen an einem einzelnen Abrechnungs- beziehungsweise Behandlungsfall beteiligt sind, da entsprechende Fälle (als Zählgröße) und ausschließlich fallbezogen erfasste Informationen, wie beispielsweise fallbezogen dokumentierte Gesamtpunktwerte, Zuzahlungen oder Diagnosen, nicht mehr eindeutig einer einzelnen Facharztgruppe zugeordnet werden können und korrekterweise auf die beteiligten Fachdisziplinen aufgeteilt werden müssten.

² Siehe Technische Anlage zum Vertrag über den Datenaustausch auf Datenträgern zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Version 1.15 Stand: 26.09.2007; letzte Änderung: 16.10.2008; gültig ab Datenlieferung: Quartal 3/2008

Als Alternative zu einer methodisch mitunter problematischen Aufteilung von einzelnen Fällen auf mehrere beteiligte Fachgruppen lässt sich eine fallbezogen eindeutige Facharztgruppenzuordnung durch die Verwendung geeigneter Zuordnungsalgorithmen mehr oder minder gut begründet aus den Daten herleiten. Als auswertungstechnisch relativ einfache Variante bietet sich hier beispielsweise die eindeutige Zuordnung eines Falls zu genau der Fachgruppe des Arztes an, von dem im Rahmen des einzelnen Behandlungsfalles die meisten Abrechnungsziffern dokumentiert wurden. In Berufsausübungsgemeinschaften dürften hierbei gegebenenfalls durchaus auch unterschiedliche vertretene Fachdisziplinen berücksichtigt werden, da typischerweise ein Patient vorrangig auch von einem Arzt behandelt wird.

Will man weiter vereinfachend eine einzelne Betriebsstätte eindeutig einer bestimmten Fachrichtung zuordnen, lässt sich das zuvor beschriebene Verfahren auch fallübergreifend über definierte Beobachtungszeiträume auf Betriebsstättenebene durchführen (Ermittlung der Facharztgruppe, der bei den Abrechnungsfällen der Betriebsstätte, beispielsweise innerhalb eines Kalenderjahres, die meisten dokumentierten Abrechnungsziffern zuzuordnen sind). Insbesondere bei Auswertungen zu Arztwechseln (Ärzt hopping) erscheint eine betriebsstättenbezogene Zuordnung sinnvoll, da eine Behandlung durch mehrere Ärzte innerhalb einer Betriebsstätte inhaltlich kaum als Arztwechsel gewertet werden könnte. Bei kleineren Untersuchungspopulationen, wie etwa bei separaten Auswertungen von Daten mehrerer kleinerer Krankenkassen, können die Zuordnungen einzelner Betriebsstätten nach diesem Vorgehen allerdings von Population zu Population variieren.

Eine krankenkassenübergreifend eineindeutige Fachzuordnung von Betriebsstätten für einen bestimmten Zeitraum ließe sich nach der Vereinbarung eines einheitlichen Algorithmus aus einem Rückgriff auf die sogenannten Arztstammdaten herleiten. Diese Daten werden allen Krankenkassen des GKV-Systems von der KBV bereitgestellt und enthalten die Informationen zu allen abrechnungsberechtigten Betriebsstätten und den dort tätigen Ärzten.

Alle genannten Varianten der Fachgruppenzuordnung besitzen theoretisch jeweils bestimmte Vor- und Nachteile. In der Praxis unterscheiden sich die Ergebnisse zumindest bei allgemeinen Übersichtsauswertungen zumeist nur gering, wie eine Gegenüberstellung von Ergebnissen zur Verteilung von dokumentierten Abrechnungsziffern gemäß der drei erstgenannten Varianten auf alle praktisch verwendeten Fachgebietskodierungen zeigt (Tabelle A 5 im Anhang mit geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnissen auf der Basis von BARMER-Daten aus dem Jahr 2016). Gemessen an der Zahl der abgerechneten Leistungsziffern sind die fachärztlichen Einzelgruppen mit der höchsten Versorgungsrelevanz die hausärztlich tätigen Allgemeinmediziner und Internisten, Labormediziner sowie Gynäkologen. Alle verfügbaren Fachgebietskodierungen mit Ausnahme der KV-spezifischen Codes werden verwendet, ein Teil der Fachgruppenschlüssel vereint jedoch nur marginale Zahlen an Abrechnungsziffern auf sich.

Für die Darstellungen zur fachgruppenspezifischen Inanspruchnahme wurde für den Arztreport die zweite Variante mit einer eindeutigen Facharztgruppenzuordnung auf der Ebene von Fällen gewählt, bei der ein Fall der Fachgruppe des Arztes mit der fallbezogen höchsten Anzahl an dokumentierten Abrechnungsziffern zugeordnet wird. Da Darstellungen zu allen differenzierbaren Fachgruppen unübersichtlich wären, wurden diese gruppiert. Die Zuordnung einzelner Fachgruppenschlüssel zu den verwendeten übergeordneten Fachgebieten ist der bereits zitierten Tabelle im Anhang zu entnehmen.

Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften ab dem vierten Quartal 2008

Direktabrechnung
erhöht Fallzahlen ab dem
4. Quartal 2008

Ab dem 1. Oktober 2008 wurde die Direktabrechnung für Laborgemeinschaften mit den KVen eingeführt. Während zuvor Laborleistungen von niedergelassenen Ärzten oftmals bei externen Laboren in Auftrag gegeben und anschließend von ihnen selbst mit der KV abgerechnet wurden, sollen Laborgemeinschaften seit der Umstellung die bei ihnen angeforderten Leistungen vorrangig direkt mit der für sie zuständigen KV abrechnen. Durch die Regelung sollen sogenannte Kick-back-Modelle vermieden werden (Deutsches Ärzteblatt 2008), bei denen die Labordienstleister in zurückliegenden Jahren den niedergelassenen Ärzten Mengenrabatte für Laborleistungen mit Preisen unterhalb der durch die KV erstatteten Honorare anboten. Damit konnten

Ärzte insbesondere von der Beauftragung vieler Laborleistungen profitieren, eine Beschränkung auf notwendige Leistungen wurde finanziell eher bestraft als gefördert.

Als Nebeneffekt der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften war selbst bei rückläufigen Laborleistungen grundsätzlich mit einem Anstieg von abgerechneten Behandlungsfällen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung zwischen den Jahren 2008 und 2009 zu rechnen. Während eine Laborleistung bei Abrechnung durch den beauftragenden Arzt vor dem vierten Quartal 2008 immer im Rahmen eines ohnehin gemeldeten Behandlungsfalls abgerechnet wurde, führt sie bei der jetzt angestrebten Direktabrechnung durch das Labor zwangsläufig zu einem zusätzlichen Abrechnungsfall, den das Labor an die KV melden muss. Da im Jahr 2008 ausschließlich das letzte Quartal betroffen war und entsprechende Abrechnungsfälle erst seit dem Jahr 2009 ganzjährig anfallen, ergaben sich aus der veränderten Abrechnungsart auch Steigerungen der Jahresfallzahlen zwischen den Jahren 2008 und 2009.

Orientierungspunktwert ab dem Jahr 2009

Mit dem Abrechnungsjahr 2009 haben sich die Bedingungen zur Ermittlung von versichertenbezogen angefallenen Ausgaben merklich verbessert, da in diesem Jahr in der ärztlichen Vergütung vorrangig ein einheitlicher Punktwert von 3,5001 Cent für ärztlich erbrachte Leistungen im Sinne von EBM-Ziffern mit festgelegten Punktwerten galt. Für das Jahr 2010 wurde von dem dafür zuständigen Erweiterten Bewertungsausschuss nach § 87 Absatz 4 SGB V ein Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent festgelegt, der auch noch im Jahr 2012 unverändert gültig war. Für das Jahr 2013 wurde der Wert auf 3,5363 Cent angehoben. Ab Oktober 2013 wurde eine kostenneutrale kalkulatorische Anhebung des Orientierungspunktwertes auf einen einfacher auch überschlägig einschätzbaren Wert von zehn Cent je Punkt vorgenommen. Im Gegenzug wurden die pro Leistung veranschlagten Punktesummen entsprechend abgesenkt. Innerhalb des Jahres 2013 sind damit Punktangaben für Leistungen, die in den ersten drei Quartalen abgerechnet wurden, nicht mehr mit den Punktangaben zum vierten Quartal vergleichbar. Für die beiden KVen Hamburg und Hessen wurden bereits zum vierten Quartal 2013 leicht erhöhte Punktwerte vereinbart, die in den Auswertungen zum Arztreport 2015 jedoch nicht gesondert berücksichtigt wurden. Für das Jahr 2014

ab 2009 festgelegter
Cent-Betrag für die
Abrechnung von
Leistungspunkten

lag der Orientierungspunktwert bei 10,1300 Cent und für das Jahr 2015 bei 10,2718 Cent. Für das Jahr 2016 wurde ein Orientierungspunktwert von 10,4361 Cent festgesetzt. Für das aktuell noch nicht in die Auswertungen eingezogene Folgejahr 2017 wurde ein Orientierungspunktwert von 10,5300 Cent festgelegt. Berechnungen von Behandlungskosten für den Arztreport wurden auf Basis des für das Jahr jeweils gültigen Punktwertes durchgeführt.

Verfügbarkeit und Umfang der Daten

Sowohl für krankenkassenseitige als auch für wissenschaftliche Auswertungen stehen Daten aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erst mit einer zeitlichen Verzögerung zur Verfügung. Typischerweise ist nach den bisherigen Erfahrungen erst mehr als sechs Monate nach Ende eines Abrechnungsquartals mit der weitgehend vollständigen Verfügbarkeit von bundesweiten Daten aus allen KVen zu rechnen. Die im Arztreport 2018 präsentierten Auswertungsergebnisse basieren auf den Datenerlieferungen der KVen bis zum Juni 2017. Die Daten für Behandlungen im hier vorrangig betrachteten Jahr 2016 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).

Auswertungen können auf
> 3,5 Milliarden Diagnose-
angaben zurückgreifen.

Zu den Versicherten der BARMER wurden allein im aktuell vorrangig betrachteten Jahr 2016 insgesamt 78,6 Millionen ambulant-ärztliche Behandlungsfälle mit 352,8 Millionen Diagnoseeinträgen und 574,9 Millionen Abrechnungsziffern dokumentiert. Die Daten der BARMER zu den zwölf Jahren 2005 bis 2016 umfassten insgesamt 882 Millionen Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfälle mit 3.540 Millionen Diagnoseangaben und 6.637 Millionen Abrechnungsziffern. Ergebnisse des vorliegenden Arztreportes 2018 zu den Berichtsjahren von 2005 bis 2016 basieren – auch bezogen auf die Zeiträume vor dem Zusammenschluss von BARMER und GEK – vollständig auf einer Auswertung von gemeinsamen und vereinheitlichten Datenbeständen der BARMER und der ehemaligen GEK. Daten der Deutschen BKK konnten im vorliegenden

Arztreport, der vorrangig noch vor der offiziellen Fusion von BARMER GEK und Deutscher BKK zur BARMER entstanden ist, noch nicht berücksichtigt werden.

Methoden, Standardisierung, Übertragbarkeit

Die Auswertungen zum Arztreport 2018 beruhen in allen berücksichtigten Jahren von 2005 bis 2016 auf Daten zur ambulanten Versorgung von mehr als zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland.

Im Rahmen des vorliegenden Arztreportes bilden immer genau diejenigen Versicherten, zu denen in allen Quartalen des betrachteten Jahres jeweils mindestens ein Versicherungstag mit Anspruch auf Versicherungsleistungen in entsprechenden Referenzdaten zu Versicherungszeiten dokumentiert war, die Auswertungs- und Bezugspopulationen für Berechnungen von Jahresergebnissen zur ambulanten ärztlichen Versorgung. 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, womit artifiziell verkleinerte Ergebnisse durch Ein- und Austritte von Versicherten im Jahresverlauf vermieden werden.

Berücksichtigt wurden
Versicherte mit Leistungs-
anspruch in allen
Quartalen.

Aus der Anwendung dieser Regel folgt, 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 2018 konnten in den einzelnen Kalenderjahren nach Anwendung entsprechender Selektionsregeln und einem Ausschluss von wenigen Versicherten mit inkonsistenten Angaben zum Versicherungsverlauf effektiv nachfolgende Versichertenpopulationen berücksichtigt werden:

- n = 8.449.137 (2005)
- n = 8.389.007 (2006)
- n = 8.303.747 (2007)
- n = 8.284.953 (2008)
- n = 8.365.156 (2009)
- n = 8.392.695 (2010)
- n = 8.488.187 (2011)
- n = 8.591.055 (2012)
- n = 8.559.529 (2013)
- n = 8.554.505 (2014)
- n = 8.461.901 (2015)
- n = 8.320.635 (2016)

Geschlechts- und Altersstandardisierung

Standardisierung gemäß
durchschnittlicher
Bevölkerung in Deutsch-
land D2005 oder D2015

Um Unterschiede zwischen den jeweils betrachteten Untersuchungspopulationen hinsichtlich ihrer 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 2016 wurde bei Darstellungen zu zeitlichen Trends in der Regel auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2005 zurückgegriffen (Tabelle I 1). Sinngemäß wurden alle Ergebnisse zunächst für einzelne Geschlechts- und Altersgruppen errechnet und dann entsprechend der anteiligen Bedeutung dieser Gruppen in der deutschen Bevölkerung im Jahr 2005 zusammengefasst. Durch die einheitliche Standardisierung werden Veränderungen in der Inanspruchnahme sichtbar, die sich unabhängig von den 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 von 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 2016 zu erhalten und realistische Hochrechnungen für das Jahr 2016 zu ermöglichen, wurden bei der Standardisierung und Darstellung aktueller Ergebnisse in der Regel Angaben zur durchschnittlichen deutschen Bevölkerung auf Grundlage des Zensus aus dem Jahr 2011 verwendet. In den zurückliegenden Jahren konnten aktuelle Angaben vom Statistischen Bundesamt zur deutschen Bevölkerung aus dem Vorjahr jeweils zu Beginn des vierten Quartals vorab bereitgestellt werden.

Mit den Bevölkerungsangaben für das Jahr 2016 ist nach Auskunft des Statistischen Bundesamtes voraussichtlich erst im Januar 2018 zu rechnen. Daher konnten diese Angaben für die Auswertungen zum vorliegenden Arztreport nicht mehr berücksichtigt werden. Zur Geschlechts- und Altersstandardisierung wurde aus diesem Grund auf die Zahlen des Jahres 2015 zurückgegriffen. Substanzielle und inhaltlich relevante Veränderungen der Ergebnisse sind dadurch nicht zu erwarten. Die Ergebnisse mit einer Standardisierung nach der Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland aus dem Jahr 2015 werden durch D2015 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, etwa bei bestimmten berufsassoziierten Erkrankungen, sofern die entsprechenden Berufsgruppen nicht adäquat repräsentiert sind.

In einer bewussten Entscheidung wurde als Standardpopulation für die vorliegenden Auswertungen die deutsche Bevölkerung gewählt. Dementsprechend 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 merkliche Abweichungen bei den etwa 13 Prozent privat versicherten Personen kaum zu grundlegenden Veränderungen der hier präsentierten Gesamtergebnisse für die deutsche Bevölkerung führen.

Hochrechnungen auf die
Gesamtbevölkerung

Ein Hauptargument für das gewählte Vorgehen liegt jedoch in der einfacheren Interpretation und Verständlichkeit der Ergebnisse. Alternative und prinzipiell gleichfalls vorstellbare Standardisierungen und Hochrechnungen der Ergebnisse auf die Gesamtzahl der GKV-Versicherten würden für ein Verständnis der Zahlen immer zusätzliches Wissen über den Umfang und die Struktur dieser GKV-Population voraussetzen, das bei einem Teil der Rezipienten nicht vorausgesetzt und bei Bezug der Ergebnisse auf die bundesdeutsche Bevölkerung eher erwartet werden kann.

2.3 Inanspruchnahme in Quartalen und Kalenderjahren

Quartalsergebnisse

Ein überwiegender Teil der Bevölkerung ist bereits innerhalb eines Quartals von mindestens einem Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung betroffen (Tabelle 2.2). Nach den Ergebnissen auf der Basis von BARMER Z-Daten kontaktierten in den einzelnen Quartalen der Jahre 2005 bis 2016 zwischen 71 und 77 Prozent der Bevölkerung die ambulante Versorgung. Durchschnittlich wurden bis zum Jahr 2007 pro Person und Quartal etwa 1,7 bis 1,8 Behandlungsfälle mit insgesamt rund vier Behandlungstagen beziehungsweise Arztkontakten erfasst. Während die Behandlungsraten und Behandlungsfallzahlen im Jahr 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 eines 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 vor allem eine Folge der Einführung der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften im vierten Quartal 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.

71 bis 77 % der Bevölkerung in jedem Quartal ambulant versorgt 2005-2016

Die Maßzahlen aus dem aktuell vorrangig betrachteten Jahr 2016 zeigen bei der hier gewählten einheitlichen Geschlechts- und Altersstandardisierung, also sinngemäß unter der Annahme einer unveränderten Bevölkerungsstruktur, im Hinblick auf die Behandlungsraten ähnliche Werte wie im Vorjahr. Die Ergebnisse im zweiten Quartal des Jahres 2016 lagen dabei leicht über den entsprechenden Ergebnissen aus dem Jahr 2015.

Tabelle 2.2: Trends von Behandlungsraten, Behandlungsfällen und Arztkontakten je Quartal 2005 bis 2016

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

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

Jahresergebnisse

93 % der Bevölkerung
 suchten 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 zwischen den Jahren 2006 und 2016 jeweils mindestens einmal jährlich einen Arzt auf.

pro Jahr \varnothing 18 Arztkontakte
 2007

Für das Jahr 2006 ergaben sich daraus etwa sieben Behandlungsfälle pro Person (im Sinne von Abrechnungen unterschiedlicher Ärzte und/oder Abrechnungen aus unterschiedlichen Quartalen) mit insgesamt durchschnittlich 17,5 separaten Behandlungstagen beziehungsweise Arztkontakten. Im Jahr 2007 war die durchschnittliche Zahl der Behandlungsfälle nach Auswertungen der BARMER-Daten auf 7,3 gestiegen. Die Zahl der Arztkontakte lag bei etwa 18. Frauen wiesen dabei mit im Durchschnitt rund 21 Arztkontakten pro Jahr einen deutlich höheren Wert auf als Männer mit rund 15 Arztkontakten pro Jahr.

Tabelle 2.3: Ambulante ärztliche Versorgung 2006 bis 2016

Kalenderjahr (kursiv, siehe Text)	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Behandlungsrate im Kalenderjahr (in Prozent)										
Gesamt	92	92	92	93	92	92	92	93	93	93	93
Männer	88	88	89	89	88	89	88	90	89	90	90
Frauen	95	96	96	96	96	96	95	96	96	96	96
	Behandlungsfälle je Jahr (Mittelwert)										
Gesamt	7,08	7,28	7,56	8,09	7,99	8,05	8,00	8,21	8,24	8,25	8,31
Männer	5,67	5,82	6,04	6,55	6,47	6,49	6,45	6,64	6,63	6,66	6,71
Frauen	8,44	8,67	9,02	9,56	9,46	9,54	9,49	9,72	9,78	9,77	9,84
	Arztkontakte je Jahr (Mittelwert)										
Gesamt	17,6	18,1	13,7	14,4	14,2	14,3	14,3	14,3	14,6	14,7	14,7
Männer	14,6	15,0	11,2	11,9	11,8	11,8	11,8	11,9	12,1	12,2	12,2
Frauen	20,5	21,1	16,0	16,7	16,5	16,7	16,6	16,7	17,0	17,0	17,1

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2005

Für die Jahresergebnisse ab dem Jahr 2008 gilt, dass trotz der höheren Behandlungsfallzahlen im Zuge der Umstellung auf ein Abrechnungsverfahren mit Versicherten- und Grundpauschalen 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 in einem Quartal 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 kursiv dargestellten Werte ab dem Jahr 2008 dürften dementsprechend 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 Gegenrichtung beeinflusst. Aus alters- und geschlechtsstandardisierten Zahlenwerten lassen sich allgemein auch Schätzwerte zur Inanspruchnahme der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland insgesamt berechnen.

Tabelle 2.4: Ambulante ärztliche Versorgung 2016

	je Person in Prozent	absolut D2015 in Millionen
Behandlungsrate im Kalenderjahr (in Prozent)		
Gesamt	93,1	76,1
Männer	90,1	36,2
Frauen	96,1	39,9
Behandlungsfälle je Kalenderjahr (Mittelwert)		
Gesamt	8,57	700
Männer	7,07	284
Frauen	10,03	416
Anzahl Tage mit Abrechnung von Leistungen je Jahr (Mittelwert)		
Gesamt	15,4	1.256
Männer	13,0	524
Frauen	17,6	731

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

2016: Anstieg der Behandlungsfallzahl um 0,08 %

Die Tabelle 2.4 zeigt Ergebnisse von Hochrechnungen auf der Basis von Daten zu knapp 8,3 Millionen Versicherten der BARMER im Jahr 2016. Demnach dürften unter der Annahme von den nominell 81,69 Millionen Einwohnern in Deutschland (nach den aktuellsten verfügbaren Angaben zur Bevölkerung auf Basis des Zensus 2011 zum Jahr 2015) insgesamt 76,1 Millionen Personen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung gehabt haben. Dabei wurden 700 Millionen Behandlungsfälle erfasst und in unterschiedlichen Praxen für unterschiedliche Patienten eine oder mehr Leistungen an 1.256 Millionen Tagen abgerechnet. Die Ergebnisse der Hochrechnungen zur Inanspruchnahme im Jahr 2016 liegen damit, an dieser Stelle unter Berücksichtigung von demografischen Veränderungen, auf einem ähnlichen Niveau wie im Vorjahr (vergleiche BARMER-Arztreport 2017 auf Seite 51). Die Behandlungsrate ist im Jahr 2016 im Vergleich zum Vorjahr um 0,08 Prozent gestiegen, die Fälle pro Person und Jahr um 0,69 Prozent und die Abrechnungstage um 0,48 Prozent.

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 2.1A zeigt zunächst Ergebnisse aus dem Jahr 2007, dem letzten Jahr vor Einführung der pauschalierten Vergütung. Da bis zum Jahr 2007 fast jede relevante ärztliche Leistung einzeln abgerechnet und vergütet wurde, dürfte mit den Abrechnungsdaten auch der Großteil der Arztkontakte erfasst worden sein. Als feine hellblaue Linie werden die primär ermittelten Kontaktraten an einzelnen Tagen dargestellt, die einen typischen Wochenzyklus mit Raten zwischen etwa 0,2 (an Sonntagen) und zum Teil über acht Prozent zeigen. Eine übersichtlichere Beurteilung der Kontakt- und Abrechnungsraten erlaubt die Darstellung der Ergebnisse im Wochenmittel (dickere blaue Linie, gleitende Mittelwerte über jeweils sieben Tage), womit die ausgeprägten wochenzyklischen Schwankungen ausgeglichen werden. In der Abbildung sind zudem Ergebnisse basierend auf Arzneiverordnungsraten zu Populationsanteilen mit mindestens

einer Arzneiverordnung an Kalendertagen – hier ausschließlich im Wochenmittel – dargestellt (magentafarbene Linie).

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

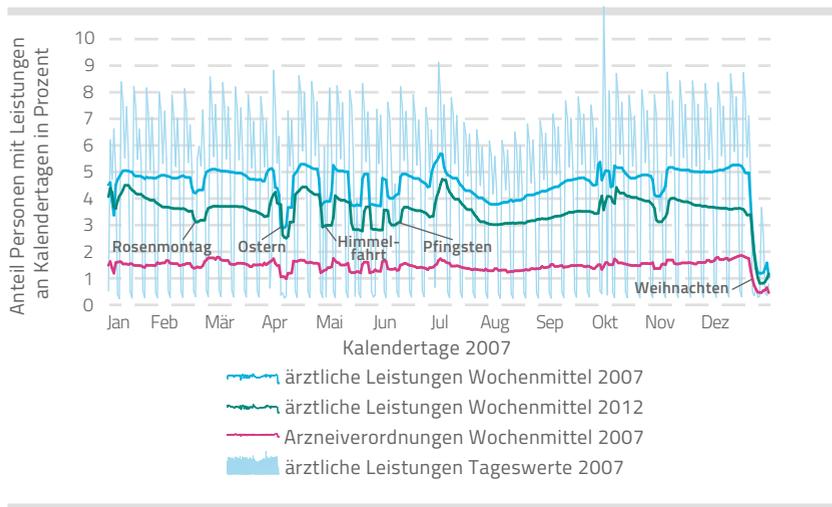
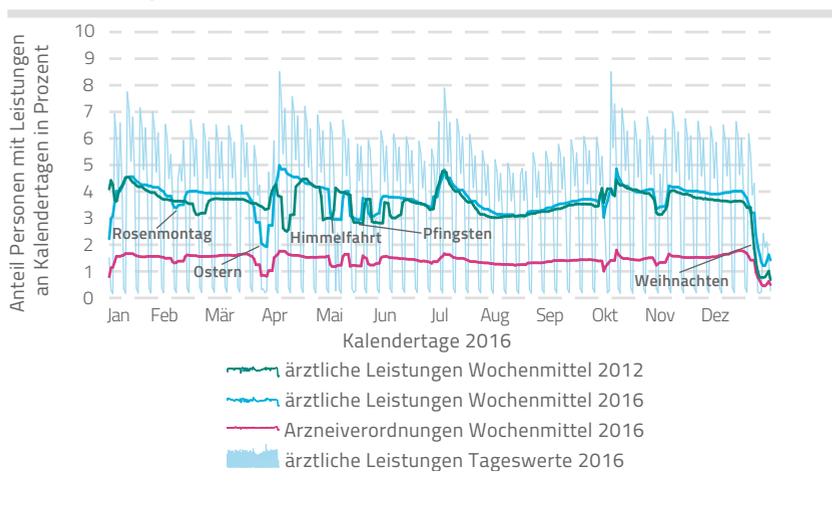


Abbildung 2.1B: Anteil Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2016 und 2012



Quelle: BARMER-Daten 2007, 2012 (als Referenz), 2016, standardisiert D2007, D2012, D2015

Praxisgebühr Anfang 2013
abgeschafft

In Abbildung 2.1B werden analog ermittelte Ergebnisse zum aktuell betrachteten Kalenderjahr 2016 präsentiert. Zudem beinhalten beide Abbildungen auch im Sinne einheitlicher Vergleichswerte, Darstellungen zu den Kontakt- und Abrechnungsraten im Wochenmittel aus dem Jahr 2012 als türkisgrüne Linien. Das Jahr 2012 war das letzte Jahr, in dem die Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherungen beim Besuch eines Arztes oder Psychotherapeuten und des kassenärztlichen Notdienstes einmal im Quartal die sogenannte Praxisgebühr in Höhe von 10 Euro entrichten mussten. Die Regelung war im Jahr 2004 in Kraft getreten und wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2013 wieder abgeschafft.

Im Vergleich zum Jahr 2007 wird auf den ersten Blick das insgesamt merklich niedrigere Niveau der Raten aus dem Jahr 2016 deutlich. Darüber hinaus fallen für das Jahr 2016 die stärker ausgeprägten quartalszyklischen Schwankungen mit typischen Höchstwerten in den ersten Tagen eines jeden Quartals auf, die so bereits seit Einführung der pauschalierten Vergütung im Jahr 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 den Abrechnungsunterlagen dokumentiert werden, können seit dem Jahr 2008 die EBM-Ziffern nach dem Erstkontakt nur noch selten 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 Folgetagen seit dem Jahr 2008 nur noch in besonderen Fällen zur Dokumentation von Abrechnungsziffern führen.

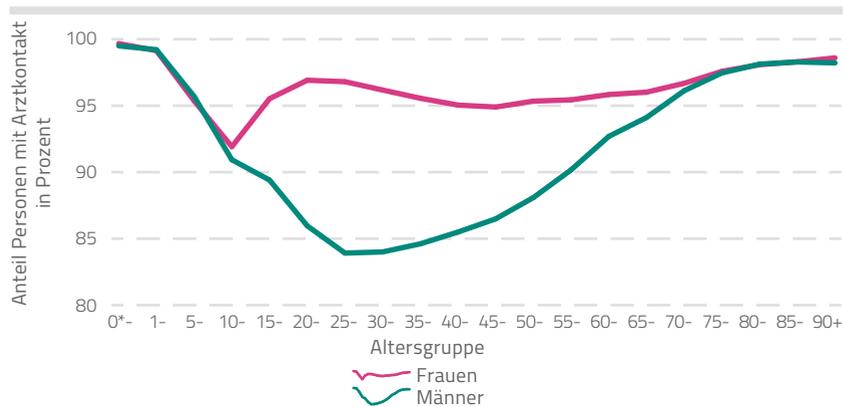
Ob sich in Deutschland im Rahmen der Veränderungen des EBM ab dem Jahr 2008 die reale Zahl an Arztkontakten verändert hat, lässt sich auf Basis der aktuell verfügbaren Daten nur ausgesprochen schwer beurteilen. Die Tatsache, dass die dargestellten quartalszyklischen Schwankungen nach dem Jahr 2008 nicht das reale Kontaktgeschehen widerspiegeln, verdeutlicht die Gegenüberstellung von Ergebnissen

zu Arzneiverordnungsraten aus dem Jahr 2016. Die Arzneiverordnungsraten konzentrieren sich in diesem Jahr ebenfalls nur im geringen Ausmaß auf Zeiträume nahe dem Quartalsbeginn (magentafarbene Linie in der Abbildung).

2.4 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 nachfolgende Abbildung zeigt die Behandlungsraten im Gesamtjahr 2016 in Abhängigkeit von diesen beiden grundlegenden soziodemografischen Merkmalen.

Abbildung 2.2: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2016



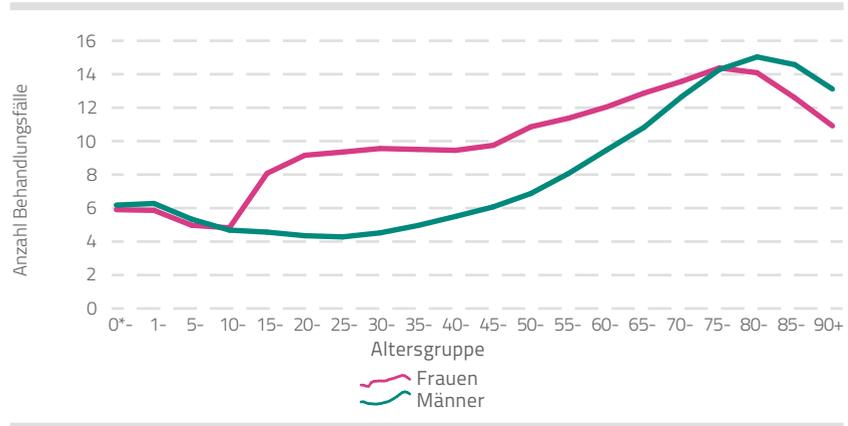
Quelle: BARMER-Daten 2016

Die Behandlungsraten innerhalb eines Jahres umfassen den Anteil der Versicherten, der innerhalb des Jahres mindestens einmal Kontakt zur ambulanten Versorgung hatte, und liegen in allen Altersgruppen auf einem hohen Niveau. Im Jahr 2016 unterschritten sie bei den Frauen in keiner Altersgruppe einen Wert von 92 Prozent. Bei den Männern findet sich eine minimale Rate von rund 84 Prozent im Alter zwischen 25 und 29 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

Altersabhängig kontaktierten 2016 mindestens 92 % Frauen und 84 % Männer einen Arzt.

Versorgung. Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsraten zwischen Männern und Frauen finden sich insbesondere im gebärfähigen Alter der Frauen. Vor Vollendung des 15. Lebensjahres und nach dem 70. Lebensjahr weisen Männer und Frauen weitgehend übereinstimmende Werte auf (Tabelle A 1 im Anhang).

Abbildung 2.3: Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2016



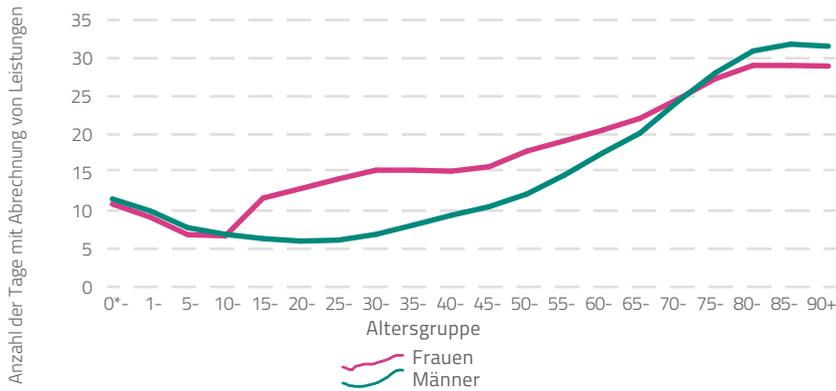
Quelle: BARMER-Daten 2016

Die Abbildung 2.3 zeigt die Zahl der durchschnittlich innerhalb des Jahres 2016 abgerechneten Behandlungsfälle je Person (Tabelle A 2 im Anhang).

Ältere Männer nehmen
mehr Leistungen in
Anspruch als Frauen.

Die geringste Zahl an Behandlungsfällen wurde im Jahr 2016 wie in den Vorjahren bei Männern im Alter zwischen 25 und 29 Jahren mit durchschnittlich 4,2 Fällen im Jahr erfasst. Die Fallzahlen liegen bei Frauen im selben Alter mit 9,2 Fällen mehr als doppelt so hoch. Wie bereits in vorausgehenden Jahren festgestellt, erscheint weiterhin auffällig, dass die Fallzahlen der Männer nach Vollendung des 80. Lebensjahres mit 14,7 Fällen pro Jahr merklich über denen der Frauen liegen. Es dürften demnach von älteren Männern tendenziell Leistungen von mehr unterschiedlichen Ärzten in Anspruch genommen werden als von Frauen.

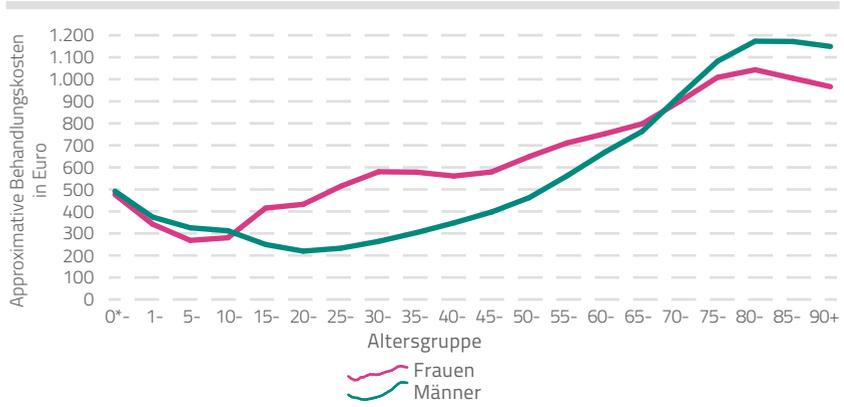
Abbildung 2.4: Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

Wie bereits erwähnt lässt sich nach Einführung der 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. Die Abbildung 2.4 zeigt entsprechende Ergebnisse für das Jahr 2016. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Behandlungsfallzahlen zeigt sich im Hinblick auf die Tage mit Leistungsabrechnung eine noch deutlichere Altersabhängigkeit. Die geringsten Werte finden sich bei 20- bis 24-jährigen männlichen Versicherten. Bei Versicherten aus dieser Gruppe wurde im Jahr 2016 durchschnittlich an 6,5 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 im Jahr 2016 demgegenüber 31,8 Tage mit mindestens einer Leistungsabrechnung, und damit fast fünfmal so viele Tage wie bei den wenig betroffenen jungen Männern (Tabelle A 3 im Anhang).

Abbildung 2.5: Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

Ø Behandlungskosten/Jahr:
min. 217 €, max. 1.178 €

Ein ähnliches Bild ergeben Auswertungen zu approximativ ermittelten ambulanten Behandlungskosten. Für die Berechnungen wurde unter Berücksichtigung von abgerechneten Punktwerten der im Jahr 2016 bundeseinheitlich und fachübergreifend gültige Orientierungspunktwert von 10,4361 Cent angenommen. Die im Durchschnitt geringsten jährlichen Kosten für ambulante Behandlungen ließen sich im Jahr 2016 für 20- bis 24-jährige Männer mit 217 Euro berechnen, die höchsten approximativ ermittelten Kosten betragen 1.178 Euro in der Gruppe der 80- bis 84-jährigen Männer (Tabelle A4 im Anhang).

2.5 Fachärztliche Behandlungshäufigkeit

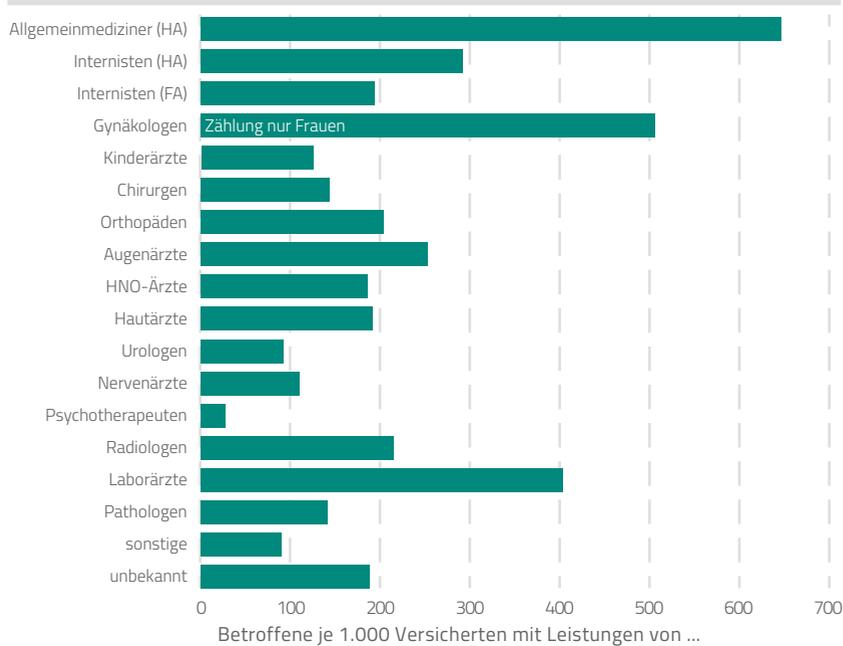
Die Tätigkeit und Abrechnung im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung setzt die Niederlassung eines Arztes mit Zuordnung zu einer spezifischen Arztgruppe voraus. Für die nachfolgenden Darstellungen zur fachgruppenspezifischen Inanspruchnahme wurde jeder Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfall der Fachgruppe desjenigen Arztes zugeordnet, der fallbezogen die höchste Anzahl an dokumentierten Abrechnungsziffern aufwies. Da Darstellungen zu allen differenzierbaren Facharztgruppen sehr unübersichtlich wären, wurden diese zuvor zu Fachgebieten zusammengefasst.

Die exakte Zuordnung einzelner Fachgruppenschlüssel zu den nachfolgend verwendeten übergeordneten Fachgebieten ist der Tabelle A 5 im Anhang zu entnehmen.

Die Tabelle 2.5 zeigt altersstandardisierte Betroffenenraten und Behandlungsfallzahlen je 1.000 Versicherte nach zusammengefassten Fachgebietskodierungen und den Anteil der fachspezifisch abgerechneten Behandlungsfälle an allen Behandlungsfällen im Jahr 2016. Die Betroffenen- beziehungsweise Kontaktraten werden auch in der folgenden Abbildung dargestellt. Hausärztlich tätige Allgemeinmediziner werden am häufigsten kontaktiert. Von den Versicherten konsultierten im Jahr 2016 geschlechts- und altersgruppenübergreifend rund 64 Prozent (641 je 1.000) mindestens einmal einen entsprechenden Arzt. Zudem suchten 29 Prozent mindestens einmal einen hausärztlich niedergelassenen Internisten auf, fachärztlich tätige Internisten wurden demgegenüber nur von rund 19 Prozent der Versicherten innerhalb eines Jahres konsultiert.

2016: 64 % kontaktierten
Allgemeinmediziner, 2,7 %
Psychotherapeuten.

Abbildung 2.6: Personen mit Kontakt zu Facharztgruppen je 1.000 Versicherten 2016



Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

Insgesamt entfielen auch im Jahr 2016 mit einem Anteil von rund 36 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 ungefähr 90 Prozent der Behandlungsfälle aus der Kinder- und Jugendmedizin zählen, die im Jahr 2016 insgesamt rund fünf Prozent aller Behandlungsfälle ausmachten. Verhältnismäßig hohe Fallzahlen finden sich darüber hinaus auch bei Gynäkologen und Laborärzten mit Fallanteilen von 8,1 und 9,6 Prozent. Für rund drei Prozent der Behandlungsfälle war bei rückläufiger Tendenz gegenüber dem Vorjahr keine Fachgebietszuordnung der vorrangig behandelnden Ärzte möglich. Diese Konstellation tritt etwa bei Behandlungen in universitären Polikliniken auf, da den dort tätigen Ärzten oftmals keine LANR zugeordnet ist.

Nur 2,7 Prozent der Versicherten (27 je 1.000) hatten Kontakt zu psychologischen Psychotherapeuten, die in der hier gewählten Fachgruppeneinteilung trotz ihrer verhältnismäßig geringen Kontaktraten als einzige nicht-ärztliche Berufsgruppe separat ausgewiesen werden. Auf Behandlungen bei psychologischen Psychotherapeuten entfielen 0,8 Prozent der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechneten Behandlungsfälle.

Da psychologische Psychotherapeuten ihre Patienten in der Regel mehrmals im Quartal sehen und Therapiesitzungen jeweils separat je Termin abgerechnet werden, ergibt sich für diese Therapeutengruppe auch im Jahr 2016 eine vergleichsweise hohe Zahl von durchschnittlich rund fünf Kalendertagen mit Abrechnung von Leistungen je Behandlungsfall (bei allen übrigen Arztgruppen lag dieser Wert unterhalb von 2,3; 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 2,4 Prozent anteilig eine erheblich größere Bedeutung zukommt als hinsichtlich der Abrechnungsfälle.

Tabelle 2.5: Betroffene, Behandlungsfälle und Leistungstage je 1.000 Versicherten nach Fachgebieten 2016

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	641	2.204	25,7	4.840	31,5
Hausarzt Internist	290	861	10,0	1.913	12,4
Facharzt Internist	192	456	5,3	866	5,6
Gynäkologie	257	697	8,1	955	6,2
Kinder- und Jugendmedizin	124	393	4,6	727	4,7
Chirurgie	142	224	2,6	384	2,5
Orthopädie	202	373	4,3	697	4,5
Augenarzt	250	442	5,2	548	3,6
HNO	184	303	3,5	412	2,7
Hautarzt	189	338	3,9	480	3,1
Urologie	91	189	2,2	308	2,0
Neurologie – Nervenheilkunde	109	280	3,3	552	3,6
psychologischer Psychotherapeut	27	73	0,8	367	2,4
Radiologie – Nuklearmedizin	213	328	3,8	457	3,0
Labormedizin	400	826	9,6	1.082	7,0
Pathologie	140	168	2,0	173	1,1
sonstige	89	141	1,6	208	1,4
unbekannt	186	279	3,3	402	2,6
insgesamt	931	8.573	100,0	15.370	100,0

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015; * Kalendertage mit Abrechnung mindestens einer Leistung bei einem Versicherten

Abweichende Relationen zwischen den Fachgruppen in Bezug auf die Zahl von Abrechnungsfällen ergeben sich, wenn man die Zahl der dokumentierten Abrechnungsziffern und die approximativen Behandlungskosten betrachtet. Die Tabelle 2.6 zeigt neben den bereits dargestellten Fallzahlen die durchschnittliche Zahl der Abrechnungsziffern und approximative Kosten je Fall. In der vorletzten Spalte werden schließlich approximative durchschnittliche Behandlungskosten pro Versicherten für das Jahr 2016 angegeben.

Tabelle 2.6: Abrechnungsziffern und approximative fall- und versichertenbezogene Kosten nach Fachgebieten 2016

Fachgebietsbezeichnung	Fälle je 1.000 Versicherte	Abrechnungsziffern je Fall	approx. Kosten je Fall in Euro*	approx. Kosten je Versichertem in Euro*	Anteil an Kosten insgesamt in Prozent
Hausarzt Allgemeinmedizin	2.204	7,34	56	124	22,2
Hausarzt Internist	861	7,93	61	53	9,4
Facharzt Internist	456	8,24	132	60	10,7
Gynäkologie	697	6,97	48	34	6,0
Kinder- und Jugendmedizin	393	6,68	70	27	4,9
Chirurgie	224	6,55	78	17	3,1
Orthopädie	373	7,18	58	21	3,8
Augenarzt	442	6,25	62	27	4,8
HNO	303	6,30	49	15	2,6
Hautarzt	338	5,71	39	13	2,4
Urologie	189	8,68	52	10	1,7
Neurologie – Nervenheilkunde	280	8,31	100	28	5,0
psychologischer Psychotherapeut	73	14,42	442	32	5,7
Radiologie – Nuklearmedizin	328	5,58	127	42	7,4
Labormedizin	826	10,74	29	24	4,2
Pathologie	168	4,42	28	5	0,8
sonstige	141	7,28	103	15	2,6
unbekannt	279	7,77	51	14	2,5
insgesamt	8.573	7,54	65	561	100,0

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015; * unter Annahme eines einheitlichen Punktwertes von 10,4361 Cent

Seit Einführung der Direktabrechnung rechnen insbesondere Laborärzte je Behandlungsfall eine relativ hohe Zahl an EBM-Ziffern ab, im Jahr 2016 waren es durchschnittlich 10,7 Ziffern je Fall (Tabelle 2.6). Dieses Vorgehen lässt sich auch auf die ausgeprägte Differenzierung der EBM-Abrechnungsziffern in diesem Bereich zurückführen. Zugleich

ist den einzelnen Leistungsziffern bei Laborärzten in der Regel nur ein geringer Punktwert zugeordnet. Hieraus resultiert, dass im Facharztvergleich bei Laborärzten je Behandlungsfall im Durchschnitt die geringsten approximativen fallbezogenen Kosten in Höhe von 29 Euro anfielen.

Die fallbezogen höchsten Kosten ergaben sich auch im Jahr 2016 bei Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten mit 442 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 individuell mit jedem einzelnen seiner Patienten befassen muss, in diesem Zeitraum selten mehr als 100 unterschiedliche Patienten behandeln.

höchste \emptyset Behandlungs-
kosten pro Fall bei
psychologischen
Psychotherapeuten \emptyset 442 €

Die letzte Spalte der Tabelle verdeutlicht die approximative Verteilung der jährlichen versichertenbezogenen Kosten für die ambulante Behandlung auf unterschiedliche Facharztgruppen. Insgesamt ergaben sich für das Jahr 2016 nach diesen Berechnungen auf der Basis von BARMER-Daten geschlechts- und altersstandardisiert durchschnittliche Ausgaben für die ambulante Versorgung in Höhe von 561 Euro für jeden Versicherten. Mit rund 32 Prozent entfielen knapp ein Drittel dieser Ausgaben auf Behandlungskosten bei allgemeinärztlichen oder internistischen Hausärzten.

\emptyset Ausgaben für die
ambulante ärztliche und
psychotherapeutische
Versorgung: 561 € pro
Versicherten

2.6 Anzahl kontaktierter Ärzte – Arztwechsel

Das nachfolgende Kapitel befasst sich mit der Anzahl unterschiedlicher Ärzte und 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, dementsprechend lassen sich auch patientenbezogen Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten unterscheiden und zählen. Seit dem Abrechnungsjahr 2009 sind jahresbezogen durchgängig Informationen zur lebenslangen Arztnummer mit der Fachgruppenzuordnung des Leistungserbringers auf Ebene einzelner Abrechnungspositionen verfügbar. Zudem lassen sich Behandlungen in unterschiedlichen

Praxen anhand der Betriebsstättennummer unterscheiden. Da bei einer Behandlung durch unterschiedliche Ärzte innerhalb einer Praxis oder Betriebsstätte inhaltlich 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 hierzu auch die Erläuterungen zur Fachgruppenzuordnung).

Einen ersten Überblick zur Anzahl der unterschiedlichen Betriebsstätten, die im Jahr 2016 Leistungen bei einzelnen Versicherten abgerechnet haben, gibt die Abbildung 2.7. Während bei der Darstellung im oberen Teil der Abbildung alle Betriebsstätten berücksichtigt wurden, bildet die Darstellung im unteren Teil lediglich Betriebsstätten von vorrangig behandelnden Ärzten ab. Abrechnungen von vorrangig diagnostisch tätigen oder nicht eindeutig definierten Arztgruppen (beispielsweise Tabelle 2.6 ab Radiologie - Nuklearmedizin) blieben bei dieser Zählung unberücksichtigt.

Neben den durch Balken dargestellten Anteilen der Versicherten mit einer bestimmten Anzahl an unterscheidbaren abrechnenden Praxen enthält die Abbildung 2.7 auch Angaben zu den kumulativen Anteilen der Versicherten, die im Jahr 2016 Kontakt zu einer bestimmten maximalen Anzahl an unterschiedlichen Praxen hatten.

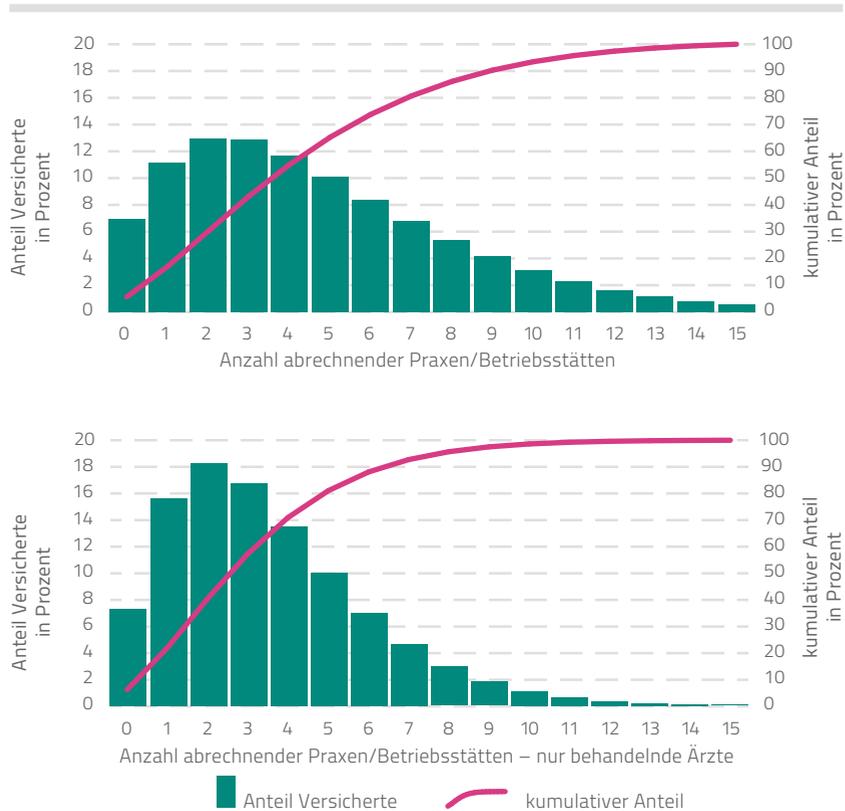
Im Verlauf des Jahres 2016 beanspruchten rund 57 Prozent der Bevölkerung beziehungsweise rund 61 Prozent aller Patienten, hier im Sinne von Personen mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr, Leistungen von vier oder mehr unterschiedlichen Betriebsstätten oder Arztpraxen beliebiger Fachdisziplinen.

Ø 3,5 Praxen behandelnder
Ärzte wurden 2016 pro
Kopf aufgesucht.

Beschränkt man die Zählung auf Kontakte zu vorrangig behandelnden Ärzten und schließt so die Abrechnungsfälle von Laborärzten, Pathologen, Radiologen und nicht eindeutig definierten Arztgruppen aus, reduziert sich der Anteil mit Kontakten zu vier oder mehr unterschiedlichen Ärzten auf rund 42 Prozent der Bevölkerung beziehungsweise

rund 46 Prozent der Patienten. Der Anteil der Bevölkerung mit Kontakten zu maximal drei unterschiedlichen behandelnden Ärzten lag bei rund 58 Prozent. Im Durchschnitt suchte ein Versicherter 3,49 unterschiedliche behandelnde Ärzte beziehungsweise Arztpraxen auf. Rund zwölf Prozent der Versicherten suchten mehr als sechs unterschiedliche Ärzte auf, bei 1,5 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 1,0 Promille der Versicherten.

Abbildung 2.7: Anzahl abrechnender Betriebsstätten je Versicherten 2016



Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

79 % der Bevölkerung in
hausärztlicher Versorgung

Fachgruppenspezifische Auswertungsergebnisse auf der Basis von BARMER-Daten sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Innerhalb einzelner Fachgruppen wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Ärzte kontaktiert. So hatten nach Hochrechnungen der geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnisse im Jahr 2016 etwa 64 Millionen Einwohner beziehungsweise rund 79 Prozent der Bevölkerung Deutschlands mindestens einmal Kontakt zu einem allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausarzt. 54 Prozent der hausärztlichen Patienten kontaktierten innerhalb des Jahres genau einen Hausarzt, rund vier Prozent kontaktierten vier oder mehr unterschiedliche Hausarztpraxen. In dieser Zählung sind dabei auch alle Wechsel der Arztpraxis berücksichtigt, die sich ohne primäre Patientenintention ergeben, etwa bei Praxisschließungen aufgrund eines Urlaubs oder durch den Umzug von Patienten. Noch geringere Wechselraten als bei Hausärzten finden sich bei Arztgruppen, die allgemein weniger regelmäßig besucht werden.

Tabelle 2.7: Anzahl kontaktierter Praxen allgemein und nach Fachgruppen 2016

	Anzahl der kontaktierten Praxen 2016				
	mind. 1 Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	4 u. mehr
alle Ärzte					
% Population	93,1	11,0	12,8	12,7	56,5
% Patienten	100	11,8	13,8	13,7	60,7
abs. (Tsd.)	76.077	8.996	10.477	10.412	46.192
vorrangig beh. Ärzte					
% Population	92,7	15,6	18,2	16,7	42,3
% Patienten	100	16,8	19,7	18,0	45,6
abs. (Tsd.)	75.732	12.717	14.886	13.608	34.521
Hausärzte (inkl. internistische)					
% Population	78,5	42,3	24,8	8,1	3,3
% Patienten	100	53,9	31,6	10,4	4,2
abs. (Tsd.)	64.159	34.568	20.244	6.656	2.690
Internisten (ohne HA)					
% Population	18,4	14,0	3,4	0,8	0,2
% Patienten	100	75,8	18,4	4,4	1,3
abs. (Tsd.)	15.063	11.421	2.779	666	197
Gynäkologen					
% Population	26,1	12,7	11,2	1,7	0,5
% Patienten	100	48,8	42,8	6,5	1,9
abs. (Tsd.)	21.301	10.397	9.118	1.378	408

	Anzahl der kontaktierten Praxen 2016				
	mind. 1 Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	4 u. mehr
Augenärzte					
% Population	25,0	22,7	2,0	0,2	0,0
% Patienten	100	90,7	8,2	0,9	0,2
abs. (Tsd.)	20.421	18.531	1.670	189	31
Orthopäden					
% Population	21,1	18,3	2,4	0,3	0,0
% Patienten	100	87,1	11,3	1,4	0,2
abs. (Tsd.)	17.199	14.986	1.939	236	38
Hautärzte					
% Population	18,8	15,8	2,7	0,3	0,0
% Patienten	100	83,9	14,5	1,3	0,2
abs. (Tsd.)	15.389	12.916	2.239	205	30
HNO					
% Population	18,3	16,7	1,5	0,2	0,0
% Patienten	100	90,9	8,1	0,9	0,1
abs. (Tsd.)	14.978	13.621	1.207	128	22
Chirurgen					
% Population	12,9	11,5	1,2	0,1	0,0
% Patienten	100	89,3	9,6	1,0	0,1
abs. (Tsd.)	10.511	9.385	1.014	100	12
Kinderärzte					
% Population	12,1	8,4	2,7	0,8	0,3
% Patienten	100	69,2	21,9	6,3	2,6
abs. (Tsd.)	9.919	6.868	2.173	624	254
Urologen					
% Population	9,2	8,7	0,5	0,0	0,0
% Patienten	100	94,2	5,4	0,4	0,0
abs. (Tsd.)	7.537	7.097	407	29	4
Nervenärzte					
% Population	10,7	9,2	1,2	0,2	0,0
% Patienten	100	86,7	11,5	1,5	0,3
abs. (Tsd.)	8.703	7.543	1.003	133	23
Psychotherapeuten					
% Population	2,7	2,5	0,1	0,0	0,0
% Patienten	100	94,4	4,8	0,7	0,2
abs. (Tsd.)	2.190	2.067	104	14	5

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

Vereinzel festgestellte Fälle von Patienten, die Kontakte zu einer extrem hohen Anzahl unterschiedlicher Ärzte aufweisen, beeinflussen die genannten Zahlenwerte nur unwesentlich, bieten jedoch nach Überprüfung der Daten Ansatzpunkte für ein Case-Management oder für die Aufdeckung von Missbrauch.

2.7 Regionale Variationen

Grundsätzlich eignen sich versichertenbezogene Daten von gesetzlichen Krankenkassen aufgrund einer klar definierten Nenner-Population sehr gut für regionale Vergleiche, sofern in den betrachteten Gebieten eine ausreichende Zahl Versicherter wohnhaft ist. Da für die nachfolgenden Auswertungen zum Jahr 2016 knapp 8,3 Millionen Versicherte der BARMER berücksichtigt werden konnten, ist diese Bedingung für grundlegende Auswertungen auf Länderebene zweifellos erfüllt. Präsentiert werden auch an dieser Stelle geschlechts- und altersstandardisierte Werte, das heißt, dass bei der Ermittlung der Ergebnisse rechnerisch in allen Bundesländern eine übereinstimmende Geschlechts- und Altersstruktur zugrunde gelegt wurde. Dargestellte Ergebnisunterschiede zwischen den Bundesländern bestehen anschließend gegebenenfalls unabhängig von etwaigen Unterschieden der Alterszusammensetzungen zwischen den regional versicherten Populationen.

Die altersstandardisierten Behandlungsraten variierten im Jahr 2016 in den 16 Bundesländern nur minimal zwischen 92,5 Prozent in Berlin und 93,9 Prozent im Saarland. Die geringsten versichertenbezogenen Behandlungsfallzahlen ließen sich wie bereits im Vorjahr auch im Jahr 2016 für Schleswig-Holstein mit 8,24 Fällen pro Person ermitteln. Verhältnismäßig hohe Fallzahlen fanden sich demgegenüber in Mecklenburg-Vorpommern mit etwa neun Fällen pro Jahr und damit knapp sechs Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Dagegen zeigen die Auswertungen zu Tagen mit Leistungsabrechnungen eine abweichende Konstellation: Trotz geringer Fallzahlen wurden bei dieser Auswertung die mit Abstand höchsten Werte in Schleswig-Holstein erreicht. In den neuen Bundesländern werden im Hinblick auf Tage mit Abrechnungen von Leistungen trotz stets überdurchschnittlicher Fallzahlen durchgängig unterdurchschnittliche Werte erfasst.

Approximative Abschätzungen der Behandlungskosten unter Annahme einheitlicher Punktwerte von 10,4361 Cent ergeben vorrangig in den Stadtstaaten Bremen, Berlin und Hamburg überdurchschnittliche versichertenbezogene Kosten, wie es bereits im Vorjahr der Fall war. In den beiden letztgenannten Ländern werden die bundesweit ermittelten Kosten pro Versicherten um mehr als zehn Prozent überschritten. In Bayern überschreiten die geschlechts- und altersstandardisierten Behandlungskosten den Bundesdurchschnitt um rund fünf Prozent. In allen neuen Bundesländern liegen die Behandlungskosten unter dem Bundesdurchschnitt, der nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten aus dem Jahr 2016 bei etwa 561 Euro lag.

höhere Kosten in
Stadtstaaten, geringere in
den neuen Bundesländern

Tabelle 2.8: Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2016

	Betroffene in Prozent	Behandlungs- fälle je Jahr	Abrechnungs- tage je Jahr	approx. Kosten je Jahr in Euro
Schleswig-Holstein	93,4	8,24 (-3,9%)	16,9 (10,1%)	546 (-2,7%)
Hamburg	92,7	8,76 (2,1%)	15,3 (-0,2%)	644 (14,7%)
Niedersachsen	93,7	8,54 (-0,4%)	15,3 (-0,4%)	578 (3,0%)
Bremen	92,9	8,40 (-2,0%)	15,6 (1,6%)	592 (5,5%)
Nordrhein-Westfalen	93,4	8,53 (-0,5%)	15,8 (3,1%)	562 (0,2%)
Hessen	93,4	8,51 (-0,8%)	16,1 (4,8%)	544 (-3,1%)
Rheinland-Pfalz	93,5	8,43 (-1,7%)	14,5 (-5,7%)	535 (-4,7%)
Baden-Württemberg	93,2	8,43 (-1,6%)	15,0 (-2,3%)	550 (-1,9%)
Bayern	93,0	8,76 (2,1%)	15,8 (2,9%)	586 (4,5%)
Saarland	93,9	8,86 (3,4%)	15,7 (2,4%)	571 (1,7%)
Berlin	92,5	8,88 (3,6%)	15,5 (0,6%)	633 (12,8%)
Brandenburg	93,2	8,62 (0,6%)	14,0 (-9,1%)	519 (-7,4%)
Mecklenburg-Vorpom.	93,7	9,08 (5,9%)	15,1 (-1,7%)	558 (-0,6%)
Sachsen	92,5	8,49 (-1,0%)	14,0 (-9,0%)	536 (-4,4%)
Sachsen-Anhalt	93,5	8,79 (2,6%)	14,3 (-7,2%)	533 (-5,0%)
Thüringen	93,3	8,52 (-0,7%)	14,3 (-7,3%)	533 (-4,9%)
Gesamt	93,1	8,57	15,4	561

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015; Werte in Klammern: prozentuale Abweichungen zu bundesweiten Ergebnissen

2.8 Ambulante Diagnosen

Aus wissenschaftlicher Sicht von großem Interesse sind zweifellos die Informationen zu Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung, mit denen sich die nachfolgenden Kapitel befassen. Die nachfolgend dargestellten Ergebnisse zum Jahr 2016 beruhen auf der Auswertung von Datenlieferungen zu Versicherten der BARMER, zu denen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung für das Jahr 2016 insgesamt 353 Millionen Diagnoseeinträge dokumentiert wurden. 94,9 Prozent der im Jahr 2016 dokumentierten Diagnoseschlüssel entsprachen nach Abgleich mit dem aktuellen ICD10-GM gültigen Diagnoseangaben. Der überwiegende Anteil formal ungültiger oder fehlender Angaben resultierte, wie in den letzten Jahren, aus der Abrechnung von Laborleistungen, bei denen häufig keine Diagnoseangaben gemacht werden.

Zu allen Diagnoseangaben ist seit dem Jahr 2004 eine Zuordnung zu einer der vier Einstufungen: Gesichert, Ausschluss, Verdacht oder symptomloser Zustand unbedingt erforderlich. Im Jahr 2004 fehlten entsprechende Zusatzkennzeichen bundesweit noch bei insgesamt 22 Prozent der gültigen Diagnoseschlüssel in den GEK-Daten. Von einigen KVen lagen dabei keinerlei Angaben vor, andere KVen lieferten die Angaben bereits im Jahr 2004 überwiegend vollständig. Im Jahr 2005 waren in den Daten der BARMER noch rund sechs Prozent der gültigen Diagnoseangaben nicht gekennzeichnet. In den Jahren ab 2006 waren die Angaben zur Art der Diagnose zu allen gültigen Diagnoseschlüsseleinträgen angegeben. In den BARMER-Daten zum Jahr 2016 wurden 91,86 Prozent der Diagnosen als gesichert eingestuft (2015: 91,79; 2014: 91,58; 2013: 91,32; 2012: 90,96; 2011: 90,78), 3,55 Prozent als symptomlose Zustände (2015: 3,60; 2014: 3,66; 2013: 3,78; 2012: 3,88; 2011: 3,69), 2,38 Prozent als Verdachtsdiagnose (2015: 2,35; 2014: 2,43; 2013: 2,52; 2012: 2,67; 2011: 2,73) und 2,21 Prozent als Ausschlussdiagnose (2015: 2,25; 2014: 2,33; 2013: 2,39; 2012: 2,49; 2011: 2,53). Bei den weiteren Auswertungen wurden alle explizit als Ausschlussdiagnosen gekennzeichneten Einträge nicht berücksichtigt.

Eine Unschärfe bei den Diagnosen aus der ambulanten Versorgung resultiert aus der Tatsache, dass alle Diagnoseangaben in den Daten zunächst gleichwertig und ohne weitere Zusatzangaben zum Diagnosedatum, fallbezogen also ungeordnet je

Abrechnungsquartal, erfasst werden. Wird ein Patient im Rahmen eines Behandlungsfalls beispielsweise am ersten und am 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 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 der Diagnosezeitpunkte und einer Kennzeichnung der Hauptbehandlungsanlässe erheblich profitieren.

Bei den Berechnungen zu allen berücksichtigten Kalenderjahren konnte im Rahmen der Auswertungen zum Arztreport 2018, wie bereits in den letzten drei Arztreporten, auch auf nachträglich zusammengeführte Daten zum Gesamtversichertenbestand der BARMER zurückgegriffen werden. Durch die erweiterte Auswertungsbasis ergeben sich zwangsläufig auch Werte, die mitunter von den in den Arztreporten vor dem Jahr 2013 publizierten Ergebnissen abweichen können, was bei entsprechenden Gegenüberstellungen berücksichtigt werden muss.

Diagnoseraten

Für die Übersichtsauswertungen wurden auf der Ebene von einzelnen Versicherten zunächst alle unterscheidbaren ICD10-Diagnoseschlüssel ermittelt, die von beliebigen Ärzten innerhalb einzelner Kalenderjahre vergeben wurden. Die nachfolgenden Tabellen geben jeweils den Anteil der Population wieder, bei dem innerhalb der aufgeführten Kalenderjahre von mindestens einem Arzt eine bestimmte Diagnose oder mindestens eine Diagnose aus einer Gruppe von Diagnosen auf unterschiedlichen Gliederungsebenen dokumentiert wurde. Hinsichtlich chronischer Erkrankungen dürften die hier präsentierten Zahlen einen ersten Hinweis auf die Diagnose- und Erkrankungsprävalenz liefern, das heißt auf den Anteil der zu einem Zeitpunkt erkrankten Population. Bei akuten Erkrankungen liefern sie einen Schätzer für die Ein-Jahres-Inzidenz, also für die (Neu-)Erkrankungsfälle oder die Erkrankungshäufigkeit innerhalb eines Jahres in einer Population.

Trends bereinigt um
demografische Effekte

Diagnosekapitel

Die nachfolgende Tabelle listet auf einer übergeordneten Gliederungsebene zunächst alle 20 regulär in gesundheitsbezogenen Statistiken zur Diagnoseerfassung verwendeten Diagnosekapitel der ICD10.³ Angegeben wird der Anteil der Bevölkerung, bei dem innerhalb der einzelnen Jahre von 2006 bis 2016 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung mindestens einmal eine Diagnose aus dem jeweiligen Diagnosekapitel dokumentiert wurde. Die entsprechend gekennzeichneten Ausschlussdiagnosen wurden hierbei nicht berücksichtigt. Da bei dieser Darstellung alle Ergebnisse gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur der durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2005 standardisiert wurden, ergeben sich an dieser Stelle unter Umständen Hinweise auf die Entwicklungen von Diagnosehäufigkeiten zwischen den Jahren 2006 und 2016, die sich unabhängig von demografischen Veränderungen der Bevölkerung ereignet haben.

Tabelle 2.9: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen 2006 bis 2016 nach Diagnosekapiteln

ICD10-Kapitel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
	Angaben in Prozent										
01 bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	28,0	28,8	29,0	29,3	28,4	29,1	29,0	30,3	29,8	30,2	31,1
02 Neubildungen	18,0	18,6	20,0	20,6	20,8	20,9	20,8	21,1	21,5	21,4	21,5
03 Krankheiten d. Blutes u. d. blutbildenden Organe	7,0	7,1	7,3	7,5	7,3	7,2	7,2	7,4	7,6	7,7	7,9
04 endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	36,5	37,2	37,5	38,2	38,3	38,1	38,2	38,9	39,3	39,6	40,1
05 psychische und Verhaltensstörungen	28,6	29,1	29,4	31,5	32,3	32,6	32,9	34,0	35,2	35,7	36,3
06 Krankheiten des Nervensystems	17,8	18,1	18,5	18,9	19,2	19,4	19,5	20,1	20,7	20,9	21,4

³ Nicht aufgeführt werden Kapitel XX und XXII. Kapitel XX „Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ umfasst keine Diagnosen, sondern äußere Ursachen von Gesundheitsschädigungen (die dann gegebenenfalls als Diagnosen zusätzlich erfasst werden können). Äußere Ursachen von Gesundheitsschädigungen werden in Deutschland regulär und ergänzend zu Diagnosen 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 ICD10 kodiert werden können.

ICD10-Kapitel	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Angaben in Prozent											
07 Krankheiten d. Auges u. d. Augenanhangsgebilde	30,3	30,4	30,6	30,2	29,8	29,4	29,3	29,4	29,5	29,2	29,0
08 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	18,1	18,1	17,9	18,0	18,1	17,9	17,8	18,3	18,0	18,2	18,3
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	38,4	38,6	38,8	38,8	38,6	38,3	38,1	37,2	37,1	37,1	37,1
10 Krankheiten des Atmungssystems	46,3	48,1	48,6	51,1	48,0	48,7	47,6	51,6	48,1	51,1	50,7
11 Krankheiten des Verdauungssystems	31,0	31,9	32,5	32,5	31,7	31,2	31,0	32,5	32,8	32,9	33,3
12 Krankh. der Haut	28,8	28,8	29,6	29,4	29,3	29,0	28,8	29,3	29,5	29,3	29,4
13 Krankh. d. Muskel-Skelettsystems u. d. Bindegewebes	47,0	47,8	48,3	48,4	48,6	48,6	48,4	49,3	49,8	49,7	49,8
14 Krankh. des Urogenitalsystems	37,5	37,8	38,0	38,1	38,0	37,8	37,6	37,9	38,0	37,9	38,0
15 Schwangerschaft, Geburt u. Wochenb.	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,4
16 best. Zust., d. ihren Urspr. i. d. Perinatalperiode haben	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7
17 ang. Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	10,6	11,2	11,8	12,0	12,3	12,3	12,4	13,0	13,4	13,6	13,8
18 Symptome und abnorme klin. und Laborbefunde	40,9	41,8	41,9	42,8	42,1	42,3	42,3	43,9	44,7	45,2	46,1
19 Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen auß. Urs.	29,1	29,2	29,7	30,2	30,0	30,1	29,5	30,6	30,7	30,5	31,0
21 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	55,6	58,5	59,4	60,5	59,1	60,1	59,9	61,0	61,3	61,3	61,4

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2005

Es wird offensichtlich, dass Diagnosen aus einer Vielzahl von Diagnosekapiteln verhältnismäßig große Bevölkerungsteile betreffen. So existieren mehrere Diagnosekapitel, von deren zugehörigen Diagnosen insgesamt mehr als ein Drittel der Bevölkerung innerhalb

eines Jahres betroffen ist. Über den Gesamtzeitraum von elf Jahren erweisen sich die Ergebnisse auf dieser Gliederungsebene von Diagnosekapiteln als insgesamt verhältnismäßig konstant.

Diagnoserate psychischer
Störungen steigt um 31 %
2005-2016 (zu Raten
2005 vergleiche Arztreport
2017)

Bei Diagnosen von angeborenen Fehlbildungen, Krankheiten des Nervensystems und insbesondere bei psychischen Störungen ist seit dem Jahr 2005 ein stetiger Zuwachs festzustellen. So stieg unabhängig von demografischen Veränderungen im Vergleich vom Jahr 2005 bis zum Jahr 2016 der Anteil der Population mit diagnostizierten angeborenen Fehlbildungen und Chromosomenanomalien um 41 Prozent, der Anteil mit Krankheiten des Nervensystems um 25 Prozent und der Anteil der Population mit diagnostizierten psychischen Störungen um rund 31 Prozent. Ohne eine entsprechend gleichmäßige oder stetige Entwicklung ist es zwischen den Jahren 2005 und 2016 im Hinblick auf Diagnoseraten von Neubildungen zu einem Anstieg um rund 25 Prozent gekommen.

Auffällig hohe Diagnoseraten in Bezug auf Krankheiten des Atmungssystems aus dem 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 und 2015 wurden ähnlich hohe Diagnoseraten bei Krankheiten des Atmungssystems ermittelt, die sich jeweils auf stark ausgeprägte Grippe- und Erkältungswellen in diesen Jahren zurückführen lassen. Im Jahr 2016 lagen die Diagnoseraten zu Krankheiten des Atmungssystems etwas niedriger als im Jahr 2015, blieben gemessen an den Vorjahren jedoch auf vergleichsweise hohem Niveau.

Die Tabelle 2.10 zeigt die auf Basis von BARMER-Daten berechneten Diagnoseraten des Jahres 2016 nach Diagnosekapiteln, wobei an dieser Stelle eine Standardisierung nach der Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland im Jahr 2015 vorgenommen wurde, um ein möglichst realitätsnahes Abbild der Situation im aktuell betrachteten Jahr 2016 zu liefern.

Unterschiede zu den zuvor bereits dargestellten geschlechtsübergreifenden Ergebnissen für das Jahr 2016 ergeben sich aus der abweichenden Geschlechts- und Altersstandardisierung. Die in der Tabelle 2.10 zusätzlich ausgewiesenen geschlechtsspezifischen

Diagnoseraten zeigen, dass Frauen von Diagnosen aus nahezu allen Kapiteln häufiger betroffen sind als Männer (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 betroffen sind als Frauen. Dieser Unterschied ist bei den Zahlenangaben in der Tabelle rundungsbedingt jedoch nicht sichtbar.

Tabelle 2.10: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2016

ICD10-Kapitel	Anteil Männer (Prozent)	Anteil Frauen (Prozent)	Anteil Gesamt (Prozent)
01 bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	28,8	32,4	30,6
02 Neubildungen	18,8	26,5	22,7
03 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	6,4	10,1	8,3
04 endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	35,7	48,7	42,3
05 psychische und Verhaltensstörungen	32,3	41,6	37,0
06 Krankheiten des Nervensystems	19,5	25,5	22,6
07 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	26,6	33,7	30,2
08 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	18,0	19,8	19,0
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	37,0	42,9	40,0
10 Krankheiten des Atmungssystems	48,4	51,7	50,1
11 Krankheiten des Verdauungssystems	33,1	36,0	34,6
12 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	25,8	33,7	29,8
13 Krankh. des Muskel-Skelett-Systems	47,1	55,8	51,5
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	21,7	55,8	39,0
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0	4,3	2,2
16 bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,7	0,7	0,7
17 angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	12,7	15,5	14,2
18 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	40,7	53,2	47,1
19 Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen	29,9	33,0	31,5
21 Faktoren, die d. Gesundheitszustand beeinflussen	47,1	77,4	62,5

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

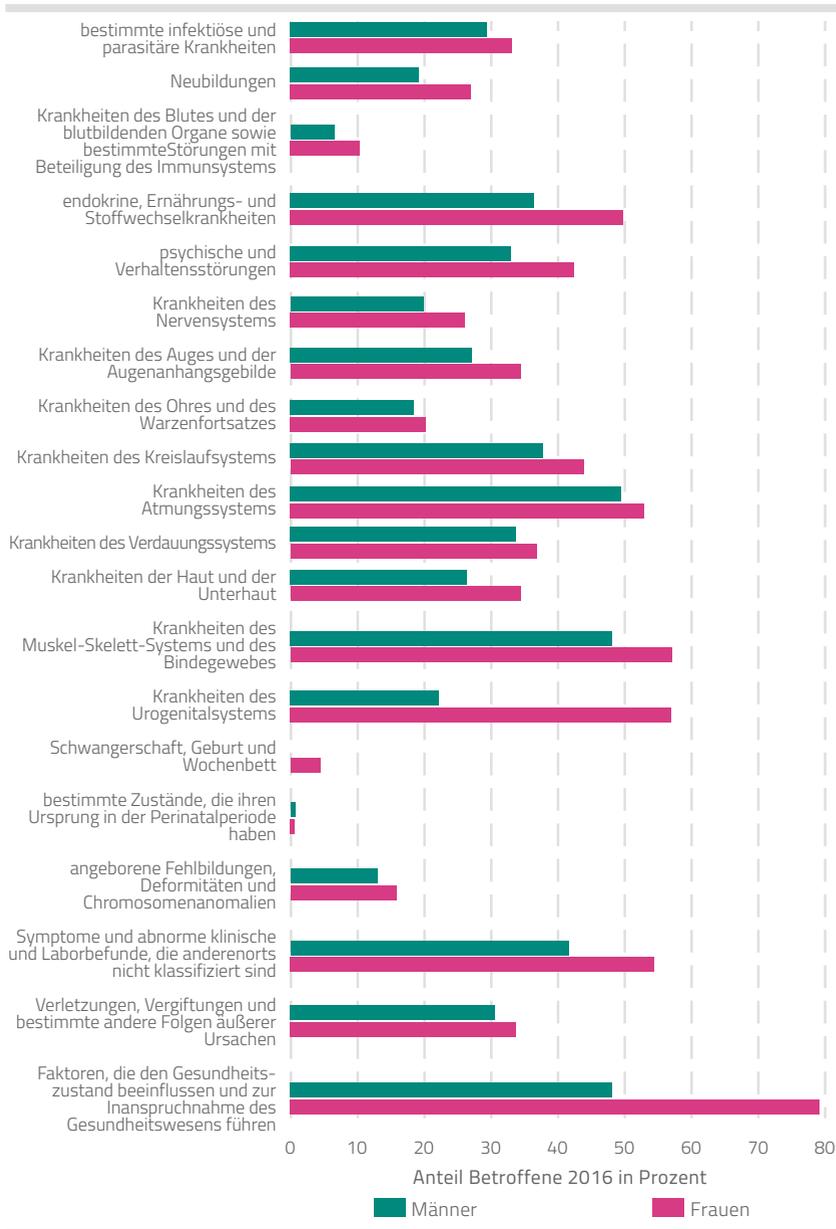
Zu gut drei Vierteln und damit am häufigsten betroffen sind Frauen von einer Diagnoseschlüsselvergabe aus dem Kapitel 21 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“. Entsprechende Schlüssel werden vor allem im Kontext mit der Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen vergeben und enthalten insofern keine direkten Erkrankungshinweise.

Mehr als die Hälfte aller Frauen erhält 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“ war im Jahr 2016 mehr als die Hälfte der Frauen betroffen. Im Hinblick auf dieses Diagnosekapitel fanden sich bei Männern die höchsten Diagnoseraten – knapp die Hälfte der Männer erhielt im Jahr 2016 eine Diagnose aus dem Kapitel 10. Ähnlich häufig wurden bei Männern Diagnosen gestellt, die dem ICD-Kapitel 13 „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ zuzuordnen sind.

42,1 Millionen 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 Diagnosen nutzen. Die Tabelle 2.11 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 im Jahr 2016 mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ oder dem Kapitel „Krankheiten des Atmungssystems“ gestellt.

Abbildung 2.8: Diagnoseraten nach ICD10-Kapiteln 2016



Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

Tabelle 2.11: Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2016

ICD10-Kapitel	Männer Tausend	Frauen Tausend	Gesamt Tausend
01 bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	11.561	13.450	25.011
02 Neubildungen	7.568	10.983	18.551
03 Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	2.577	4.204	6.781
04 endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	14.329	20.221	34.550
05 psychische und Verhaltensstörungen	12.976	17.255	30.230
06 Krankheiten des Nervensystems	7.825	10.604	18.429
07 Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	10.669	13.971	24.640
08 Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	7.244	8.238	15.481
09 Krankheiten des Kreislaufsystems	14.857	17.807	32.665
10 Krankheiten des Atmungssystems	19.459	21.482	40.942
11 Krankheiten des Verdauungssystems	13.278	14.952	28.231
12 Krankheiten der Haut und der Unterhaut	10.373	13.992	24.365
13 Krankh. des Muskel-Skelett-Systems	18.912	23.158	42.070
14 Krankheiten des Urogenitalsystems	8.733	23.145	31.878
15 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	–	1.805	1.805
16 bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	278	272	550
17 angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	5.119	6.445	11.563
18 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	16.360	22.088	38.448
19 Verletzungen, Vergiftungen u. best. a. Folgen	12.012	13.701	25.713
21 Faktoren, die d. Gesundheitszustand beeinflussen	18.906	32.138	51.044

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

Diagnosegruppen

100 Diagnosegruppen
betreffen jeweils
> 1,5 Millionen Menschen.

Eine im Vergleich zu den Diagnosekapiteln wesentlich differenziertere Gliederungsebene in der ICD10 bilden die mehr als 200 Diagnosegruppen. In der nachfolgenden Tabelle werden zu einer Auswahl relevanter Diagnosegruppen die Anteile der Bevölkerung, die im Jahr 2016 von den zugehörigen Diagnoseschlüsseln betroffen waren, nach Ergebnissen der geschlechts- und altersstandardisierten Auswertung der Daten

zu knapp 8,3 Millionen Versicherten der BARMER angegeben. Die Auflistung der Diagnosegruppen erfolgt dabei in einer absteigenden Sortierung nach dem Anteil der insgesamt betroffenen Bevölkerung. Von Erkrankungen und Zuständen aus den 100 aufgeführten Diagnosegruppen waren im Jahr 2016 jeweils mehr als zwei Prozent der Bevölkerung, also schätzungsweise jeweils mindestens 1,6 Millionen Menschen in Deutschland betroffen.

Die Diagnosegruppe mit Diagnosen im Sinne von Erkrankungen mit der bevölkerungsbezogen weitesten Verbreitung bilden Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, die innerhalb des Jahres 2016 bei rund 36 Prozent der Bevölkerung als Diagnose dokumentiert wurden. Bei 30 Prozent der Bevölkerung wurde im selben Jahr eine Diagnose aus der Erkrankungsgruppe „Akute Infektionen der oberen Atemwege“ gestellt.

Jeweils etwa 21 bis 29 Prozent der Bevölkerung erhielten im Jahr 2016 Diagnosen aus den Gruppen Hypertonie (Hochdruckkrankheit), Arthropathien, Stoffwechselstörungen und Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen.

29 % der Bevölkerung mit
Bluthochdruckdiagnose

Eine Sonderstellung nimmt die in sich recht heterogene Diagnosegruppe „Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes“ ein, von der nach den ärztlichen Diagnosedokumentationen 44 Prozent aller Frauen innerhalb eines Jahres betroffen waren. Eine Reihe von Diagnosen aus dieser Gruppe dürften vorrangig aus Abrechnungsgründen dokumentiert werden, eine Erkrankung im eigentlichen Sinn dürfte sich hinter einer entsprechenden Diagnose nur selten verbergen.

**Tabelle 2.12: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen:
häufig kodierte Diagnosegruppen 2016**

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Anteil Männer in Prozent	Anteil Frauen in Prozent	Anteil Gesamt in Prozent
Z00-Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen	25,8	57,0	41,7
M40-M54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	31,4	39,8	35,7
J00-J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	28,6	31,4	30,1
I10-I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	28,6	29,2	28,9
M00-M25	Arthropathien	23,4	29,7	26,6
Z20-Z29	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten	22,2	26,7	24,5
E70-E90	Stoffwechselstörungen	24,2	24,7	24,5
N80-N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	0,0	44,4	22,6
R50-R69	Allgemeinsymptome	17,9	25,3	21,7
M60-M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	18,9	24,2	21,6
H49-H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	18,4	24,3	21,4
F40-F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	14,7	26,5	20,7
Z80-Z99	Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen	14,9	21,8	18,4
J30-J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	17,2	19,0	18,1
E00-E07	Krankheiten der Schilddrüse	9,2	26,3	17,9
J40-J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	15,7	16,8	16,3
Z30-Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen	0,8	29,9	15,6
D10-D36	Gutartige Neubildungen	12,2	18,7	15,5
R10-R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	11,2	19,3	15,3
L20-L30	Dermatitis und Ekzem	12,8	16,9	14,9
F30-F39	Affektive Störungen	10,0	17,8	14,0

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Anteil Männer in Prozent	Anteil Frauen in Prozent	Anteil Gesamt in Prozent
K20-K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	12,6	15,1	13,9
G40-G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	11,1	15,7	13,5
R00-R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	12,1	13,6	12,9
I30-I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	12,4	13,2	12,8
K55-K64	Sonstige Krankheiten des Darmes	10,8	12,8	11,8
I80-I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	7,7	15,2	11,5
M95-M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,6	11,7	10,1
E65-E68	Adipositas und sonstige Überernährung	8,9	11,0	10,0
N30-N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5,4	14,3	9,9
A00-A09	Infektiöse Darmkrankheiten	10,1	9,6	9,9
H90-H95	Sonstige Krankheiten des Ohres	9,4	10,2	9,8
Q65-Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems	8,2	11,2	9,7
E10-E14	Diabetes mellitus	10,6	8,7	9,6
H25-H28	Affektionen der Linse	7,4	10,2	8,8
L60-L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde	6,3	11,0	8,7
C00-C97	Bösartige Neubildungen	8,1	9,2	8,7
T08-T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	8,3	8,8	8,6
H60-H62	Krankheiten des äußeren Ohres	8,4	8,7	8,5
J20-J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	8,0	8,2	8,1
Z40-Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen	7,1	8,1	7,6
H53-H54	Sehstörungen und Blindheit	6,5	8,0	7,2
N40-N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	14,6	0,0	7,2
L80-L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut	5,8	8,4	7,1
B35-B49	Mykosen	5,9	8,3	7,1

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Anteil Männer in Prozent	Anteil Frauen in Prozent	Anteil Gesamt in Prozent
I20-I25	Ischämische Herzkrankheiten	8,6	5,6	7,1
H10-H13	Affektionen der Konjunktiva	6,4	7,8	7,1
R40-R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen	5,5	8,5	7,0
M80-M94	Osteopathien und Chondropathien	4,0	9,8	6,9
F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	7,8	5,9	6,9
H30-H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut	6,0	7,5	6,8
T66-T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	5,4	8,0	6,7
K70-K77	Krankheiten der Leber	7,2	6,0	6,6
B25-B34	Sonstige Viruskrankheiten	6,3	6,5	6,4
H00-H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	4,7	7,8	6,3
H65-H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	6,1	6,5	6,3
Z70-Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	4,4	7,8	6,1
R30-R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen	5,3	6,8	6,1
G50-G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	4,9	7,1	6,0
I70-I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	6,3	5,7	6,0
B00-B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind	5,0	6,3	5,7
R25-R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	4,8	6,3	5,5
I60-I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	5,6	5,4	5,5
K50-K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	5,3	5,3	5,3
N70-N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	0,0	10,0	5,1
T80-T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	3,8	5,9	4,9
K80-K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas	3,5	5,7	4,6
E50-E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände	2,7	5,9	4,3
H40-H42	Glaukom	3,6	5,0	4,3

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Anteil Männer in Prozent	Anteil Frauen in Prozent	Anteil Gesamt in Prozent
K40-K46	Hernien	5,2	3,3	4,2
N60-N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	0,4	7,8	4,1
N17-N19	Niereninsuffizienz	4,3	3,8	4,1
S80-S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	3,8	3,7	3,8
L00-L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut	3,8	3,6	3,7
F50-F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4,2	3,3	3,7
D37-D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntes Verhaltens	3,1	4,2	3,6
S90-S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	3,5	3,7	3,6
G60-G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	3,8	3,4	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	2,2	4,7	3,5
J95-J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems	3,4	3,4	3,4
F80-F89	Entwicklungsstörungen	4,0	2,5	3,2
J09-J18	Grippe und Pneumonie	3,2	3,1	3,2
E20-E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	1,5	4,7	3,1
B99-B99	Sonstige Infektionskrankheiten	3,1	3,2	3,1
L40-L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten	3,0	3,1	3,1
S00-S09	Verletzungen des Kopfes	3,4	2,8	3,1
D50-D53	Alimentäre Anämien	1,7	4,3	3,0
S60-S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	3,2	2,7	2,9
R20-R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen	2,6	3,3	2,9
F90-F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3,6	2,2	2,9
H15-H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	2,4	3,2	2,8
N25-N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters	3,0	2,4	2,7
F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2,2	3,0	2,7

ICD	ICD10-Diagnosegruppe	Anteil Männer in Prozent	Anteil Frauen in Prozent	Anteil Gesamt in Prozent
H43-H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels	2,0	3,2	2,6
R70-R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose	2,6	2,4	2,5
A30-A49	Sonstige bakterielle Krankheiten	2,2	2,6	2,4
D60-D64	Aplastische und sonstige Anämien	1,9	2,8	2,4
L55-L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	2,4	2,3	2,3
R90-R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen	2,0	2,6	2,3

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

Einzelne Diagnosen (dreistellige ICD10-Schlüssel)

Auf der dreistelligen Kodierungsebene umfasst die ICD10 mehr als 1.600 unterschiedliche Diagnoseschlüssel. Die nachfolgende Tabelle zeigt für 100 häufig verwendete dreistellig differenzierte Diagnosen die Anteile der im Jahr 2016 betroffenen Bevölkerung, also den Anteil der Personen, bei denen eine entsprechende Diagnose mindestens einmal innerhalb des Jahres 2016 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert wurde.

Rückenschmerzen bei fast
26 % der Bevölkerung

Die Bedeutung vieler der hier aufgeführten dreistelligen Diagnosen lässt sich bereits nach der vorangegangenen Auswertung zu den Diagnosegruppen vermuten. Die am weitesten verbreitete Diagnose war nach den altersstandardisierten Ergebnissen auf der Basis von BARMER-Daten im Jahr 2016 die primäre Hypertonie, also Bluthochdruck ohne definierte organische Ursache mit einem betroffenen Bevölkerungsanteil von rund 28 Prozent. Mehr als ein Viertel der deutschen Bevölkerung leidet demnach unter Bluthochdruck. Auf Rang zwei folgen Rückenschmerzen mit dem Diagnoseschlüssel M54, von denen rund 25 Prozent betroffen waren. Rang drei im Sinne von Erkrankungen belegen akute Infektionen der oberen Atemwege mit einem Betroffenenanteil von rund 21 Prozent, gefolgt von Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern, die ebenfalls bei etwa 21 Prozent der Population innerhalb des Jahres 2016 erfasst

wurden. Etwas mehr als 19 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: 9,8 Prozent) und Frauen (Z12: 34,0 Prozent).

**Tabelle 2.13: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen:
 häufig kodierte dreistellige Diagnosen 2016**

ICD	ICD10-Diagnose dreistellig	Anteil Männer in Prozent	Anteil Frauen in Prozent	Anteil Gesamt in Prozent
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	28,17	28,70	28,44
M54	Rückenschmerzen	22,06	28,76	25,47
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	9,80	33,99	22,09
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	20,44	21,39	20,92
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	17,72	23,64	20,73
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	19,25	19,15	19,20
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	16,96	18,48	17,73
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	0,32	28,74	14,76
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	11,61	14,60	13,13
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	0,00	24,33	12,36
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	2,99	20,41	11,84
F32	Depressive Episode	8,19	15,00	11,65
F45	Somatoforme Störungen	7,29	14,33	10,87
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	6,42	14,10	10,32
E66	Adipositas	8,76	10,82	9,81
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,78	10,78	9,30
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	8,73	9,78	9,26

ICD	ICD10-Diagnose dreistellig	Anteil Männer in Prozent	Anteil Frauen in Prozent	Anteil Gesamt in Prozent
M47	Spondylose	7,38	10,43	8,93
E04	Sonstige nichttoxische Struma	4,64	12,86	8,82
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	8,65	8,23	8,44
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9,28	7,46	8,36
J45	Asthma bronchiale	7,64	8,88	8,27
Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	6,77	9,46	8,14
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	7,62	8,54	8,08
D22	Melanozytennävus	6,71	9,05	7,90
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	5,90	9,74	7,85
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	7,64	7,87	7,76
M17	Gonarthritis [Arthrose des Kniegelenkes]	6,04	8,82	7,45
L30	Sonstige Dermatitis	6,80	8,07	7,45
J20	Akute Bronchitis	7,37	7,49	7,43
N95	Klimakterische Störungen	0,01	14,55	7,40
K29	Gastritis und Duodenitis	6,40	8,28	7,36
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	7,08	7,49	7,28
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	6,78	7,58	7,18
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6,31	7,99	7,16
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4,93	9,31	7,16
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	3,34	10,56	7,01
I83	Varizen der unteren Extremitäten	4,05	9,55	6,84
H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	6,80	6,87	6,83
E03	Sonstige Hypothyreose	2,98	10,48	6,79
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5,05	8,29	6,70
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	8,07	4,95	6,48
H53	Sehstörungen	5,66	7,10	6,39
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,09	7,60	6,37

ICD	ICD10-Diagnose dreistellig	Anteil Männer in Prozent	Anteil Frauen in Prozent	Anteil Gesamt in Prozent
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	4,68	7,82	6,27
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	4,93	7,49	6,23
G47	Schlafstörungen	6,25	6,08	6,16
H10	Konjunktivitis	5,51	6,73	6,13
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	5,82	5,90	5,86
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	5,08	6,57	5,83
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	6,32	5,29	5,80
M77	Sonstige Enthesopathien	4,85	6,68	5,78
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	4,83	6,37	5,61
F41	Andere Angststörungen	3,56	7,20	5,41
H26	Sonstige Kataraktformen	4,45	6,26	5,37
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	5,67	4,81	5,24
M19	Sonstige Arthrose	4,26	6,07	5,18
M75	Schulterläsionen	4,79	5,52	5,16
M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	4,22	5,98	5,11
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	6,58	3,38	4,95
N40	Prostatahyperplasie	9,89	0,00	4,87
G43	Migräne	2,30	7,24	4,81
J02	Akute Pharyngitis	4,29	5,28	4,79
M62	Sonstige Muskelkrankheiten	3,93	5,63	4,79
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	4,34	5,01	4,68
R42	Schwindel und Taumel	3,49	5,83	4,68
J40	Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	4,31	5,01	4,66
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	4,01	5,27	4,65
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	3,85	5,36	4,61
H25	Cataracta senilis	3,93	5,27	4,61
M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	3,78	5,33	4,57
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	4,73	4,40	4,57
N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	0,00	8,98	4,56

ICD	ICD10-Diagnose dreistellig	Anteil Männer in Prozent	Anteil Frauen in Prozent	Anteil Gesamt in Prozent
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	4,60	4,52	4,56
J32	Chronische Sinusitis	3,88	5,09	4,49
R51	Kopfschmerz	3,72	5,22	4,48
J03	Akute Tonsillitis	4,05	4,79	4,43
H50	Sonstiger Strabismus	3,95	4,86	4,41
R05	Husten	3,95	4,70	4,34
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	4,77	3,85	4,30
H40	Glaukom	3,59	4,98	4,29
M41	Skoliose	3,16	5,29	4,24
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	0,00	8,28	4,21
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	0,00	7,97	4,05
H90	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung	3,89	4,08	3,99
K57	Divertikulose des Darmes	3,67	4,22	3,95
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	1,21	6,55	3,92
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	3,74	4,04	3,89
F33	Rezidivierende depressive Störung	2,66	5,03	3,87
H91	Sonstiger Hörverlust	3,79	3,89	3,84
Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	4,13	3,47	3,79
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	3,74	3,78	3,76
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	3,74	3,63	3,68
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	3,46	3,70	3,58
I70	Atherosklerose	3,82	3,30	3,55
H04	Affektionen des Tränenapparates	2,43	4,62	3,54
R06	Störungen der Atmung	3,50	3,55	3,53
J01	Akute Sinusitis	2,88	4,06	3,48
H93	Sonstige Krankheiten des Ohres, anderenorts nicht klassifiziert	3,31	3,54	3,43
R53	Unwohlsein und Ermüdung	2,56	4,23	3,41

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

Diagnosezahl und Diagnosekombinationen

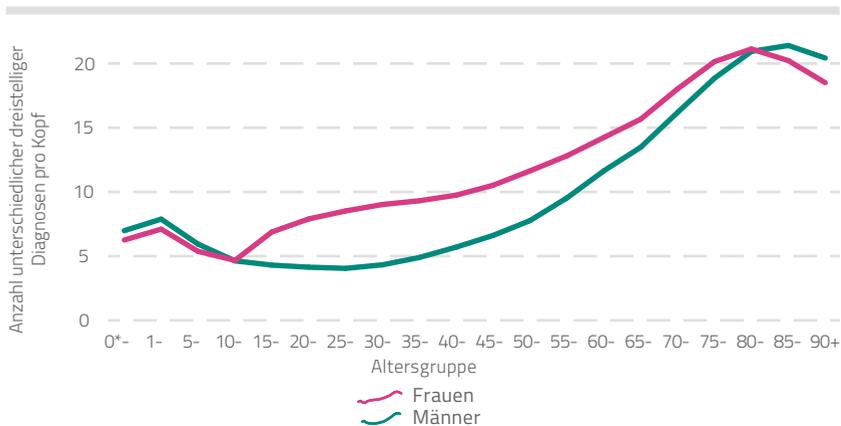
Bereits aus den bisher dargestellten Ergebnissen ist ersichtlich, dass ein überwiegender Teil der Bevölkerung innerhalb eines Jahres mehrere und zugleich auch unterschiedliche Diagnosen im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung erhält. Das folgende Kapitel liefert quantitative Kennzahlen zu diesem Sachverhalt. Des Weiteren 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, was mit der häufigen Verwendung zumeist unspezifischer 9er-Schlüsselziffern in der vierten Stelle der Diagnoseangabe zusammenhängt, beschränken sich die nachfolgenden Auswertungen dabei grundsätzlich auf eine Differenzierung von dreistelligen Diagnoseangaben.

Nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten wurden im Rahmen der ambulanten Versorgung innerhalb des Jahres 2016 im Mittel pro Person 35,2 formal gültige Diagnoseschlüssel von beliebigen und gegebenenfalls auch unterschiedlichen Ärzten erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies rund 2,9 Milliarden dokumentierten Diagnoseangaben. Dabei fanden sich pro Person durchschnittlich rund 12,9 unterscheidbare Diagnoseangaben auf dreistelliger ICD10-Ebene. Selbst wenn bei der Auswertung die Diagnosekapitel unberücksichtigt bleiben, die primär keine Erkrankung repräsentieren (Kapitel 18 Symptome sowie Kapitel 21 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen), resultieren durchschnittlich noch 10,4 unterschiedliche Diagnosen je Person. Bei Männern sind es 8,8 und bei Frauen durchschnittlich 12,0 unterschiedliche Diagnosen.

in Deutschland
2,9 Milliarden ambulante
Diagnosen erfasst,
pro Kopf $\bar{\varnothing}$ 10,4 verschie-
dene Diagnosen

Die nachfolgende Abbildung zeigt die durchschnittliche geschlechts- und altersspezifische Anzahl von unterscheidbaren Diagnosen mit der beschriebenen Einschränkung auf Erkrankungsdiagnosen pro Kopf im Jahr 2016.

Abbildung 2.9: Anzahl unterschiedlicher dreistelliger Diagnosen pro Kopf nach Geschlecht und Alter 2016



Quelle: BARMER-Daten; nur dreistellige Diagnosen aus den ICD10-Kapiteln 1 bis 17 und 19

Ergänzende Angaben zur Verteilung der Diagnoseangaben nach geschlechts- und altersstandardisierten Berechnungen sind der nachfolgenden Tabelle zu entnehmen. Bei etwa 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 innerhalb eines Jahres sogar elf oder mehr unterscheidbare Diagnoseschlüssel im Sinne von Erkrankungen.

Tabelle 2.14: Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2016

Zahl der Diagnosen	nach Gesamtzahl differenzierbarer Diagnosen		nach Zahl der differenzierbaren Diagnosen, nur Kapitel 1-17, 19	
	Prozent	kumulativ	Prozent	kumulativ
0	7,03	7,03	7,70	7,70
1	3,43	10,46	4,69	12,39
2	4,03	14,49	5,56	17,95
3	4,46	18,95	5,99	23,94
4	4,73	23,68	6,12	30,06
5	4,81	28,49	6,02	36,08
6	4,82	33,31	5,78	41,86
7	4,75	38,06	5,47	47,34
8	4,61	42,68	5,09	52,43
9	4,42	47,09	4,66	57,10
10	4,21	51,30	4,26	61,36
11–15	17,30	68,60	16,04	77,40
16–20	11,57	80,17	9,57	86,96
21–30	12,25	92,42	8,93	95,90
31 und mehr	7,58	100,00	4,10	100,00

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

Kombinationen von Diagnosen

Für die folgenden Darstellungen zur Kombination von Diagnosen wurden zunächst alle unterschiedlichen gültigen Diagnosen auf dreistelliger ICD-Ebene zu einzelnen Patienten innerhalb des Jahres 2016 ermittelt. Anschließend wurden alle auf Versicherten-ebene 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.

10,6 Millionen Personen
mit Bluthochdruck und
Fettstoffwechselstörungen

Die folgende Tabelle zeigt die 20 häufigsten Zweier-Kombinationen gültiger Diagnoseschlüssel. An erster Stelle der Rangfolge erscheint die Kombination der beiden Diagnosen Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck (E78, I10), die innerhalb des Jahres 2016 bei etwa 13 Prozent der Bevölkerung und damit bei ungefähr 10,6 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 sich zum Teil zufällig, mitunter aber auch bedingt durch gemeinsame Determinanten von Erkrankungen ergeben, wobei unter anderem auch 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 vierthäufigste 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 von nichtentzündlichen 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 oder Grundpauschale abgerechnet werden konnte.

Tabelle 2.16 zeigt eine Liste der empirisch in der Gesamtpopulation des Jahres 2016 am häufigsten feststellbaren Zweier-Kombinationen von Diagnosen, die sich im Gegensatz zu Tabelle 2.15 weitgehend auf Kombinationen von Diagnoseschlüsseln im Sinne von Erkrankungen beschränkt. Hierzu wurden alle Kombinationen von Schlüsseln ausgeschlossen, die nicht in den ICD10-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 2.15: Häufige Zweier-Kombinationen von Diagnosen 2016

ICD	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen siehe offiziellen ICD10)	Anteil Bevölkerung in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1 E78,I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	12,93	10.564
2 I10,M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	11,12	9.080
3 H52,I10	Fehlsichtigkeit, Bluthochdruck	9,72	7.942
4 M54,Z12	Rückenschmerzen, spez. Untersuchung auf Neubildungen	8,28	6.761
5 N89,Z30	nichtentz. Krh. d. Vagina, Kontrazeption	8,26	6.751
6 I10,Z12	Bluthochdruck, spez. Untersuchung auf Neubildungen	8,26	6.745
7 Z12,Z30	spez. Untersuchung auf Neubildungen, Kontrazeption	8,20	6.696
8 N89,Z12	nichtentz. Krankheiten d. Vagina, spez. Untersuchung auf Neubildungen	8,01	6.540
9 E78,M54	Fettstoffwechselstörungen, Rückenschmerzen	7,94	6.482
10 I10,Z25	Bluthochdruck, Impfung g. einzelnen Virus	7,63	6.232
11 H52,M54	Fehlsichtigkeit, Rückenschmerzen	7,15	5.840
12 E11,I10	Diabetes Typ II, Bluthochdruck	6,80	5.551
13 E78,H52	Fettstoffwechselstörungen, Fehlsichtigkeit	6,79	5.550
14 E66,I10	Adipositas, Bluthochdruck	6,36	5.197
15 H52,Z12	Fehlsichtigkeit, spez. Untersuchung auf Neubildungen	6,32	5.159
16 I10,Z00	Bluthochdruck, Allgemeinuntersuchung	6,30	5.145
17 M54,M99	Rückenschmerzen, Biomech. Funktionsstörung	6,14	5.012
18 E78,Z12	Fettstoffwechselstörung, spez. Untersuchung auf Neubildungen	5,94	4.850
19 M47,M54	Spondylose, Rückenschmerzen	5,90	4.822
20 M51,M54	Sonst. Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen	5,60	4.575

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015; Basis: gültige personenbezogene Diagnoseschlüsselangaben

Nach diesem Vorgehen verbleiben acht Kombinationen, die bereits in Tabelle 2.15 aufgeführt sind, zwölf der zuvor dokumentierten Kombinationen werden in Tabelle 2.16

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 2.16: Häufige Zweier-Kombinationen von Erkrankungsdiagnosen 2016

ICD	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen siehe offiziellen ICD10)	Anteil Bevölkerung in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1* E78,I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	12,93	10.564
2* I10,M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	11,12	9.080
3* E78,M54	Fettstoffwechselstörungen, Rückenschmerzen	7,94	6.482
4* E11,I10	Diabetes Typ II, Bluthochdruck	6,80	5.551
5* E66,I10	Adipositas, Bluthochdruck	6,36	5.197
6* M54,M99	Rückenschmerzen, biomech. Funktionsstörungen	6,14	5.012
7* M47,M54	Spondylose, Rückenschmerzen	5,90	4.822
8* M51,M54	Sonst. Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen	5,60	4.575
9 I10,I25	Bluthochdruck, ischäm. Herzkrankheit	5,52	4.510
10 F45,M54	Somatoforme Störung, Rückenschmerzen	5,37	4.391
11 F32,I10	Depressive Episode, Bluthochdruck	5,35	4.373
12 I10,M47	Bluthochdruck, Spondylose	5,35	4.367
13 F32,M54	Depressive Episode, Rückenschmerzen	5,29	4.322
14 J06,M54	Akute Atemwegsinfekte, Rückenschmerzen	5,23	4.272
15 I10,M17	Bluthochdruck, Arthrose des Kniegelenkes	5,11	4.175
16 M53,M54	Sonst. Krank. d. Wirbelsäule, Rückenschmerzen	4,95	4.043
17 E04,I10	Sonstige Vergrößerung der Schilddrüse, Bluthochdruck	4,75	3.884
18 E11,E78	Diabetes Typ II, Fettstoffwechselstörungen	4,71	3.846
19 F45,I10	Somatoforme Störung, Bluthochdruck	4,61	3.767
20 E78,I25	Fettstoffwechselstörung, ischäm. Herzkrankheit	4,26	3.482

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015; Basis: gültige personenbezogene Diagnoseschlüsselangaben aus den Diagnosekapiteln 1-17 und 19, ohne Diagnosen von Sehfehlern ICD10: H50-H52, * bereits in Tabelle 2.15 aufgeführte Kombinationen

Vier der zwölf neu gelisteten Zweier-Kombinationen beinhalten Rückenschmerzen (M54) als einen der beiden Diagnoseschlüssel. Neben Kombinationen mit Krankheiten der Wirbelsäule (M53) sind auch Kombinationen mit psychischen Beschwerden relativ häufig (F45, F32). So dürften nach den Berechnungen in Deutschland innerhalb des Jahres 2016 bei 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).

2.9 Diagnosen – differenzierte Betrachtung

Ambulante Diagnosen und reale Erkrankungshäufigkeiten

Diagnosen beziehungsweise die Diagnoseraten, die auf der Basis von Routinedaten aus der ambulanten ärztlichen Versorgung berechnet wurden, können nur bedingt und mit gewissen Einschränkungen mit den 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 den Personen, die keinen Arztkontakt im gewählten Beobachtungszeitraum hatten, wobei dieser Personenkreis 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 wenig oder gar nicht relevant sind, beispielsweise zur Legitimation von Arzneiverordnungen.

Diagnosen mit hoher Relevanz als Abrechnungsbegründung dürften im Gegenzug – bei oftmals recht großem Ermessensspielraum in der ärztlichen Praxis – tendenziell und im Vergleich zur zuvor beschriebenen Gruppe verhältnismäßig häufig und teilweise auch eher großzügig dokumentiert werden. Zu einer relativ hohen Zahl von Diagnosen kann zudem die eingesetzte Praxissoftware beitragen, sofern diese Diagnosen von (vermeintlich) chronischen Erkrankungen überwiegend automatisch aus bereits dokumentierten Behandlungsfällen zum selben Patienten übernimmt, möglicherweise auch ohne Einzelnachfrage. Bei Verwendung aktueller Praxissoftware sollte dieser Fall jedoch ausgeschlossen sein.

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 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, die schon bei ausgesprochen geringen Fehlerraten um ein Promille allein in den hier ausgewerteten BARMER-Daten des Jahres 2016 zu mehr als 300.000 fehlerhaft erfassten Diagnoseschlüsseln führen würden.

Vorteile von Diagnoseinformationen aus Routinedaten

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

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

- auf das gesamte Erkrankungsspektrum gemäß den Kodiermöglichkeiten in der ICD10 beziehen,
- Aussagen zu allen Altersgruppen erlauben,
- nicht durch eine eingeschränkte Studienbeteiligung verzerrt werden und
- auf erheblich größere Untersuchungspopulationen als nahezu jede Primärerhebung zurückgreifen können.

Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen

Eine andere Möglichkeit für eine differenziertere systematische Darstellung zu ambulant vergebenen Diagnosen als die Auflistung der Diagnosen nach ihrer Häufigkeit in der Gesamtpopulation bietet die Fokussierung auf einzelne Altersgruppen.

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 unterscheidet dabei Säuglinge und Kleinkinder (0 bis unter 5 Jahre), Kinder (5 bis unter 15 Jahre), Jugendliche (15 bis unter 25 Jahre), junge Erwachsene (25 bis unter 40 Jahre), Erwachsene (40 bis unter 65 Jahre), Personen im Ruhestandsalter (65 bis unter 80 Jahre) und Hochbetagte (hier Personen ab 80 Jahre).

Säuglinge und Kleinkinder, Altersgruppen 0 bis unter 5 Jahre

Säuglinge und Kleinkinder stellten im Jahr 2015 in Deutschland mit 3,6 Millionen einen Anteil von 4,3 Prozent an der Gesamtbevölkerung. Bevölkerungsangaben zum Jahr 2016 waren bei der Reporterstellung am Ende des Jahres 2017 noch nicht verfügbar. Die Zahl der Arztkontakte liegt in dieser jüngsten Altersgruppe allgemein über der von älteren Kindern (Abbildung 2.4). Tabelle 2.17 gibt einen Überblick zu den 20 am häufigsten⁴ vergebenen dreistelligen ICD10-Schlüsseln unter Säuglingen und Kleinkindern. In der ersten Ergebnisspalte wird der prozentuale Anteil der Säuglinge und Kleinkinder angegeben, die innerhalb des Jahres 2016 von der genannten Diagnose betroffen waren. Die zweite Ergebnisspalte nennt die hochgerechnete absolute Zahl der Betroffenen in Deutschland 2016.

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 war auch 2016 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), eine Konjunktivitis (H10), und Fieber unbekannter Ursache (R50) diagnostiziert. Eine eitrige Mittelohrentzündung (H66) betraf rund 19 Prozent der Kleinkinder.

Kinder, Altersgruppen 5 bis unter 15 Jahre

Die 5- bis unter 15-Jährigen, hier als Kinder bezeichnet, repräsentierten im Jahr 2015 in Deutschland mit 7,23 Millionen einen Bevölkerungsanteil von rund neun 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 (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 ICD10-Diagnosen zu finden ist.

⁴ Grundsätzlich sind mit dieser Formulierung 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.

Tabelle 2.17: Diagnosen bei Kleinkindern von 0 bis unter 5 Jahren

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 3.550 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 4,3 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	Z00	Allgemeinunters. u. Abklärung bei Personen ohne Beschwerden o. angegebene Diagnose	85,75	3.044
2	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	58,05	2.061
3	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankh.	43,36	1.539
4	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	33,92	1.204
5	B34	Viruskrankheit nicht näher bez. Lokalisation	28,66	1.017
6	J20	Akute Bronchitis	28,19	1.001
7	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	27,00	959
8	H10	Konjunktivitis	26,37	936
9	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	25,55	907
10	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	23,93	850
11	H66	Eitrige und nicht näher bez. Otitis media	18,97	673
12	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	18,58	660
13	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	18,53	658
14	Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	17,78	631
15	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	17,53	622
16	H65	Nichteitrige Otitis media	16,10	571
17	R05	Husten	15,08	535
18	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	14,03	498
19	L30	Sonstige Dermatitis	14,00	497
20	B08	Sonstige Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind, anderenorts nicht klassifiziert	13,51	479

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

Tabelle 2.18: Diagnosen: Kinder 5 bis unter 15 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 7.234 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 8,9 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	32,38	2.343
2	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	23,43	1.695
3	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	18,73	1.355
4	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	13,79	997
5	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	12,83	928
6	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten.	12,10	875
7	H50	Sonstiger Strabismus	11,63	841
8	J20	Akute Bronchitis	11,41	826
9	J03	Akute Tonsillitis	10,80	781
10	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	10,76	778
11	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	10,58	765
12	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,39	751
13	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	10,22	739
14	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	9,64	698
15	J45	Asthma bronchiale	9,36	677
16	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	9,30	673
17	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	9,29	672
18	H53	Sehstörungen	8,87	642
19	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	8,84	640
20	J02	Akute Pharyngitis	8,70	630

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

im Schulalter bei 23,4 %
der Kinder Sehfehler
diagnostiziert

Eine sehr starke Bedeutung erlangen mit Eintritt ins Schulalter Sehfehler, die unter verschiedenen ICD10-Schlüsseln erfasst werden (H50, H52, H53). Rund 23 Prozent der Kinder erhielten innerhalb des Jahres 2016 die Diagnose einer Fehlsichtigkeit im Sinne des ICD10-Schlüssels H52. Andere Diagnosen wie die akute Tonsillitis (J03) und

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 zwanzig Ränge auf.

Bei rund neun Prozent der 5- bis unter 15-Jährigen wurde innerhalb des Jahres ein atopisches Ekzem (L20) dokumentiert. Auch Asthma bronchiale (J45), und betraf mit 9,4 Prozent einen vergleichbar hohen Anteil. Bei 12,8 Prozent der Kinder wurden 2016 umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache (F80) diagnostiziert, die im BARMER GEK-Arztreport 2012 mit dem Schwerpunkt Kindergesundheit näher fokussiert wurden. Hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung entspricht dies rund 928.000 betroffenen Kindern im Alter zwischen 5 bis unter 15 Jahren. In den Jahren von 2010 bis 2015 wurde eine entsprechende erst bei 10,0, 10,3, 10,6, 11,2, 11,8 und 12,4 Prozent der Kinder dokumentiert.

Anteil Kinder mit Sprech- und Sprachstörung stetig von 10 (2010) auf 12,8 Prozent (2016) gestiegen

Jugendliche, Altersgruppen 15 bis unter 25 Jahre

Als Jugendliche werden im Kontext dieser Auswertung 15- bis unter 25-Jährige verstanden, die 2015 mit 8,7 Millionen Personen einen Bevölkerungsanteil von rund elf Prozent in Deutschland stellten. Ab einem Alter von 15 Jahren zeigen sich unter männlichen und weiblichen Personen erheblich divergierende Inanspruchnahmen der ambulanten Versorgung (Abbildung 2.4) und ein erheblich unterschiedliches Diagnosespektrum, weshalb ab diesem Alter grundsätzlich separat ermittelte Ergebnisse zu Männern und Frauen dargestellt werden.

Ab dem Jugendalter geschlechtsspezifisch starke Unterschiede im Diagnosespektrum

Männliche Jugendliche im Alter zwischen 15 bis unter 25 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 4 der häufigsten Diagnosen einnehmen.

Tabelle 2.19: Diagnosen: männliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 4.520 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 11,3 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	27,23	1.231
2	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	15,68	709
3	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,67	527
4	M54	Rückenschmerzen	11,29	511
5	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,36	468
6	J45	Asthma bronchiale	8,83	399
7	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	8,42	381
8	R51	Kopfschmerz	7,99	361
9	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	7,87	356
10	L70	Akne	7,56	342
11	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	7,20	325
12	J03	Akute Tonsillitis	6,91	313
13	J02	Akute Pharyngitis	6,83	309
14	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	6,68	302
15	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	6,52	295
16	J20	Akute Bronchitis	6,31	285
17	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	6,06	274
18	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,59	253
19	K29	Gastritis und Duodenitis	5,39	244
20	M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,12	231

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

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 2.20: Diagnosen: weibliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 4.195 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 10,1 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	66,79	2.802
2	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	36,62	1.536
3	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	30,11	1.263
4	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	28,69	1.204
5	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	24,39	1.023
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	19,14	803
7	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	18,59	780
8	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	17,07	716
9	M54	Rückenschmerzen	15,49	650
10	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	15,32	643
11	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	14,89	625
12	L70	Akne	13,74	576
13	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,76	494
14	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	10,60	445
15	R51	Kopfschmerz	10,47	439
16	J03	Akute Tonsillitis	9,99	419
17	F45	Somatoforme Störungen	9,73	408
18	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	9,71	407
19	J02	Akute Pharyngitis	9,26	389
20	J45	Asthma bronchiale	8,73	366

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

Junge Erwachsene, Altersgruppen 25 bis unter 40 Jahre

Junge Erwachsene in der hier gewählten Abgrenzung von Altersgruppen repräsentierten 2015 mit 15,3 Millionen Personen rund 19 Prozent der deutschen Bevölkerung.

Unter Männern im Alter von 25 bis unter 40 Jahren sind Rückenschmerzen (M54) und akute Infektionen (J06) die mit Abstand am weitesten verbreiteten Diagnosen, von denen innerhalb des Jahres 2016 jeweils etwa 19 beziehungsweise 24 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 im Jahr 2016 bei rund 7,8 Prozent der Männer dokumentiert wurde. Eine depressive Episode (F32) wurde bei 6,8 Prozent und somatoforme Störungen (F45) bei rund 6,1 Prozent der jüngeren Männer diagnostiziert und erreichten damit Rang acht und zwölf unter den häufigsten Diagnosen.

Unter jungen Frauen bilden die bereits in Bezug auf weibliche Jugendliche umrissenen gynäkologischen Diagnosen weiterhin einen Schwerpunkt. Eine zunehmende Bedeutung zeigen im jungen Erwachsenenalter auch bei Frauen Diagnosen von psychischen Störungen. Die Diagnose einer somatoformen Störung (F45) wurde im Jahr 2016 in diesem Alter innerhalb eines Jahres bei rund 14 Prozent der Frauen gestellt, die Diagnose depressive Episode (F32) betraf etwa zwölf Prozent der Frauen.

Tabelle 2.21: Diagnosen: männliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 7.790 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 19,4 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	23,96	1.867
2	M54	Rückenschmerzen	19,23	1.498
3	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	12,53	976
4	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,07	785
5	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,83	610
6	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	7,75	604
7	J45	Asthma bronchiale	7,03	548
8	F32	Depressive Episode	6,80	529
9	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	6,57	512
10	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	6,36	495
11	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	6,06	472
12	F45	Somatoforme Störungen	6,05	471
13	J20	Akute Bronchitis	5,75	448
14	D22	Melanozytennävus	5,72	446
15	K29	Gastritis und Duodenitis	5,50	429
16	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5,36	418
17	M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,33	415
18	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	5,31	414
19	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5,25	409
20	J03	Akute Tonsillitis	4,91	383

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

Tabelle 2.22: Diagnosen: weibliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 7.463 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 18,0 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	67,09	5.007
2	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	45,82	3.420
3	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	44,00	3.284
4	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bez. Lokalisationen der oberen Atemwege	27,11	2.023
5	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	26,91	2.008
6	M54	Rückenschmerzen	24,75	1.847
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	19,64	1.466
8	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	18,44	1.376
9	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	16,28	1.215
10	F45	Somatoforme Störungen	13,92	1.039
11	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	13,32	994
12	F32	Depressive Episode	12,30	918
13	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,86	885
14	E03	Sonstige Hypothyreose	11,85	884
15	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	11,77	878
16	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	11,35	847
17	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	10,83	808
18	D22	Melanozytennävus	10,35	772
19	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	10,24	765
20	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,20	761

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

Erwachsene, Altersgruppen 40 bis unter 65 Jahre

Erwachsene im Alter zwischen 40 bis unter 65 Jahre repräsentierten im Jahr 2015 mit rund 36 Prozent beziehungsweise 29,7 Millionen Personen mehr als ein Drittel der deutschen Bevölkerung.

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 2.23). Eine erhebliche Bedeutung fällt auch der Diagnose von kardiovaskulären Risikofaktoren im weiteren Sinne zu. In diesem Kontext wären als Diagnosen die essentielle Hypertonie (I10: 34,8 Prozent), Fettstoffwechselstörungen (E78: 24,9 Prozent), Adipositas (starkes Übergewicht, E66: 11,4 Prozent) und der Diabetes mellitus Typ-2 (E11: 9,6 Prozent) zu nennen. Relativ häufig werden auch bereits Lebererkrankungen (K76: 8,6 Prozent) diagnostiziert.

Unter Frauen verschiebt sich das Spektrum häufiger Diagnosen ebenfalls. Rückenbeschwerden zeigen eine weiter zunehmende 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 17,2 Prozent der Frauen, depressive Episoden (F32) 19,6 Prozent. Ausgesprochen häufig werden auch bei Frauen Erkrankungen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren diagnostiziert (Hypertonie, I10: 29,9 Prozent; Fettstoffwechselstörungen, E78: 19,6 Prozent).

Tabelle 2.23: Diagnosen: männliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 14.881 Tsd. Anteil (gegebenenfalls geschlechtsspezifisch): 37,0 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	34,80	5.178
2	M54	Rückenschmerzen	28,93	4.304
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	24,91	3.706
4	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	16,73	2.489
5	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	16,39	2.440
6	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	15,35	2.285
7	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	12,46	1.855
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	11,57	1.722
9	F32	Depressive Episode	11,39	1.695
10	E66	Adipositas	11,38	1.694
11	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9,59	1.428
12	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	9,51	1.415
13	M47	Spondylose	9,22	1.371
14	F45	Somatoforme Störungen	9,09	1.352
15	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	8,95	1.331
16	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	8,70	1.294
17	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	8,64	1.286
18	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	8,38	1.247
19	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	8,33	1.239
20	G47	Schlafstörungen	8,03	1.194

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

Tabelle 2.24: Diagnosen: weibliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 14.858 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 35,8 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	45,88	6.817
2	M54	Rückenschmerzen	36,13	5.368
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	29,94	4.449
4	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	27,70	4.117
5	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	26,90	3.997
6	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	25,65	3.811
7	N95	Klimakterische Störungen	23,36	3.471
8	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	21,56	3.204
9	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	19,61	2.914
10	F32	Depressive Episode	19,57	2.907
11	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	19,18	2.849
12	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	18,78	2.790
13	F45	Somatoforme Störungen	17,67	2.626
14	E04	Sonstige nichttoxische Struma	17,20	2.556
15	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	13,81	2.052
16	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	13,63	2.025
17	E66	Adipositas	13,21	1.964
18	M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	12,76	1.896
19	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	12,60	1.872
20	E03	Sonstige Hypothyreose	12,33	1.832

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

chronische Erkrankungen
bei Menschen > 65 Jahre
dominant

Ruhestandsalter, 65 bis unter 80 Jahre

In Deutschland lebten im Jahr 2015 etwa 12,6 Millionen Menschen im Alter zwischen 65 bis unter 80 Jahren, was einem Anteil von rund 15 Prozent der Bevölkerung entspricht. 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 rund 29 Prozent der Männer und 20 Prozent der Frauen. Die Diagnose einer ischämischen oder koronaren Herzerkrankung im Sinne des Diagnoseschlüssels I25 wurde mit 27 Prozent 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 (34,6 Prozent) dokumentiert. Bei Frauen wurde auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Diagnose einer klimakterischen Störung (N95) mit rund 31 Prozent noch ausgesprochen häufig vergeben. Eine Osteoporose ohne pathologische Fraktur (M81) wurde bei rund 18 Prozent der Frauen dokumentiert. Bei mehr als 15 Prozent der Männer und mehr als 20 Prozent der Frauen wurde im Jahr 2016 mit dem ICD10-Kode Z96 das Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten dokumentiert.

Tabelle 2.25: Diagnosen: männliche Personen 65 bis unter 80 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 5.807 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 14,5 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	70,60	4.100
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	48,78	2.833
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	37,31	2.167
4	N40	Prostatahyperplasie	34,61	2.010
5	M54	Rückenschmerzen	32,65	1.896
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	31,98	1.857
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	28,83	1.674
8	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	27,05	1.571
9	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	25,25	1.467
10	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	22,36	1.298
11	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	18,14	1.053
12	M47	Spondylose	17,85	1.036
13	H26	Sonstige Kataraktformen	17,16	996
14	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	17,00	987
15	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	16,76	973
16	H25	Cataracta senilis	16,30	947
17	E66	Adipositas	16,28	946
18	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	15,24	885
19	E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	14,98	870
20	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	14,19	824

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

Tabelle 2.26: Diagnosen: weibliche Personen 65 bis unter 80 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 6.750 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 16,3 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	67,22	4.538
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	47,36	3.197
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	43,28	2.922
4	M54	Rückenschmerzen	41,19	2.781
5	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	35,60	2.403
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	31,77	2.145
7	N95	Klimakterische Störungen	31,43	2.121
8	E04	Sonstige nichttoxische Struma	23,58	1.592
9	M47	Spondylose	22,92	1.547
10	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	22,58	1.524
11	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	22,54	1.522
12	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	21,74	1.468
13	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	20,68	1.396
14	H26	Sonstige Kataraktformen	20,51	1.385
15	I83	Varizen der unteren Extremitäten	20,11	1.358
16	F32	Depressive Episode	20,02	1.351
17	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	19,97	1.348
18	H25	Cataracta senilis	18,89	1.275
19	F45	Somatoforme Störungen	18,68	1.261
20	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	18,45	1.245

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

Hochbetagte, Altersgruppen ab 80 Jahren

Hochbetagte bilden in der hier gewählten Abgrenzung mit einem Alter ab 80 Jahren bislang in Deutschland insbesondere unter Männern eine noch verhältnismäßig kleine, aber wachsende Gruppe. Geschlechtsübergreifend stellten sie in Deutschland im Jahr 2015 mit etwa 4,6 Millionen Personen einen Anteil von rund sechs Prozent der

Bevölkerung. Aufgrund der geringeren allgemeinen Lebenserwartung und als Folge des Zweiten Weltkriegs bilden die 1,6 Millionen Männer in dieser Altersgruppe eine klare Minderheit.

Tabelle 2.27: Diagnosen: männliche Hochbetagte ab 80 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 1.637 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 4,1 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	79,90	1.308
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	50,61	829
3	N40	Prostatahyperplasie	46,61	763
4	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	42,82	701
5	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	42,62	698
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	41,99	687
7	M54	Rückenschmerzen	33,91	555
8	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	33,68	551
9	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	32,70	535
10	H26	Sonstige Kataraktformen	26,88	440
11	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	25,85	423
12	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	25,38	415
13	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	24,20	396
14	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	22,94	376
15	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	22,92	375
16	N18	Chronische Nierenkrankheit	22,87	374
17	I50	Herzinsuffizienz	22,60	370
18	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	22,10	362
19	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	21,68	355
20	M47	Spondylose	20,94	343

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

Tabelle 2.28: Diagnosen: weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre

Rang	ICD	Diagnose dreistellig Population n = 3.000 Tsd. Anteil (ggf. geschlechtsspezifisch): 7,2 %	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene D2015 in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	80,19	2.405
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	49,57	1.487
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	41,17	1.235
4	M54	Rückenschmerzen	39,24	1.177
5	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	38,64	1.159
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	37,79	1.134
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	30,50	915
8	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	30,11	903
9	H26	Sonstige Kataraktformen	26,55	796
10	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	26,13	784
11	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	25,30	759
12	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	25,21	756
13	M47	Spondylose	24,49	735
14	F32	Depressive Episode	23,71	711
15	I83	Varizen der unteren Extremitäten	23,61	708
16	I50	Herzinsuffizienz	21,85	655
17	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	21,44	643
18	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	21,14	634
19	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	20,45	613
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	20,17	605

Quelle: BARMER-Daten 2016, standardisiert D2015

Viele der aufgeführten Raten von Diagnosen nahezu ausnahmslos chronischer Erkrankungen liegen bei Hochbetagten noch über denen in der zuvor dargestellten Altersgruppe, allerdings sind die Differenzen zum Teil gering. Zu den sehr häufigen Diagnosen unter Hochbetagten zählen nach Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen die ischämische Herzkrankheit (I25; Männer 42,6 Prozent; Frauen 25,3 Prozent) sowie die Herzinsuffizienz (I50; Männer 22,6 Prozent; Frauen 21,9 Prozent). Das Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten (Z96) fand sich im Jahr 2016 bei 33,7 Prozent

der Männer und 38,6 Prozent der Frauen. Eine Prostatavergrößerung (N40) wurde bei 46,6 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 mit 30,1 Prozent bei fast einem Drittel aller Frauen. Von Augenerkrankungen im Sinne der Diagnose sonstiger Kataraktformen (H26) sind hochbetagte Männer und Frauen annähernd gleichhäufig mit etwa 26 Prozent betroffen.

2.10 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 2016 liefern können.

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

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, legen die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen des Gemeinsamen Bundesausschusses fest. 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(en) bei der Frau und über die Ziffer 01731 Krebsfrüherkennungs-Untersuchung(en) beim Mann abgerechnet. Die am 1. Januar und 8. November 2017 in Kraft getretenen und vom G-BA veröffentlichten Änderungen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) haben noch keinen Einfluss auf die hier nur bis zum Jahr 2016 betrachteten Inanspruchnahmen.

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 Mammografie-Screenings bei Frauen und Screening-Untersuchungen auf Hautkrebs und kolorektale Karzinome sowie Gesundheitsuntersuchungen bei beiden Geschlechtern, die regulär nur in größeren zeitlichen Abständen als Screening-Maßnahme durchgeführt werden können.

Angaben zu Anteilen mit
Früherkennung im Text
i.d.R. bezogen auf die
Gesamtbevölkerung

Die nachfolgende Abbildung zeigt die altersspezifische Häufigkeit der Abrechnung der beiden jährlich erstattungsfähigen Früherkennungsziffern 01730 bei weiblichen und 01731 bei männlichen Versicherten der BARMER im Jahr 2016 (Tabelle A 6 im Anhang).

Abbildung 2.10: Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, EBM-Ziffern 01730, 01731,01733: Betroffene nach Alter 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

Im Alter zwischen 20 bis unter 45 Jahren wurde die EBM-Ziffer 01730 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen jährlich bei mindestens rund 57 Prozent der Frauen abgerechnet. Mit zunehmendem Alter sinkt die Teilnehmerate und lag im Jahr 2016 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 (Abbildung 2.10).

Krebsfrüherkennungs-
untersuchungen bei
Frauen von 20-44 Jahren
Teilnehmerate > 55 %

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 im Jahr 2016 nach Hochrechnung der BARMER-Ergebnisse rund 41 Prozent, somit 16,82 Millionen von den Frauen in Deutschland im Sinne der Ziffer 01730 untersucht worden sein. Von den Männern nahmen nur rund elf Prozent beziehungsweise 4,6 Millionen an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung im Sinne der EBM-Ziffer 01731 teil.

Regionale Variationen

Die nachfolgende Tabelle listet einheitlich geschlechts- und altersstandardisierte Angaben zur Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den 16 Bundesländern bei Frauen und Männern im Jahr 2016. Die auf Länderebene ermittelten Raten zeigen bei Frauen moderate Abweichungen von bundesweiten Ergebnissen. Insbesondere die Raten im Saarland und in Bayern, Rheinland-Pfalz, Hamburg und Bremen unterschreiten den bundesweiten Durchschnitt. In den neuen Bundesländern liegen die Untersuchungsraten durchgängig merklich höher als im Bundesdurchschnitt. Die Untersuchungsraten bei Männern zeigen auf Bundeslandebene stärkere Variationen. Die geringsten Raten auf Länderebene zeigen sich bei Männern im Saarland und in Bayern. Im Bundeslandvergleich lassen sich insbesondere für Mecklenburg-Vorpommern hohe Werte errechnen.

Tabelle 2.29: Krebsfrüherkennungsuntersuchungsraten in den Bundesländern 2016 nach Männern und Frauen

Bundesland	Untersuchungsraten Frauen EBM-Ziffer 01730 in Prozent	Untersuchungsraten Männer EBM-Ziffer 01731 in Prozent
Schleswig-Holstein	40,70	10,65
Hamburg	39,36	12,22
Niedersachsen	40,26	12,14
Bremen	39,37	11,94
Nordrhein-Westfalen	40,21	11,50
Hessen	40,25	11,34
Rheinland-Pfalz	38,85	10,58
Baden-Württemberg	40,31	12,01
Bayern	38,77	9,75
Saarland	36,35	9,28
Berlin	40,28	11,04
Brandenburg	44,08	12,43
Mecklenburg-Vorpommern	43,46	13,52
Sachsen	44,35	11,54
Sachsen-Anhalt	42,68	11,83
Thüringen	41,95	11,45
Gesamt	40,52	11,41

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015

Weitere Früherkennungsuntersuchungen

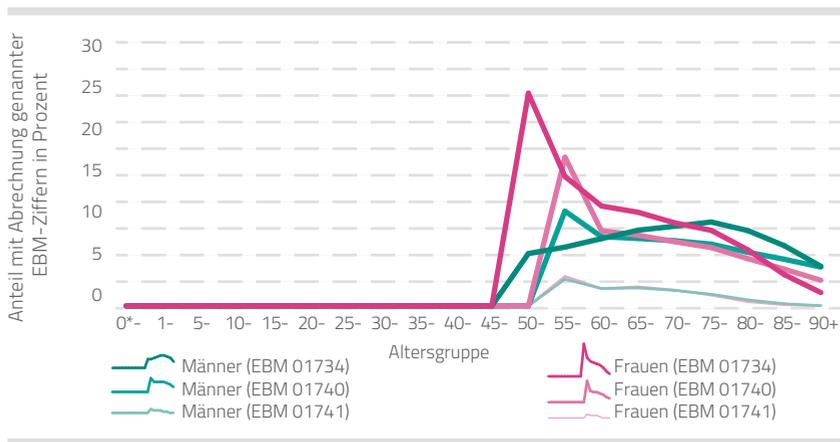
Drei weitere Abrechnungsziffern des EBM stehen im Zusammenhang mit der Früherkennung von Darmkrebs. Die EBM-Ziffer 01734 umfasst die Untersuchung auf Blut im Stuhl und bezeichnet eine einfach durchzuführende Untersuchung auf Blutbestandteile. Ab einem Alter von 50 Jahren wird sie zunächst jährlich, ab 55 Jahren in zweijährigen Abständen erstattet, sofern in zehn vorausgehenden Jahren keine Koloskopie erfolgte (Abbildung 2.11).

Die EBM-Ziffer 01740 umfasst die Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms. Eine entsprechende Beratung ist im Rahmen des Screenings oder der

Früherkennung gemäß den Vorgaben zweimalig vorgesehen (Stand: November 2011). Die erste Beratung sollte möglichst frühzeitig mit 50 Jahren erfolgen, eine zweite und dann mit der Ziffer 01740 abzurechnende Beratung im Alter von 55 Jahren.

Die EBM-Ziffer 01741 Totale Koloskopie gemäß Krebsfrüherkennungsrichtlinien bezeichnet schließlich eine vollständige Darmspiegelung im Rahmen eines Screenings, die ohne Vorbefunde im Alter ab 55 Jahre zweimalig im Leben im Abstand von zehn Jahren durchgeführt werden kann, wobei eine Untersuchung ab einem Alter von 65 Jahren immer als zweite Untersuchung zählt und nicht wiederholt werden kann. Die nachfolgende Abbildung zeigt die altersspezifische Abrechnungshäufigkeit der zuvor genannten Ziffern im Jahr 2016. Die Zahlenwerte zur Abbildung finden sich in Tabelle A 7 im Anhang.

Abbildung 2.11: Früherkennungsleistungen Darmkrebs, EBM-Ziffern 01734, 01740, 01741: Betroffene nach Alter und Geschlecht 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

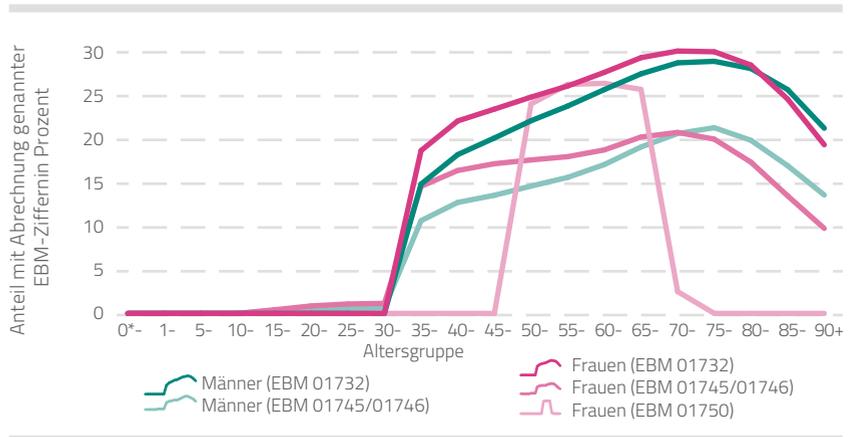
Insbesondere in den betroffenen Altersgruppen zwischen 50 und 69 Jahren werden Stuhluntersuchungen sowie Beratungen zur Darmkrebsspiegelung häufiger bei Frauen als bei Männern abgerechnet, in höheren Altersgruppen sind Männer verhältnismäßig häufiger betroffen als Frauen. Die Darmspiegelung im Rahmen eines Screenings wurde im Jahr 2016 ab einem Alter von 75 Jahren tendenziell häufiger bei Männern als bei

2016 insgesamt rund
 540.000 Darmspiegelun-
 gen als Screening-
 Untersuchung geplant

Frauen durchgeführt, lediglich in jüngeren Altersgruppen waren Frauen teilweise etwas häufiger betroffen. Nach Hochrechnung der vorliegenden BARMER-Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung dürften im Jahr 2016 etwa 286.000 Koloskopien bei Frauen und etwa 255.000 Koloskopien bei Männern als Screening-Untersuchung durchgeführt worden sein.

Als Früherkennungsleistungen können neben den zuvor genannten Leistungen primär drei weitere Ziffern abgerechnet werden. Die EBM-Ziffer 01732 mit der Bezeichnung Gesundheitsuntersuchung kann in zweijährigen Abständen bei Versicherten ab einem Alter von 35 Jahren abgerechnet werden. Besser bekannt ist diese Untersuchung unter der Bezeichnung Check-up 35.

Abbildung 2.12: Früherkennungsleistungen gemäß EBM-Ziffern 01732, 01745/01746 und 01750 [nur Frauen]: Betroffene nach Alter 2016



Quelle: BARMER-Daten 2016

Seit dem Sommer des Jahres 2008 ist das Mammografie-Screening unter der EBM-Ziffer 01750 bundesweit etabliert, zu dem Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren in zweijährigen Abständen eingeladen werden sollen. 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 des Check-up 35 durchgeführt, muss sie mit der Ziffer 01746 abgerechnet werden.

Eine Übersicht zu altersspezifischen Anteilen von Versicherten, bei denen die zuvor genannten Ziffern im Jahr 2016 abgerechnet wurden, gibt Abbildung 2.12 (Zahlenangaben finden sich in Tabelle A 8 im Anhang). Eine Gesundheitsuntersuchung beziehungsweise der Check-up 35 (EBM 01732) dürfte im Jahr 2016 nach Hochrechnungen der BARMER-Ergebnisse bei 5,7 Millionen männlichen und rund sieben Millionen weiblichen Personen der Bevölkerung durchgeführt worden sein. In den berechtigten Altersgruppen wurde die Untersuchung bei etwa einem Viertel der Versicherten vorgenommen (mit altersabhängigen Variationen, Abbildung 2.12). Wenn man das zweijährige Intervall der Untersuchungen berücksichtigt, ist davon auszugehen, dass insbesondere um das 70. Lebensjahr eine entsprechende Untersuchung von mehr als der Hälfte aller Anspruchsberechtigten genutzt wird.

Check-up 35:
Männer: 5,7 Millionen,
Frauen: 6,9 Millionen

Ein Mammografie-Screening wurde innerhalb des Jahres 2016 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 gesunken. Berücksichtigt man, dass die Untersuchung in zweijährigen Abständen durchgeführt werden soll, wäre nach den aktuell vorliegenden Ergebnissen von einer Beteiligungsrate am Mammografie-Screening von mehr als 50 Prozent auszugehen.

Ein Hautkrebs-Screening im Sinne der EBM-Ziffern 01745 oder 01746 wurde im Jahr 2016 mit altersabhängigen Variationen bei elf bis 21 Prozent der Versicherten aus berechtigten Altersgruppen durchgeführt. Bezogen auf alle Altersgruppen waren rund elf Prozent der Bevölkerung betroffen. Dieser Anteil entspräche unter Annahme vergleichbarer Screening-Untersuchungshäufigkeiten bei PKV-Versicherten einer Zahl von knapp 8,8 Millionen Personen in Deutschland.

~ 8,8 Millionen Personen
2016 beim Hautkrebs-
screening

Kapitel 3

**Psychische Störungen
bei jungen Erwachsenen
– Zusammenhänge mit Studium
und Familie – Schwerpunkt Kapitel**

3 Psychische Störungen bei jungen Erwachsenen

– Zusammenhänge mit Studium und Familie –

Schwerpunktkapitel

Der Arztreport befasst sich im diesjährigen Schwerpunktkapitel mit dem Thema Psychische Störungen bei jungen Erwachsenen. Im Fokus des Schwerpunktkapitels stehen Menschen im Alter von 18 bis 25 Jahren. Da der Studienbeginn und das Studium in diesem Alter eine maßgebliche Rolle spielen, sollen im Rahmen des Schwerpunktkapitels auch Aspekte der psychischen Gesundheit von Studierenden betrachtet werden.

Hintergrund

Gemessen an der Inanspruchnahme der ambulant-ärztlichen Versorgung kann das junge Erwachsenenalter als ausgesprochen gesunde Lebensphase gelten. So lagen die Ausgaben für die ambulant-ärztliche Versorgung bei Männern im Alter zwischen 20 und 24 Jahren im Jahr 2016 durchschnittlich bei lediglich 217 Euro und damit niedriger als in allen anderen Altersgruppen (vergleiche dazu Abbildung 2.5 im Routineteil des Arztreports und Tabelle A 4 im Anhang). Deutlich höhere Ausgaben bei Frauen aus dieser Altersgruppe stehen häufig im Zusammenhang mit der Betreuung durch Frauenärzte und dem Thema Schwangerschaft, weshalb auch sie nicht direkt als Zeichen einer besonderen gesundheitlichen Belastung gedeutet werden können.

Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden in Deutschland bei jungen Erwachsenen im Alter von 20 bis unter 25 Jahren im Jahr 2016 insgesamt 613.764 vollstationäre Behandlungsfälle in Krankenhäusern gezählt, altersübergreifend waren es 20.063.689 Behandlungsfälle. Von diesen 613.764 Fällen bei jungen Erwachsenen standen 134.697 Fälle im Zusammenhang mit Schwangerschaften und Geburten. Psychische Störungen bildeten bei jungen Erwachsenen mit 84.146 Behandlungsfällen im Jahr 2016 (nach einer Differenzierung von Diagnosen auf der Ebene der ICD10-Diagnosekapitel) noch vor Verletzungen mit 80.526 vollstationären Behandlungsfällen den zweithäufigsten Behandlungsanlass in Krankenhäusern (Statistisches Bundesamt 2017a). Demnach erfolgen 13,7 Prozent der vollstationären Krankenhausbehandlungen junger Erwachsener in Deutschland aufgrund psychischer Störungen.

Angaben zu Sterbefällen in Deutschland waren bei der Erstellung des vorliegenden Reports für das Jahr 2015 publiziert. Bei altersübergreifend insgesamt 925.200 Todesfällen wurden bei den 20- bis unter 25-Jährigen im genannten Jahr 1.535 Todesfälle gezählt. Mit 850 Fällen mehr als die Hälfte der Todesfälle bei den 20- bis unter 25-Jährigen war dem ICD10-Kapitel „Verletzungen“ oder genauer dem Kapitel „Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen“ zugeordnet. Neben „Transportmittelunfällen“ mit 344 Fällen, also Verkehrsunfällen im weiteren Sinne, spielte dabei die „Vorsätzliche Selbstbeschädigung“ mit 316 Fällen eine sehr maßgebliche Rolle. Demnach war rund ein Fünftel der Todesfälle bei jungen Erwachsenen in Deutschland im Jahr 2015 auf eine Selbsttötung zurückzuführen (Statistisches Bundesamt 2017b).

Die dargestellten Zahlen belegen, dass psychische Störungen schon im jungen Erwachsenenalter gravierende gesundheitliche Auswirkungen haben können und ihnen dabei in Relation zu anderen gesundheitlichen Problemen in diesem Alter eine vergleichsweise große Bedeutung zukommt. Ein weiteres Argument, sich mit psychischen Störungen in einer insgesamt (noch) gesunden Versichertengruppe zu befassen, ergibt sich aus der Überlegung, dass im jungen Erwachsenenalter für viele Menschen sehr maßgebliche Weichenstellungen für das weitere Leben erfolgen, welche auch die zukünftige Gesundheit beeinflussen dürften. Eine Unterstützung in diesem Lebensabschnitt könnte sich insofern auch langfristig positiv auswirken.

Gliederung

Nach einer ersten allgemeinen Abgrenzung der im Schwerpunktkapitel betrachteten psychischen Störungen werden in einem weiteren Abschnitt die Datengrundlage und Methoden der vorliegenden Auswertungen dargestellt. Nachfolgend werden

Ergebnisse zur bevölkerungsbezogenen Häufigkeit der ärztlichen und psychotherapeutischen Dokumentation von Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen präsentiert, wobei die bei jungen Erwachsenen besonders relevanten Diagnosen identifiziert sowie auch regionale Unterschiede aufgezeigt werden sollen. Ein weiterer Abschnitt befasst sich mit den Häufigkeiten psychischer Störungen bei Studierenden und Nichtstudierenden. Im Rahmen längsschnittlicher Analysen werden unter der Überschrift „Psychische Störungen, Eltern und Studium“ dabei auch die Diagnosehäufigkeiten psychischer Störungen im Vorfeld einer Studienaufnahme betrachtet und deren Einflüsse sowie die Einflüsse von Merkmalen auf eine nachfolgende Studienaufnahme analysiert, die bei den Eltern der jungen Erwachsenen in den verwendeten Daten identifiziert werden konnten.

Ein Teilkapitel befasst sich schließlich speziell mit Depressionen als eine der häufigsten Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen. Beschrieben und analysiert werden die Häufigkeiten und Trends, Begleiterkrankungen (Komorbiditäten), Neuerkrankungsraten (Inzidenzen), die Anteile betroffener Personen über längerfristige Zeiträume, Behandlungen bei Depressionen und die Risikofaktoren für Depressionen.

3.1 Abgrenzung psychischer Störungen

Die Auswertungen zum vorliegenden Arztreport beruhen auf routinemäßig bei der BARMER verfügbaren Daten zur gesundheitlichen Versorgung ihrer Versicherten. Weitgehend alle Angaben zu Erkrankungen sind in Daten bei Krankenkassen in Deutschland in Form von Diagnoseschlüsseln erfasst. Für eine entsprechende Kodierung von Diagnosen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung ist dabei seit dem Jahr 2000 die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ in der 10. Revision (ICD10) vorgeschrieben.¹ Die ICD10-Klassifikation bestimmt vor diesem Hintergrund jegliche Differenzierungsmöglichkeiten von Diagnosen bei Auswertungen von Krankenkassendaten, wobei zugleich bestimmte Gruppierungen von Diagnosen vorgeschlagen werden. Auf der höchsten Ebene werden Diagnosen in der ICD10 insgesamt 22 sogenannten Kapiteln zugeordnet, die gewöhnlich mit römischen Ziffern gekennzeichnet sind. Das Kapitel V mit der Bezeichnung „Psychische und

¹ vergleiche die Erläuterungen beim DIMDI. www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm

Verhaltensstörungen“ umfasst dabei diejenigen Diagnosen, die im vorliegenden Schwerpunktkapitel näher betrachtet und verkürzt auch mit dem Begriff psychische Störungen bezeichnet werden.

Alle Diagnoseschlüssel dieses ICD10-Kapitels beginnen mit einem F an der ersten Stelle des bis zu fünfstelligen Diagnoseschlüssels und werden daher von einigen Autoren auch als F-Diagnosen bezeichnet. Alle ICD10-Kapitel sind auf der nächsttieferen Gliederungsebene in ICD10-Gruppen unterteilt, in denen zumeist jeweils ähnliche Diagnosen zusammengefasst sind. Das hier näher betrachtete ICD10-Kapitel V gliedert sich in elf Gruppen, denen die weiter ausdifferenzierten Diagnoseschlüssel zugeordnet werden können (Schlüssel beginnend mit F0, F1, F2 bis F9 und separat der dreistellige Schlüssel F99). Etwas ungenau kann bei diesen Gruppen des Kapitels V auch von zweistelligen ICD10-Schlüsseln gesprochen werden. In den Tabellen zum Schwerpunktkapitel werden die Ergebnisse aus Gründen der Übersichtlichkeit zumeist nur mit einer maximalen Differenzierung nach dreistelligen Diagnosen berichtet, obwohl die Resultate in der Regel auch zu weiter differenzierten Diagnoseschlüsseln ermittelt wurden. Relevant erscheinende Ergebnisse zu Diagnosen tieferer Gliederungsebenen werden dann gegebenenfalls ausschließlich im Text erwähnt.

Abgrenzung psychischer
Störungen gemäß Kapitel V
der ICD10

Im Kapitel V der ICD10 werden Diagnosen zu nahezu allen psychischen Erkrankungen zusammengefasst, die vermutlich auch Laien in einem Kapitel mit dem Titel „Psychische und Verhaltensstörungen“ erwarten (Depressionen, Schizophrenie, Angststörungen). Allerdings umfasst das Kapitel auch einige Diagnoseschlüssel, die bei dem Gedanken an psychische Erkrankungen dort nicht von jedem Leser vermutet werden dürften, was bei der Interpretation der Ergebnisse zu beachten ist. So können mit den Diagnoseschlüsseln aus dem Kapitel V beispielsweise auch unterschiedliche Grade der Intelligenzminderung, akute Belastungsreaktionen sowie psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak und andere Suchtmittel kodiert werden. Zudem muss darauf hingewiesen werden, dass umgekehrt auch einige mit psychischen Problemen in Verbindung gebrachten Symptome mit ICD10-Schlüsseln aus anderen Kapiteln kodiert werden, etwa „Symptome, die die Stimmung betreffen“ (R45) und „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“ inklusive Ausgebranntsein (Burn-out [Z73]).

3.2 Datengrundlage und Methoden

Grundlage der vorliegenden Auswertungen bilden die routinemäßig in unterschiedlichen Versorgungsbereichen erfassten Daten zu jungen Erwachsenen mit Versicherung bei der BARMER aus unterschiedlichen Erhebungsjahren.

Junge Erwachsene in Deutschland und bei der BARMER

Im Jahr 2015 lebten nach Angaben des Statistischen Bundesamtes in Deutschland jahresdurchschnittlich 81,7 Millionen Menschen, darunter neun Prozent beziehungsweise 7.336.710 Menschen im Alter von 18 bis 25 Jahren (Angaben zu 2016 waren zum Zeitpunkt der Reporterstellung Ende 2017 noch nicht verfügbar). Routineauswertungen zum Arztreport konnten zum Jahr 2015 insgesamt 710.308 Versicherte aus der genannten Altersspanne mit Wohnort im Inland berücksichtigen, was einem Anteil von 9,7 Prozent der jungen Erwachsenen in Deutschland entspricht. Wie bei den Routineauswertungen wurden dabei auch für die vorliegenden Auswertungen zum Schwerpunkt die Versicherten der vormaligen Deutschen BKK noch nicht berücksichtigt.

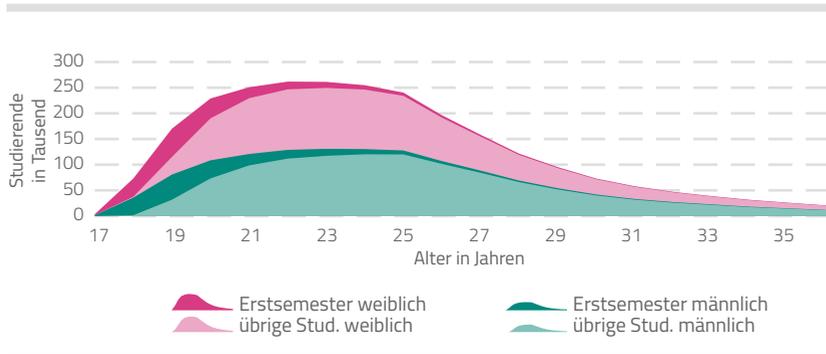
In den Jahren 2005 bis 2016 variiert die Zahl der bei Auswertungen berücksichtigten Versicherten der vormaligen BARMER GEK beziehungsweise BARMER und GEK in der genannten Altersspanne zwischen 680.706 und 773.036. Sowohl hinsichtlich der Zahl der Versicherten als auch im Hinblick auf den Erhebungszeitraum von insgesamt zwölf Jahren existiert damit für die hier berichteten Auswertungen eine ausgesprochen große Datenbasis.

Studierende in Deutschland und bei der BARMER

Angaben zur Zahl der Studierenden an Hochschulen in Deutschland werden jährlich in differenzierter Form vom Statistischen Bundesamt bezogen auf Studierende im Wintersemester veröffentlicht. Insgesamt studierten nach entsprechenden Angaben im Wintersemester 2015/2016 in Deutschland 2.757.799 Menschen, darunter 432.589 im ersten Hochschulsemester, also als sogenannte Erstsemester (Statistisches Bundesamt 2016).

in Deutschland 7,3 Mio.
junge Erwachsene im Alter
von 18 bis 25 Jahren
(2015)

Abbildung 3.1: Studierende in Deutschland im Wintersemester 2015/2016 nach Geschlecht und Alter



Quelle: Eigene Darstellung nach Angaben des Statistischen Bundesamtes; Studierende an Hochschulen im Wintersemester 2015/2016; Fachserie 11, Reihe 4.1; Zuordnung nach Alter der Studierenden im Oktober 2015.

Die Abbildung 3.1 zeigt die Verteilung der Studierenden im Wintersemester 2015/2016 auf die Altersgruppen von 17 bis 36 Jahre. Differenziert werden in der Abbildung als gestapelte Flächen vier Gruppen von Studierenden, nämlich weibliche und männliche Studierende jeweils im ersten oder alternativ in höheren Hochschulsemestern. Die der Abbildung zugrunde liegenden Angaben sind auch der Tabelle 3.1 zu entnehmen. Die Tabelle A 9 im Anhang enthält ergänzende Angaben zur Zahl der Studierenden in den einzelnen Bundesländern.

Im Wintersemester 2015/2016 studierten in Deutschland annähernd so viele Frauen wie Männer. Studierendenzahlen oberhalb von 200.000 finden sich in den Altersgruppen von 20 bis 25 Jahren, oberhalb von 250.000 bei den 21- bis 24-Jährigen. Bis zum Alter von 19 Jahren überwiegen unter den Studierenden die Erstsemester beziehungsweise Studienanfänger. Im Wintersemester 2015/2016 waren den Altersgruppen von 18 bis 25 Jahren 63 Prozent aller Studierenden und dabei 88 Prozent der Erstsemester zuzuordnen.

im Alter von 18 bis 25 Jahren 1,7 Mio. Studierende

Tabelle 3.1: Studierende in Deutschland im Wintersemester 2015/2016 nach Geschlecht und Alter

Alter	Studierende insgesamt			darunter im ersten Hochschulsemester		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
16 Jahre und jünger	133	151	284	98	112	210
17 Jahre	1.799	1.821	3.620	1.707	1.725	3.432
18 Jahre	36.149	37.372	73.521	34.482	35.653	70.135
19 Jahre	81.105	89.700	170.805	49.053	55.242	104.295
20 Jahre	108.995	120.829	229.824	35.333	38.806	74.139
21 Jahre	121.342	130.389	251.731	22.297	21.384	43.681
22 Jahre	129.423	133.346	262.769	17.099	15.162	32.261
23 Jahre	131.443	130.834	262.277	13.700	11.828	25.528
24 Jahre	130.941	124.785	255.726	10.155	8.555	18.710
25 Jahre	128.226	113.060	241.286	7.736	6.266	14.002
26 Jahre	107.450	89.519	196.969	5.500	4.677	10.177
27 Jahre	88.886	70.006	158.892	4.236	3.460	7.696
28 Jahre	69.430	52.533	121.963	2.974	2.416	5.390
29 Jahre	54.506	41.221	95.727	2.415	1.834	4.249
30 Jahre	42.178	31.193	73.371	1.749	1.258	3.007
31 Jahre	33.507	24.839	58.346	1.430	1.055	2.485
32 Jahre	27.398	19.928	47.326	1.182	855	2.037
33 Jahre	22.883	16.146	39.029	955	727	1.682
34 Jahre	18.266	13.417	31.683	761	670	1.431
35 Jahre	15.027	11.072	26.099	577	529	1.106
36 Jahre	11.870	8.848	20.718	455	430	885
37 Jahre und älter	73.169	62.664	135.833	2.613	3.438	6.051
Gesamt	1.434.126	1.323.673	2.757.799	216.507	216.082	432.589
18 bis 25 Jahre	867.624	880.315	1.747.939	189.855	192.896	382.751

Quelle: Statistisches Bundesamt (2016); Studierende an Hochschulen im Wintersemester 2015/2016; Fachserie 11, Reihe 4.1; Zuordnung nach Alter der Studierenden im Oktober 2015 auf Basis monatsgenauer Geburtsangaben

Studierende in Daten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

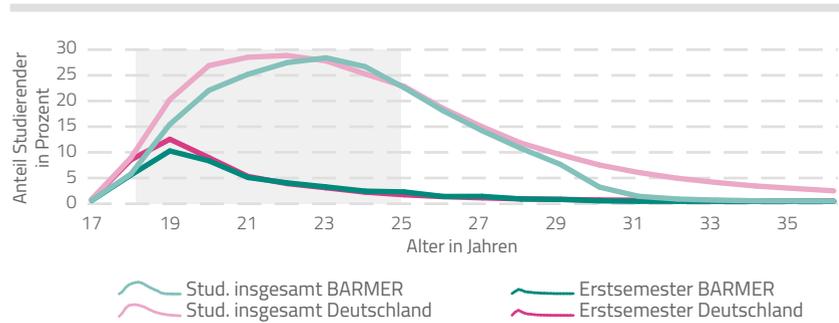
Für Studierende an deutschen Hochschulen besteht eine Krankenversicherungspflicht. In der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) können Studierende ohne eigenes versicherungsrelevantes Einkommen typischerweise bis zu ihrem 25. Geburtstag über einen Elternteil entgeltfrei als Familienversicherte krankenversichert bleiben, sofern bei Ehepartnern der Elternteil mit dem höheren Erwerbseinkommen selbst in der GKV versichert ist. Ab dem 25. Geburtstag und bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres (dem 30. Geburtstag) besteht typischerweise die Möglichkeit zur Versicherung in der Krankenversicherung der Studenten (KVdS) mit vergleichsweise niedrigen Beitragssätzen.

Aufgrund der Versicherungspflicht und Regelungen zur Familienversicherung sollte sich zumindest ein wesentlicher Teil der Studierenden in den Daten der Krankenkassen als Student identifizieren lassen. Problematisch kann dies allerdings bei familienversicherten Studierenden bis zum Abschluss des 23. Lebensjahres sein, da bis zu diesem Alter bei Kindern ohne relevantes eigenes Einkommen die Familienversicherung nicht an den Nachweis einer Studienimmatrikulation gebunden ist und die Erfassung des Studienstatus in der Krankenkasse insofern nicht obligat erfolgt. Ohne eine Altersbegrenzung können Ehepartner ohne relevantes eigenes Einkommen familienversichert sein, für die ein Studierendenstatus insofern gleichfalls nicht zwingend erfasst werden muss. Zudem dürften Studenten in dualen Studiengängen regelmäßig nicht in den Daten der Krankenkasse als Studierende erfasst sein, da diese üblicherweise wie Berufstätige in Ausbildung versichert werden. Sehr lückenhaft und eher sporadisch dürfte schließlich ein Studierendenstatus bei Personen nach Beendigung der KVdS, also typischerweise nach Vollendung des 30. Lebensjahres, in den Daten einer Krankenkasse dokumentiert sein.

Für die Auswertungen zum Schwerpunktkapitel wurden die in der BARMER verfügbaren Informationen zur Familienversicherung von Studierenden und zu Versicherungsverhältnissen in der KVdS für die Jahre 2014 bis 2016 bereitgestellt. Wie viele Studierende in diesen Daten nicht als solche erfasst sind, lässt sich aus den zuvor geschilderten Gründen nicht exakt ermitteln, sondern nur abschätzen. Geht man davon aus, dass von den BARMER-Versicherten ein vergleichbarer Anteil wie in der allgemeinen Bevölkerung

studiert, sollten sich bei einer relativ vollständigen Erfassung von Studierenden in den BARMER-Daten nach diesen Daten auch altersspezifisch vergleichbare Studierendenanteile wie in der Bevölkerung zeigen. Eine entsprechende Gegenüberstellung zeigt die Abbildung 3.2.

Abbildung 3.2: Anteil Studierender an der Bevölkerung sowie an Versicherten der BARMER



Quelle: BARMER-Daten sowie Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung 2015 und zu Studierenden im Wintersemester 2015/2016 (vergleiche Text)

Für die Darstellung in Abbildung 3.2 wurde in den BARMER-Daten der Anteil der krankenkassenintern identifizierbaren Studierenden unter allen Versicherten am 1. Oktober 2015 ermittelt, wobei als Studierende alle Versicherten mit entsprechenden Hinweisen innerhalb des vierten Quartals 2015 gezählt wurden. Bundesdeutsche Studierendenanteile wurden auf Basis der bereits zitierten Angaben zu Studierendenzahlen im Wintersemester 2015/2016 und Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland 2015 ermittelt. Ergänzend werden in der Abbildung auch die Anteile der Studierenden im ersten Hochschulsemester, kurz Erstsemester, an der Bevölkerung dargestellt. Bei den BARMER-Versicherten wurde von einem entsprechenden Sachverhalt ausgegangen, wenn in den ab Januar 2014 verfügbaren Daten eine erstmalige Versicherung als Studierender im Jahr 2015 und dabei nicht vor dem 1. August 2015 dokumentiert war.

Der höchste Studierendenanteil wird nach bundesdeutschen Daten mit 29 Prozent in der Gruppe der 22-Jährigen erreicht. Im Jahr 2015 nahmen nach den Daten gut zwölf Prozent der Bevölkerung im Alter von 19 Jahren ihr erstes Hochschulstudium auf. Ergebnisse nach BARMER-Daten ergeben ein recht ähnliches Bild bei zumeist etwas geringeren Studierendenanteilen, was auf eine gewisse Untererfassung von Studierenden hindeuten könnte. Der höchste Anteil von Erstsemestern an allen Versicherten wird gleichfalls bei den 19-Jährigen mit zehn Prozent erreicht. Die grundsätzlich vergleichbare Altersabhängigkeit der Kurve unterstützt die Annahme, dass durch die zuvor beschriebene Selektion überwiegend und wie beabsichtigt Studierende im ersten Hochschulsemester identifiziert wurden. Der höchste Anteil Studierender an allen Versicherten wird nach BARMER-Daten bei den Versicherten im Alter von 23 Jahren mit rund 29 Prozent ermittelt, merklich geringere Studierendenraten als nach bundesdeutschen Zahlen zeigen sich in den noch jüngeren Altersgruppen und unter älteren Studierenden insbesondere nach Vollendung des 30. Lebensjahres, was sich mit den eingangs erwähnten Erwartungen zu Untererfassungen von Studierenden in den Krankenkassendaten deckt.

Berechnet man ausschließlich auf der Basis der nach BARMER-Daten ermittelten Studierendenraten die für Deutschland erwarteten Studierendenzahlen im Alter zwischen 18 und 25 Jahren, ergibt sich eine Zahl von Studierenden, welche die vom Statistischen Bundesamt ausgewiesene reale Zahl um acht Prozent unterschreitet. Demnach wäre die Untererfassung von Studierenden in den BARMER-Daten in dieser Altersgruppe insgesamt als moderat einzustufen. Der Anteil der fälschlicherweise als Nichtstudierende klassifizierten Versicherten dürfte sich dabei in einem niedrigen einstelligen Prozentbereich bewegen. Die Abgrenzung von Studierenden ist in den Daten der BARMER damit zweifellos mit einer gewissen Unschärfe behaftet, erscheint jedoch für die beabsichtigten Auswertungen durchaus geeignet. Tendenziell ist durch die erwarteten Fehlklassifikationen bei Auswertung der Daten mit einer leichten Unterschätzung der realen Unterschiede zwischen Studierenden und Nichtstudierenden zu rechnen. In der Epidemiologie wird dabei auch von Verdünnungseffekten gesprochen.

Berücksichtigte Daten – Erhebungsmerkmale

Neben den grundlegenden soziodemografischen Merkmalen, den Dokumentationen von Versicherungszeiten und der bereits beschriebenen Abgrenzung von Studierenden wurde zu jungen Erwachsenen eine Vielzahl weiterer Informationen aus routinemäßig verfügbaren Daten für die Auswertungen zusammengeführt.

Diagnosen

Ärztlich oder psychotherapeutisch dokumentierte Diagnosen gemäß ICD10-Klassifikation wurden sowohl aus Abrechnungsdaten der KVen zur ambulanten Versorgung durch niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten als auch aus Daten zu ambulanten und stationären Behandlungen in Krankenhäusern in den Jahren 2005 bis 2016 identifiziert, wobei die Daten zu ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern erst ab dem Jahr 2012 verfügbar waren. Diagnosen zur ambulanten Versorgung wurden grundsätzlich nur berücksichtigt, sofern sie als gesichert gekennzeichnet waren, Diagnosen zu KV-seitig abgerechneten Behandlungsfällen konnten ab dem Jahr 2009 dabei auch nach Fachgruppenzuordnung der behandelnden Ärzte (beziehungsweise Psychotherapeuten) differenziert werden. Bei stationären Krankenhausbehandlungen blieben Einweisungs- und Aufnahmediagnosen unberücksichtigt, gegebenenfalls wurde zwischen Haupt- und Nebendiagnosen (bei Entlassung) unterschieden, wobei die obligat vorhandene Hauptdiagnose jeweils eindeutig den Hauptbehandlungsanlass einer Krankenhausbehandlung kennzeichnet.

Arzneiverordnungen

Gleichfalls für die Jahre von 2005 bis 2016 konnte auf Daten zu Arzneimittelverordnungen mit Verordnungsdatum, zur Zuordnung der Wirksubstanzen gemäß „Anatomisch-Therapeutische-Chemische Klassifikation“ (ATC) und Angaben zu verordneten Tagesdosen (englisch DDD für Defined Daily Doses) zurückgegriffen werden, wobei sich die vorliegenden Auswertungen vorrangig auf Psychopharmaka beschränken, mit denen hier alle Arzneimittel mit den ATC-Kodes N05 „Psycholeptika“ und N06 „Psychoanaleptika“ inklusive der untergeordneten siebenstelligen ATC-Schlüssel gemeint sein sollen.²

² Weitere Erläuterungen zum ATC finden sich beim DIMDI. www.dimdi.de/static/de/klassi/atcddd/index.htm

Familiäre Beziehungen – Elternteile

Mit gewissen Unsicherheiten sind in den wissenschaftlich nutzbaren anonymisierten Daten der BARMER auch Zuordnungen jüngerer Versicherter zu ihren Eltern beziehungsweise zu einzelnen Elternteilen möglich, sofern diese jüngeren Versicherten im Zeitraum der Datenverfügbarkeit ab dem Jahr 2005 zumindest zeitweilig über einen Elternteil familienversichert waren, der zu diesem Zeitpunkt selbst Mitglied der BARMER war. War über den entsprechenden Elternteil auch der Partner oder Ehepartner familienversichert, können den jüngeren Versicherten mitunter auch beide Elternteile zugeordnet werden. Eine genauere Beschreibung der Zuordnung von Elternteilen in Daten der BARMER ist einem Beitrag in „Gesundheitswesen aktuell“ aus dem Jahr 2017 zu entnehmen (Grobe 2017). Zu den identifizierten Elternteilen lässt sich das Alter bei der Geburt der Kinder ermitteln, zudem können beispielsweise auch Daten zur Inanspruchnahme mit Diagnosen analysiert werden. Bei Elternteilen mit Berufstätigkeit lassen sich in einem weiteren Schritt basierend auf arbeitgeberseitig an Krankenkassen übermittelte Angaben zur Tätigkeit gegebenenfalls auch Hinweise auf die Schul- und Ausbildung der Elternteile ermitteln, welche als Hinweise auf den sozialen Status der Familie interpretiert werden können (Grobe, Steinmann et al. 2017).

Statistische Methoden

Ähnlich wie bei den Auswertungen zum Routineteil des Arztreportes werden auch im Schwerpunkt Kapitel bevölkerungsbezogene Kennzahlen zumeist in einer direkt standardisierten Form präsentiert. Zur Standardisierung von Kennzahlen zu jungen Erwachsenen wurden diese in der Regel zunächst geschlechtsspezifisch in Ein-Jahres-Altersgruppen und differenziert nach Bundesländern des Wohnortes ermittelt, um sie anschließend mit einer Gewichtung nach entsprechend differenzierten Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland zusammenzufassen.

Da die Angaben zur Bevölkerung in Deutschland für das Jahr 2016 bei Auswertungen zum Arztreport bis Ende des Jahres 2017 noch nicht verfügbar waren, musste auf Bevölkerungsangaben aus dem Jahr 2015 zurückgegriffen werden. Die nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland

im Jahr 2015 nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Bundesländern standardisierten Ergebnisse werden nachfolgend auch durch das Kürzel D2015BL1J gekennzeichnet. Durch die Standardisierung werden Effekte von strukturellen Abweichungen der betrachteten BARMER-Versichertenpopulation von der Bevölkerung in Deutschland auf die Ergebnisse rechnerisch ausgeglichen – die Untersuchungspopulation kann hinsichtlich der Standardisierungsmerkmale sinngemäß als repräsentativ gelten. Dementsprechend lassen sich die Ergebnisse auch zur Abschätzung aktueller absoluter Betroffenzahlen bei jungen Erwachsenen in Deutschland nutzen.

Zur Standardisierung von Ergebnissen aus länger zurückliegenden Jahren wurde gleichfalls auf die Bevölkerungsangaben zum Jahr 2015 zurückgegriffen. Hiermit werden zeitliche Veränderungen der Kennzahlen bereinigt um demografische Effekte – wie in einer strukturell über die Jahre unveränderten Population – dargestellt. Zur inhaltlichen Beurteilung von Veränderungen ist dies erwünscht, allerdings sind auf Basis dieser Ergebnisse Abschätzungen absoluter Betroffenzahlen aus länger zurückliegenden Jahren nur sehr eingeschränkt möglich. Kennzahlen zu Studierenden wurden zumeist gemäß den vorhandenen Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur von Studierenden im Wintersemester 2015/2016 standardisiert (vergleiche Tabelle 3.1).

Um unabhängige Einflüsse verschiedener Merkmale auf die Wahrscheinlichkeit des Eintreffens bestimmter Ereignisse rechnerisch zu ermitteln, wurden logistische Regressionsmodelle berechnet. Alle Berechnungen zum Arztreport wurden unter Verwendung der Statistik-Software SAS 9.4 durchgeführt. Zu dieser Software existiert eine umfangreiche Dokumentation, die frei im Internet verfügbar ist und unter dem Stichwort Proc Logistic auch Informationen zur logistischen Regression enthält (SAS 2014).

Als Gütemaß für die Vorhersage logistischer Regressionsmodelle ist der c-Wert etabliert (welcher der Fläche unter der ROC-Kurve entspricht). Ein Wert von 0,5 ergibt sich bei fehlendem Vorhersagewert eines Modells, ein Wert ab 0,6 kann nach allgemeiner Einschätzung in der Regel als befriedigend, ein Wert ab 0,7 als gut und ein Wert ab 0,8 als sehr gut bezeichnet werden. Bei einer perfekten Vorhersage des betrachteten Zielereignisses würde ein c-Wert von 1,0 resultieren. Die entsprechenden c-Werte werden

jeweils in der letzten Zeile von Tabellen im Anhang zu logistischen Regressionsmodellen dargestellt. Da sie im Ergebniskontext des Schwerpunktkapitels eine untergeordnete Rolle spielen, werden sie in den regulären Textabschnitten nicht diskutiert.

Exkurs Odds-Ratio

Als Effektschätzer für eine einzelne Einflussgröße erhält man in logistischen Regressionsmodellen ein sogenanntes Odds-Ratio (OR, deutsch auch als Chancenverhältnis bezeichnet). ORs lassen sich ähnlich wie relative Risiken (RR) interpretieren. Während ein RR als Quotient aus Risiken in zwei Gruppen G1 und G2 berechnet wird,

$$RR = \frac{\text{RisikoG1}}{\text{RisikoG2}} = \frac{(\text{BetroffeneG1} / (\text{BetroffeneG1} + \text{NichtBetroffeneG1}))}{(\text{BetroffeneG2} / (\text{BetroffeneG2} + \text{NichtBetroffeneG2}))}$$

wird ein OR als Quotient aus zwei Chancen, sogenannten Odds, berechnet.

$$OR = \frac{\text{OddsG1}}{\text{OddsG2}} = \frac{(\text{BetroffeneG1} / (\text{NichtBetroffeneG1}))}{(\text{BetroffeneG2} / (\text{NichtBetroffeneG2}))}$$

Sowohl RR als auch OR mit einem Wert kleiner als 1,0 weisen auf ein reduziertes, mit dem Wert von 1,0 auf ein identisches und mit einem Wert größer als 1,0 auf ein erhöhtes Risiko in der Gruppe G1 im Vergleich zur Gruppe G2 hin. Sind insgesamt nur wenige Gruppenangehörige betroffen (weniger als zehn Prozent), resultieren für die OR und das RR recht ähnliche Werte. Sind insgesamt viele Gruppenangehörige betroffen (was für die nachfolgend unter anderem betrachtete Aufnahme eines Erststudiums gilt), ergeben sich bei der Berechnung der OR gegebenenfalls stärkere Abweichungen vom Wert 1,0 als bei der Berechnung des RR sowohl nach oben als auch nach unten.

3.3 Häufigkeit psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen

Unter der Überschrift „Relevante Diagnosen“ werden nachfolgend zunächst bundesweit ermittelte Ergebnisse zur Häufigkeit von Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren dargestellt. Einbezogen wurden Diagnoseangaben sowohl aus der ambulanten als auch aus der stationären Versorgung, ambulante Diagnosen dabei nur, sofern sie als „gesichert“ gekennzeichnet waren. Alle Ergebnisse wurden gemäß der Verteilung junger Erwachsener in Deutschland nach

Geschlecht, Alter und Wohnort nach Bundesländern standardisiert, wobei in Ermangelung aktuellerer Werte auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung im Jahr 2015 zurückgegriffen wurde.

Relevante Diagnosen

Insgesamt erlaubt die aktuelle ICD10-Klassifikation unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Klassifikationsebenen im Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ 496 unterschiedliche Differenzierungen von psychischen Störungen. In der Tabelle 3.2 werden die Diagnoseraten bei jungen Erwachsenen im Jahr 2016 dargestellt. Während die Ergebnisse zu Diagnosegruppen (sinngemäß zweistellige ICD10-Kodes) vollständig enthalten sind, beschränken sich die Darstellungen zu den dreistelligen ICD10-Diagnosen in der Tabelle auf Kodes, von denen im Jahr 2016 nach standardisierten Auswertungen mindestens 100 je 100.000 (also mindestens ein Promille der Population) betroffen waren. Die letzte Spalte der Tabelle beinhaltet unter der Bezeichnung Faktor (Faktor = $\text{Betroffenenrate}_{2016} / \text{Betroffenenrate}_{2005}$) eine Angabe zur Veränderung der Diagnoseraten im Vergleich zum Jahr 2005 (ein Faktor 2 würde hier beispielsweise zum Ausdruck bringen, dass die für das Jahr 2016 berichtete Diagnoserate doppelt so hoch ist wie im Jahr 2005).

Bedingt durch die durchgeführte Standardisierung nach der Alters- und Geschlechtsstruktur der 7.336.710 jungen Erwachsenen in Deutschland erlauben die Angaben in der Tabelle 3.2 zu jungen Erwachsenen in der BARMER auch Schätzungen zu Betroffenenzahlen in Deutschland. Hierfür müssen die in der Tabelle genannten Betroffenenraten je 100.000 jungen Erwachsenen lediglich mit der Anzahl der jungen Erwachsenen (7.336.710) multipliziert und durch 100.000 dividiert werden. Vereinfacht kann diese Berechnung durch die Multiplikation der angegebenen Werte mit dem Faktor 73,37 (= $7.336.710 / 100.000$) durchgeführt werden.

Tabelle 3.2: Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2016

Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung			Betroffene je 100.000 im Jahr 2016			Faktor**
E*	ICD-10	Diagnosebezeichnung	Männer	Frauen	Gesamt	gegenüber 2005
2	F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	305	294	300	0,87
3	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	145	134	140	1,11
3	F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	114	93	104	0,86
2	F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	4.608	4.635	4.621	1,41
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	1.127	629	888	1,48
3	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	1.053	371	725	2,44
3	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	319	176	250	5,67
3	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	2.618	3.691	3.134	1,48
3	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	811	329	579	1,07
2	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	567	444	508	0,81
3	F20	Schizophrenie	337	169	256	0,73
3	F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	111	100	106	0,86
3	F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	138	99	119	0,55
2	F3	Affektive Störungen	5.632	9.983	7.725	1,75
3	F31	Bipolare affektive Störung	121	149	134	1,67
3	F32	Depressive Episode	4.684	8.448	6.495	1,72
3	F33	Rezidivierende depressive Störung	1.366	2.647	1.982	2,84
3	F34	Anhaltende affektive Störungen	570	911	734	1,77

Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung			Betroffene je 100.000 im Jahr 2016			Faktor**
E*	ICD-10	Diagnosebezeichnung	Männer	Frauen	Gesamt	gegenüber 2005
2	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	11.017	21.892	16.248	1,40
3	F40	Phobische Störungen	1.064	1.960	1.495	1,48
3	F41	Andere Angststörungen	2.327	5.144	3.682	1,56
3	F42	Zwangsstörung	403	569	483	2,19
3	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	4.446	8.933	6.605	1,89
3	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	114	279	193	1,51
3	F45	Somatoforme Störungen	4.381	10.034	7.101	1,19
3	F48	Andere neurotische Störungen	1.525	2.893	2.183	1,47
2	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	1.281	3.584	2.389	1,27
3	F50	Essstörungen	228	1.822	994	1,23
3	F51	Nichtorganische Schlafstörungen	410	591	497	2,32
3	F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	449	813	624	0,91
3	F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	159	369	260	1,57
2	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.725	3.052	2.363	1,37
3	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	925	2.029	1.456	1,68
3	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	146	185	165	2,71
3	F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	279	123	204	4,31
3	F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	34	402	211	0,43

Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung			Betroffene je 100.000 im Jahr 2016			Faktor**
E*	ICD-10	Diagnosebezeichnung	Männer	Frauen	Gesamt	gegenüber 2005
3	F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	123	201	160	0,98
3	F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	285	205	246	1,60
2	F7	Intelligenzstörung	812	628	723	1,33
3	F70	Leichte Intelligenzminderung	268	213	242	1,49
3	F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	153	120	137	1,23
3	F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	485	406	447	1,42
2	F8	Entwicklungsstörungen	2.305	1.301	1.822	3,29
3	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	639	398	523	3,49
3	F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	692	404	554	3,65
3	F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	326	175	253	3,54
3	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	246	157	203	2,62
3	F84	Tiefgreifende Entwicklungsstörungen	575	223	406	4,29
3	F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	375	224	302	3,53
2	F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4.265	2.179	3.262	3,66
3	F90	Hyperkinetische Störungen	2.961	1.030	2.032	6,12
3	F91	Störungen des Sozialverhaltens	340	245	294	1,80
3	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	203	175	190	2,50
3	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	298	386	340	5,26

Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung			Betroffene je 100.000 im Jahr 2016			Faktor**
E*	ICD-10	Diagnosebezeichnung	Männer	Frauen	Gesamt	gegenüber 2005
3	F95	Ticstörungen	217	113	167	2,54
3	F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	958	512	743	2,66
3	F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe	202	480	336	0,61
1	F	Psychische und Verhaltensstörungen (Kapitel V insgesamt)	20.827	31.207	25.820	1,38

Quelle: Daten der BARMER zu n = 680.706 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen 2016 im Alter von 18 bis 25 Jahren, Standardisierung D2015BL1; Anzahl der Betroffenen je 100.000 Versicherte mit mindestens einer entsprechenden Diagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus aus dem Jahr 2016; * E: Ebene der ICD-Klassifikation (1 = Kapitel, 2 = Diagnosegruppen, 3 = dreistellige ICD10-Diagnose); ** Faktor: Verhältnis von geschlechtsübergreifend ermittelten Diagnoseraten 2016 gegenüber 2005

etwa 1,9 Mio. junge Erwachsene mit Diagnosen psychischer Störungen in Deutschland

Von (mindestens) einer Diagnose aus dem Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ waren im Jahr 2016 insgesamt 25.820 je 100.000 jungen Erwachsenen, also rund 26 Prozent der jungen Erwachsenen, betroffen (vergleiche letzte Tabellenzeile). Im Vergleich zum Jahr 2005 ist diese Betroffenenrate damit um 38 Prozent beziehungsweise um den Faktor 1,38 gestiegen. Auf einem zahlenmäßig erheblich niedrigeren Niveau stieg im selben Zeitraum auch der Anteil der jungen Erwachsenen, die innerhalb eines Jahres mit einer entsprechenden Hauptentlassungsdiagnose vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden, nämlich von 923 auf 1.382 Betroffene je 100.000 um 50 Prozent (vergleiche Tabelle A 10 im Anhang mit den Ergebnissen zu den Diagnoseraten nach unterschiedlichen Abgrenzungen und Datenquellen 2005 und 2016, Ergebnisspalte c).

Nach Auswertungen auf einer ersten Differenzierungsebene psychischer Störungen nach Diagnosegruppen werden bei jungen Erwachsenen Diagnosen aus den Gruppen „Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen“ (in der Tabelle

verkürzt mit F0 gekennzeichnet, vollständig mit F00 – F09), der Gruppe „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (F2 beziehungsweise F20 – F29) und der Gruppe „Intelligenzstörung“ (F7 beziehungsweise F70 – F79) nur relativ selten dokumentiert, weshalb auf Diagnosen aus diesen Gruppen im Folgenden nicht weiter eingegangen werden soll.

Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10 – F19)

Von Diagnosen aus dieser Gruppe waren rund fünf Prozent der jungen Erwachsenen betroffen. Erfasst wird mit diesen Diagnosen ein Drogenmissbrauch im weitesten Sinne.

- Von den Diagnosen aus dieser Gruppe werden „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ (F17) am häufigsten dokumentiert. Oft dürfte diese Diagnose dokumentiert werden, wenn das Rauchen eines Patienten den Anlass für ein eingehenderes ärztliches Gespräch bildet und die Diagnose dann dessen Abrechnung begründet. Rückschlüsse auf den Anteil der Raucher sind auf Basis der Diagnosedokumentation nicht möglich. Im Krankenhaus wird die Diagnose F17 lediglich als Nebendiagnose erfasst, niemand wurde nach den vorliegenden Ergebnissen primär aufgrund einer Diagnose F17 im Krankenhaus behandelt.
- Bei 0,9 Prozent der jungen Erwachsenen wurden „Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol“ (F10) dokumentiert. Auch hier ist zunächst unklar, in welchen Situationen eine entsprechende Diagnose erfasst wird. Ein Drittel der Betroffenen erhielt die Diagnose (auch) als Hauptentlassungsdiagnose einer Krankenhausbehandlung, die nach einer differenzierteren Betrachtung überwiegend wegen einer akuten Alkoholintoxikation erfolgte. Keine andere Diagnose bildet, in Relation zu ihrer Gesamthäufigkeit, anteilig so häufig den Hauptanlass für eine Krankenhausbehandlung. Ein wesentlicher Teil der F10-Diagnosen wird demnach genau dann erfasst, wenn junge Erwachsene aufgrund eines übermäßigen kurzfristigen Alkoholkonsums im Krankenhaus behandelt werden.
- Bei 0,7 Prozent wurden „Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide“ (F12) dokumentiert. Seit dem Jahr 2005 ist die sektorenübergreifende Dokumentationshäufigkeit dieser Diagnose damit um den Faktor 2,4 gestiegen. Für die Annahme, dass es sich dabei nicht ausschließlich um ein Dokumentationsphänomen bei ambulant

erfassten Diagnosen handelt, spricht die Beobachtung, dass im selben Zeitraum auch die Krankenhausbehandlungsraten mit entsprechenden Hauptdiagnosen von jährlich 36 auf 90 Betroffene je 100.000 deutlich gestiegen sind (vergleiche Tabelle A 10 im Anhang).

- „Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein“ (F15) wurden im Jahr 2016 bei 0,25 Prozent der jungen Erwachsenen dokumentiert, womit sich die Dokumentationsrate seit dem Jahr 2005 mehr als verfünffacht hat. Insbesondere durch den expliziten Einbezug von Koffein als Stimulanz in der Bezeichnung der Diagnose erscheint das Ergebnis inhaltlich zunächst kaum interpretierbar. Allerdings stieg zwischen den Jahren 2005 und 2016 auch der Anteil der unter einer entsprechenden Hauptdiagnose im Krankenhaus behandelten jungen Erwachsenen von fünf auf 35 Betroffene je 100.000, was – wenn auch noch auf sehr niedrigem Niveau – für einen massiven realen Anstieg der Problematik hinsichtlich eines Missbrauchs von Stimulanzien spricht (vergleiche Tabelle A 10 im Anhang).

Affektive Störungen (F30 - F39)

etwa 567.000 junge
Erwachsene mit affektiven
Störungen

Diagnosen aus der Gruppe der affektiven Störungen wurden bei rund acht Prozent der jungen Erwachsenen dokumentiert. Gemessen an ihrer Häufigkeit bilden affektive Störungen die zweitrelevanteste Diagnosegruppe aus dem ICD10-Kapitel der psychischen Störungen. Affektive Störungen sind im ICD10 einleitend wie folgt beschrieben: „Diese Gruppe enthält Störungen deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität entweder zur Depression - mit oder ohne begleitende(r) Angst - oder zur gehobenen Stimmung bestehen. Dieser Stimmungswechsel wird meist von einer Veränderung des allgemeinen Aktivitätsniveaus begleitet. Die meisten anderen Symptome beruhen hierauf oder sind im Zusammenhang mit dem Stimmungs- und Aktivitätswechsel leicht zu verstehen. Die meisten dieser Störungen neigen zu Rückfällen. Der Beginn der einzelnen Episoden ist oft mit belastenden Ereignissen oder Situationen in Zusammenhang zu bringen.“

Allgemein und auch bei jungen Erwachsenen resultiert die Bedeutung dieser Diagnosegruppe vorrangig aus Depressionen. So betraf allein die dreistellige Diagnose „Depressive Episode“ (F32) gut sechs Prozent der jungen Erwachsenen. Eine „Rezidivierende

depressive Störung“ (F33), also bereits wiederholt aufgetretene Depressionen, wurden bei zwei Prozent der jungen Erwachsenen dokumentiert.

Als „Anhaltende affektive Störungen“ (F34) werden fast ausschließlich Dysthymien (F34.1) erfasst, von denen noch 0,7 Prozent der jungen Erwachsenen betroffen waren (Ergebnis zum vierstelligen Diagnoseschlüssel „Dysthymia“ ist nicht in der Tabelle enthalten) und bei denen es sich gemäß Abgrenzung in der ICD10-Klassifikation um über Jahre andauernde depressive Verstimmungen handelt, die jedoch die Kriterien einer leichten rezidivierenden depressiven Störung noch nicht erfüllen. Weitere Informationen zu Depressionen bei jungen Erwachsenen finden sich im Kapitel 3.6 „Fokus Depressionen“.

Affektive Störungen
zumeist Depressionen

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40 - F48)

Die Diagnosegruppe mit den Schlüsseln F40 - F48 umfasst ein heterogeneres Spektrum an psychischen Störungen als die vorausgehend erläuterte Diagnosegruppe. Von mindestens einer Diagnose aus dieser Gruppe waren gut 16 Prozent der jungen Erwachsenen innerhalb des Jahres 2016 betroffen, so viele wie aus keiner anderen Diagnosegruppe der psychischen Störungen.

Am häufigsten werden bei jungen Erwachsenen „Somatoforme Störungen“ (F45) dokumentiert. Innerhalb des Jahres 2016 wurde eine entsprechende Diagnose bei gut sieben Prozent der jungen Erwachsenen mindestens einmal dokumentiert. In der ICD10 ist diese Diagnose wie folgt abgegrenzt: „Das Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten.“

etwa 521.000 junge
Erwachsene mit
somatoformen Störungen

Mit einer Betroffenenrate von rund sieben Prozent ebenso häufig werden „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) dokumentiert. Als vierstellige Subdiagnosen sind dabei insbesondere „Akute Belastungsreaktion“ (F43.0 mit rund

zwei Prozent Betroffenen) und „Anpassungsstörungen“ (F43.2 mit etwas mehr als drei Prozent Betroffenen) relevant. Die Diagnose F43.0 wird in der ICD10 als „Eine vorübergehende Störung, die sich bei einem psychisch nicht manifest gestörten Menschen als Reaktion auf eine außergewöhnliche physische oder psychische Belastung entwickelt, und die im Allgemeinen innerhalb von Stunden oder Tagen abklingt.“ beschrieben.

etwa 485.000 junge
Erwachsene mit
„Reaktionen auf schwere
Belastungen“

Anpassungsstörungen (F43.2) werden wie folgt beschrieben: „Hierbei handelt es sich um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. [...] Die Anzeichen sind unterschiedlich und umfassen depressive Stimmung, Angst oder Sorge (oder eine Mischung von diesen). Außerdem kann ein Gefühl bestehen, mit den alltäglichen Gegebenheiten nicht zurechtzukommen, diese nicht vorausplanen oder fortsetzen zu können. Störungen des Sozialverhaltens können insbesondere bei Jugendlichen ein zusätzliches Symptom sein.“

Von „Phobischen Störungen“ (F40) und von „Anderen Angststörungen“ (F41) waren 1,5 beziehungsweise rund vier Prozent der jungen Erwachsenen betroffen.

„Zwangsstörungen“ (F42) werden bei rund 0,5 Prozent der jungen Erwachsenen diagnostiziert, „Dissoziative Störungen“ (F44) bei lediglich 0,2 Prozent und „Andere neurotische Störungen“ (F48) schließlich bei etwas mehr als zwei Prozent. Als andere neurotische Störung wird dabei überwiegend eine „Neurasthenie“ (F48.0) dokumentiert. Die zwei Hauptformen dieser Störung werden in der ICD10 wie folgt charakterisiert: „Bei einer Form ist das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit nach geistigen Anstrengungen [...]. [...] Bei der anderen Form liegt das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären und anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen.“

Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50 - F59)

Aus dieser Gruppe werden bei jungen Erwachsenen vorrangig „Essstörungen“ (F50; Diagnoserate ein Prozent), „Nichtorganische Schlafstörungen“ (F51; 0,5 Prozent) und „Sexuelle Funktionsstörungen“ (F52; 0,6 Prozent) dokumentiert. Von Essstörungen sind mit einer Diagnoserate von rund zwei Prozent vor allem Frauen betroffen, darunter rund 0,6 Prozent von einer Anorexia nervosa (F50.0; umgangssprachlich Magersucht) und etwas mehr als 0,4 Prozent von einer Bulimia nervosa (F40.2; umgangssprachlich Ess-Brechsucht; Ergebnisse zu vierstelligen Diagnosen sind in der Tabelle nicht dargestellt).

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60 - F69)

Aus dieser Gruppe werden „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“ (F60) am häufigsten dokumentiert, von denen im Jahr 2016 knapp 1,5 Prozent der jungen Erwachsenen betroffen waren. Als Subdiagnose wird dabei mit einer Diagnoserate von rund 0,9 Prozent sehr oft eine „Emotional instabile Persönlichkeitsstörung“ (F60.3; Zitat:) „mit deutlicher Tendenz, Impulse ohne Berücksichtigung von Konsequenzen auszuagieren, verbunden mit unvorhersehbarer und launenhafter Stimmung.“ erfasst (Ergebnis ist nicht in der Tabelle dargestellt).

Entwicklungsstörungen (F80 - F89)

In dieser Gruppe werden gemäß den Erläuterungen zur ICD10 solche Störungen zusammengefasst, die ausnahmslos im Kleinkindalter oder in der Kindheit beginnen und mit einer Entwicklungseinschränkung oder -verzögerung von Funktionen verknüpft sind und dabei einen stetigen Verlauf ohne Remissionen und Rezidive zeigen. Viele dieser Störungen werden vorrangig bei Kindern dokumentiert. Im jungen Erwachsenenalter von 18 bis 25 Jahren waren im Jahr 2016 – nach einer erheblichen Steigerung der Dokumentationsrate seit dem Jahr 2005 um den Faktor 3,3 – noch 1,8 Prozent betroffen.

Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90 - F98)

ADHS-Diagnosen bei
jungen Erwachsenen 2016
mehr als sechsmal
häufiger als 2005

Auch Störungen aus dieser Diagnosegruppe beginnen – wie bereits in ihrer Bezeichnung hervorgehoben – typischerweise in der Kindheit. Entsprechende Diagnosen wurden im Jahr 2016 nach einer erheblichen Steigerung seit dem Jahr 2005 um den Faktor 3,66 bei rund drei Prozent der jungen Erwachsenen dokumentiert. Bei knapp zwei Dritteln der Betroffenen beziehungsweise zwei Prozent aller jungen Erwachsenen wurden im Jahr 2016 dabei „Hyperkinetische Störungen“ (F90) erfasst, deren Dokumentationsrate sich damit seit dem Jahr 2005 mehr als versechsfacht hat. Mit der Diagnose hyperkinetischer Störungen in der ICD10 werden Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) dokumentiert, die am häufigsten bei Kindern und insbesondere bei Jungen im Alter von etwa zehn Jahren dokumentiert werden. Die jetzt beobachtete Dokumentationszunahme von ADHS im jungen Erwachsenenalter dürfte aus einer erst in den vergangenen Jahren zunehmend verbreiteten Auffassung resultieren, nach der ADHS bei merklichen Teilen der Betroffenen auch bis in das Erwachsenenalter fortbesteht, wobei zudem erst seit Mitte des Jahres 2011 eine medikamentöse Behandlung von Erwachsenen mit der für die ADHS-Behandlung maßgeblichen Arzneimittelsubstanz Methylphenidat zulässig ist. Da umfangreiche Auswertungen zu ADHS bereits im Arztreport des Jahres 2013 und in einem kürzeren Abschnitt auch im Arztreport des Jahres 2016 dargestellt und einige Ergebnisse auch an anderer Stelle veröffentlicht wurden, soll das Thema hier nicht weiter vertieft werden.

Resümee

Nach den Ergebnissen der bundesweiten Auswertungen wurden im Jahr 2016 bei Menschen im jungen Erwachsenenalter von Diagnosen aus dem Kapitel psychischer Störungen mit Abstand am häufigsten die Diagnosen aus der Gruppe „Affektive Störungen“ (F30 - F39) und aus der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40 - F48) dokumentiert. Bei den Diagnosen aus der Gruppe der affektiven Störungen handelt es sich vor allem um Diagnosen von Depressionen, wobei vorrangig die ICD10-Diagnoseschlüssel F32 „Depressive Episode“ und F33 „Rezidivierende depressive Störungen“, Letztere im Sinne von bereits zum wiederholten Mal aufgetretenen depressiven Episoden, dokumentiert werden. Aus der zweitgenannten

heterogeneren Gruppe mit den dreistelligen Schlüsselnummern F40 bis F48 werden bei jungen Erwachsenen am häufigsten „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) und „Somatoforme Störungen“ (F45) dokumentiert. Die Diagnose F43 kann dabei häufig auch mit depressiven Symptomen einhergehen. Im Gegensatz zu den Depressionsdiagnosen F32 und F33 wird bei der Diagnose F43 allerdings ein krisenhaftes Ereignis oder eine krisenhafte Situation vorausgesetzt, das oder die ursächlich für das Auftreten der Störung verantwortlich gemacht werden kann. Insgesamt waren im Jahr 2016 nach Hochrechnungen der vorliegenden Ergebnisse in Deutschland 1.894.341 der jungen Erwachsenen von Diagnosen psychischer Störungen betroffen, was einem Anteil von rund 26 Prozent der gesamten Altersgruppe entspricht. Der Anteil der Betroffenen ist damit seit dem Jahr 2005 – bereinigt um demografische Effekte – um 38 Prozent gestiegen.

Regionale Unterschiede

Aufgrund der im Vergleich zu epidemiologischen Studien typischerweise ausgesprochen großen Zahl an betrachteten Menschen bilden die Daten bei Krankenkassen wie der BARMER grundsätzlich eine gute Basis für regionale Auswertungen. Durch die sehr großen Untersuchungspopulationen können rein zufällige Schwankungen von Ergebnissen minimiert werden, eine statistische Absicherung von beobachteten Unterschieden bereitet insofern eher selten Probleme. Die inhaltliche Interpretation von Ergebnissen ist dennoch oftmals nicht einfach. Maßgebliche Einschränkungen bei der Interpretation von Ergebnissen ergeben sich insbesondere daraus, dass bei vielen Diagnosen nicht von einer bundesweit einheitlichen und standardisierten Dokumentation durch alle beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten ausgegangen werden kann. Bei regional ermittelten Ergebnissen müssen insofern unter anderem immer auch Einflüsse von möglicherweise regional unterschiedlichen Kodierungsgewohnheiten bei der Erfassung und Dokumentation von Diagnosen bedacht und diskutiert werden.

Betroffenenzahlen und -raten zu ausgewählten Diagnosen in Bundesländern

Vor dem Hintergrund der nach Wohnregionen durchgeführten Standardisierung wurden Raten zu allen bundesweit betrachteten Diagnosen psychischer Störungen im

Rahmen der Auswertungen zum Arztreport auch auf der Ebene der Bundesländer ermittelt. Nachfolgend werden Ergebnisse zu ausgewählten Diagnosen dargestellt. Dabei werden zunächst die Betroffenenraten in den Bundesländern gegenübergestellt, wobei diese Ergebnisse einheitlich geschlechts- und altersstandardisiert wurden – gegebenenfalls feststellbare Unterschiede sind nach einer entsprechenden Standardisierung nicht mehr auf eine unterschiedliche Bevölkerungsstruktur in den Bundesländern zurückzuführen. Zudem werden ergänzend auch Hochrechnungen zu den absoluten Betroffenenzahlen bei jungen Erwachsenen in den einzelnen Bundesländern präsentiert.

Die Tabelle 3.3 zeigt die Betroffenenraten zu unterschiedlichen Diagnosen und Diagnosegruppen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen. Der Anteil junger Erwachsener mit der Dokumentation mindestens einer gesicherten Diagnose aus dem ICD10-Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“ (Kennzeichnung in der Tabelle: F [Kapitel V]) variierte im Jahr 2016 in den einzelnen Bundesländern nur moderat zwischen etwas mehr als 24 Prozent in Nordrhein-Westfalen und etwas mehr als 30 Prozent in Berlin.

Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10) sowie durch Cannabinoide (F12) betreffen bundesweit 0,9 Prozent beziehungsweise 0,7 Prozent der jungen Erwachsenen. In einigen Regionen sind deutlich mehr als ein Prozent der jungen Erwachsenen betroffen. Dies gilt beispielsweise für Schleswig-Holstein und Hamburg. Aufgrund der geringen Bevölkerungszahl und des zudem vergleichsweise geringen Versichertenanteils der BARMER sollten die Ergebnisse zu entsprechend selten dokumentierten Diagnosen, speziell zu Bremen, nur zurückhaltend interpretiert werden.

Affektive Störungen (in der Tabelle mit F3 gekennzeichnet) betreffen bundesweit rund acht Prozent der jungen Erwachsenen. In den drei Stadtstaaten liegen die Betroffenenanteile oberhalb von neun Prozent, in den neuen Bundesländern zum Teil unterhalb von sieben Prozent. Als affektive Störungen werden vorrangig Depressionen dokumentiert, auf die im Kapitel 3.6 „Fokus Depressionen“ noch näher eingegangen wird.

Phobische Störungen (F40) und andere Angststörungen (F41) werden bundesweit bei rund 1,5 beziehungsweise 3,7 Prozent der jungen Erwachsenen dokumentiert. Auch hier zeigen sich vergleichsweise hohe Diagnoseraten in den Stadtstaaten. Zwangsstörungen (F42) werden bei einer bundesweiten Diagnoserate von 0,5 Prozent auch in den einzelnen Bundesländern deutlich seltener dokumentiert.

Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43) werden – bei einer bundesweiten Rate von rund sieben Prozent – in Bremen, Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern bei mehr als acht Prozent der jungen Erwachsenen dokumentiert. Betroffenenraten oberhalb von acht Prozent werden in Niedersachsen, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen auch im Hinblick auf somatoforme Störungen (F45) erreicht.

Die Diagnose von Essstörungen (F50) betraf im Jahr 2016 nach den vorliegenden Auswertungen bundesweit ein Prozent der jungen Erwachsenen. Überdurchschnittliche Raten zeigen sich auch hier in den drei Stadtstaaten und in Schleswig-Holstein.

Tabelle 3.3: Anteil junge Erwachsene mit Diagnosen psychischer Störungen in Bundesländern 2016

BL	Bundesland	Anteil Betroffener mit genannten Diagnosen im Jahr 2016 in Regionen Deutschlands in Prozent									
		F (Kap. V)	F10	F12	F3	F40	F41	F42	F43	F45	F50
01	Schleswig-Holstein	27,58	1,12	1,05	8,83	1,94	4,00	0,47	7,46	5,99	1,25
02	Hamburg	28,99	1,11	1,26	9,77	1,90	4,27	0,59	7,40	7,69	1,42
03	Niedersachsen	27,54	0,89	0,68	7,98	1,56	3,85	0,53	6,89	8,20	1,03
04	Bremen	30,12	1,60	0,88	9,74	2,19	4,74	0,47	9,43	7,49	1,25
05	Nordrhein-Westfalen	24,16	0,81	0,80	7,46	1,50	3,45	0,48	6,18	6,07	0,95
06	Hessen	24,74	0,79	0,71	8,08	1,50	3,40	0,44	5,92	6,18	0,99
07	Rheinland-Pfalz	24,46	0,90	0,60	7,05	1,30	3,51	0,50	6,48	6,10	0,91
08	Baden-Württemberg	25,92	0,76	0,61	8,14	1,35	3,69	0,43	5,94	7,68	1,02
09	Bayern	24,56	0,97	0,53	7,11	1,36	3,41	0,50	6,22	7,06	0,99
10	Saarland	26,22	0,96	0,97	7,03	1,36	3,99	0,44	7,00	7,58	0,82
11	Berlin	30,23	0,95	1,08	9,53	1,72	4,75	0,60	8,51	8,90	1,23
12	Brandenburg	27,99	0,84	0,89	6,72	1,28	3,71	0,34	8,28	8,02	0,86
13	Mecklenburg-Vorpommern	29,52	0,96	0,75	7,08	1,64	4,06	0,36	8,57	8,55	0,66
14	Sachsen	26,72	0,87	0,55	6,64	1,87	4,06	0,60	7,57	8,63	0,93
15	Sachsen-Anhalt	27,63	1,15	0,93	7,46	1,08	4,17	0,39	7,42	7,69	0,59
16	Thüringen	27,16	0,85	0,71	7,00	1,58	3,76	0,48	7,49	7,47	0,85
	bundesweit	25,82	0,89	0,73	7,72	1,49	3,68	0,48	6,60	7,10	0,99

Quelle: Daten der BARMER zu n = 680.706 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen 2016 im Alter von 18 bis 25 Jahren, Anteil der Betroffenen in Regionen Deutschlands mit mindestens einer entsprechenden Diagnose im Jahr 2016 nach einheitlicher Geschlechts- und Altersstandardisierung der Ergebnisse in Bundesländern nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung in Deutschland 2015 in Geschlechts- und Ein-Jahres-Altersgruppen; BL: Bundeslandkennung gemäß Gemeindegchlüssel; für Erläuterungen zu Diagnosekennungen von Spalten vergleiche Tabelle 3.2 und den Text

Tabelle 3.4: Anzahl junge Erwachsene mit Diagnosen psychischer Störungen in Bundesländern 2016

BL	Bundesland	Approximative Anzahl Betroffener mit aufgeführten Diagnosen in Regionen Deutschlands (Hochrechnung)									
		F (Kap. V)	F10	F12	F3	F40	F41	F42	F43	F45	F50
01	Schleswig-Holstein	69.273	2.822	2.643	22.044	4.891	9.990	1.169	18.775	14.995	3.174
02	Hamburg	49.129	1.822	2.027	16.679	3.173	7.282	992	12.572	13.197	2.459
03	Niedersachsen	200.149	6.541	4.958	57.716	11.343	27.723	3.832	49.994	59.189	7.526
04	Bremen	20.321	1.062	588	6.585	1.473	3.209	317	6.333	5.079	852
05	Nordrhein-Westfalen	407.534	13.650	13.531	125.632	25.423	58.038	8.057	104.235	102.303	15.996
06	Hessen	140.287	4.478	4.043	45.750	8.505	19.286	2.467	33.555	35.037	5.618
07	Rheinland-Pfalz	92.324	3.422	2.262	26.541	4.915	13.202	1.866	24.425	22.985	3.454
08	Baden-Württem.	275.241	8.158	6.534	86.227	14.371	39.049	4.583	62.959	81.435	10.827
09	Bayern	298.136	11.796	6.442	86.314	16.578	41.332	6.070	75.547	85.767	11.978
10	Saarland	23.223	859	869	6.215	1.210	3.528	386	6.190	6.686	724
11	Berlin	95.340	2.925	3.287	30.268	5.380	15.205	1.889	27.121	28.458	3.917
12	Brandenburg	40.242	1.237	1.295	9.636	1.827	5.303	491	11.886	11.360	1.203
13	Mecklenburg-Vorp.	30.930	1.007	782	7.509	1.649	4.243	387	8.995	8.997	692

BL	Bundesland	Approximative Anzahl Betroffener mit aufgeführten Diagnosen in Regionen Deutschlands (Hochrechnung)									
		F (Kap. V)	F10	F12	F3	F40	F41	F42	F43	F45	F50
14	Sachsen	73.275	2.393	1.504	18.610	5.134	11.281	1.690	20.722	23.680	2.497
15	Sachsen-Anhalt	40.513	1.722	1.408	11.018	1.587	6.116	553	10.749	11.238	847
16	Thüringen	38.424	1.222	1.036	9.997	2.220	5.374	683	10.502	10.544	1.198
	bundesweit	1.894.341	65.117	53.209	566.742	109.677	270.162	35.430	484.561	520.948	72.961

Quelle: Daten der BARMER zu n = 680.706 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen 2016 im Alter von 18 bis 25 Jahren, Hochrechnung der Anzahl der Betroffenen in Regionen Deutschlands mit mindestens einer entsprechenden Diagnose im Jahr 2016 unter Rückgriff auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung im Jahr 2015 in Deutschland nach Geschlecht, Alter und Wohnort nach Bundesländern; BL: Bundeslandkennung gemäß Gemeindegliederung; für Erläuterungen zu Diagnosekennungen von Spalten vergleiche Tabelle 3.2 und Text

3.4 Psychische Störungen bei Studierenden und Nichtstudierenden

Der vorausgehende Abschnitt befasste sich mit der Häufigkeit von Diagnosen psychischer Störungen in der Gesamtgruppe junger Erwachsener. Ziel des nachfolgenden Abschnitts ist es, Besonderheiten im Hinblick auf das Thema psychische Störungen bei Studierenden herauszuarbeiten. Hierzu sollen die Diagnosehäufigkeiten von Studierenden mit denen von Nichtstudierenden verglichen werden, wobei hier Ergebnisse aus dem Jahr 2015 und zunächst gleichfalls beschränkt auf junge Erwachsene im Alter von 18 bis 25 Jahren mit Versicherung bei der BARMER in allen vier Quartalen des Jahres betrachtet werden.

Zur Abgrenzung von Studierenden und Nichtstudierenden wurde der Studienstatus im Zeitraum des Wintersemesters 2015/2016 beziehungsweise im vierten Quartal des Jahres 2015 überprüft (wie auch zur Darstellung in Abbildung 3.2). Da ein Studium typischerweise in einem bestimmten Alter stattfindet (vergleiche Abbildung 3.1),

unterscheidet sich die Altersstruktur der Studierenden deutlich von derjenigen der Nichtstudierenden. Um die unterschiedliche Geschlechts- und Altersstruktur als Ursache für unterschiedliche Diagnoseraten auszuschließen, wurden für die nachfolgenden Gegenüberstellungen sowohl Ergebnisse zu Nichtstudierenden als auch zu Studierenden entsprechend der in der Tabelle 3.1 dargestellten Geschlechts- und Altersverteilung von Studierenden in Deutschland im Wintersemester 2015/2016 standardisiert – sinngemäß werden damit auch für Nichtstudierende Ergebnisse berichtet, die bei einer Geschlechts- und Alterszusammensetzung dieser Gruppe wie bei der Gruppe der Studierenden zu erwarten wären.

Häufigkeiten von Diagnosen psychischer Störungen bei Studierenden

Die Tabelle 3.5 zeigt zu Studierenden (Stud.) und zu Nichtstudierenden (andere) die Diagnoseraten im Jahr 2015 sowohl unter Berücksichtigung von Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung als auch Diagnoseraten, die sich bei einer Beschränkung auf Hauptentlassungsdiagnosen von vollstationären Behandlungen in Krankenhäusern ergeben. Die letztgenannten Diagnoseraten entsprechen dabei dem Populationsanteil, der innerhalb des Jahres mindestens einmal und vorrangig aufgrund einer entsprechenden Diagnose im Krankenhaus behandelt wurde.

Durch die gewählte Standardisierung lassen sich auch hier absolute Betroffenenzahlen für die 1.747.939 Studierenden im Alter von 18 bis 25 Jahren in Deutschland abschätzen. Hierzu müssen lediglich die nachfolgend je 100.000 Studierenden angegebenen Betroffenenzahlen mit der Anzahl der Studierenden (1.747.939) multipliziert und durch 100.000 dividiert werden. Vereinfacht lässt sich das durch eine Multiplikation der angegebenen Werte mit dem Faktor 17,48 (= $1.747.939/100.000$) durchführen.

Tabelle 3.5: Diagnosen psychischer Störungen bei studierenden und nichtstudierenden jungen Erwachsenen

E*	ICD10	Diagnosebezeichnung	Betroffene mit Diagnose ambulant oder stationär je 100.000 im Jahr 2015			Betroffene mit KH-Hauptdiagnose je 100.000 im Jahr 2015		
			Stud.	andere	Faktor**	Stud.	andere	Faktor**
2	F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	107	375	3,5	2	10	5,7
3	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	37	168	4,5	1	4	3,6
3	F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	43	135	3,1	1	4	7,2
2	F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.623	5.515	3,4	193	540	2,8
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	411	951	2,3	146	296	2,0
3	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	178	796	4,5	15	106	7,0
3	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	42	291	6,9	5	51	10,6
3	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	991	3.861	3,9	0	0	-
3	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	127	715	5,6	19	93	5,0
2	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	210	602	2,9	50	119	2,4
3	F20	Schizophrenie	82	309	3,8	23	83	3,6
3	F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	65	114	1,8	21	23	1,1
3	F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	40	152	3,8	2	1	0,4
2	F3	Affektive Störungen	4.995	8.372	1,7	176	437	2,5
3	F31	Bipolare affektive Störung	77	145	1,9	11	13	1,3

E*	ICD10	Diagnosebezeichnung	Betroffene mit Diagnose ambulant oder stationär je 100.000 im Jahr 2015			Betroffene mit KH-Hauptdiagnose je 100.000 im Jahr 2015		
			Stud.	andere	Faktor**	Stud.	andere	Faktor**
3	F32	Depressive Episode	4.132	7.097	1,7	102	251	2,5
3	F33	Rezidivierende depressive Störung	1.241	2.037	1,6	66	183	2,8
3	F34	Anhaltende affektive Störungen	587	761	1,3	1	2	1,3
2	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	11.576	17.870	1,5	107	310	2,9
3	F40	Phobische Störungen	1.263	1.483	1,2	12	21	1,7
3	F41	Andere Angststörungen	2.788	3.938	1,4	15	45	3,1
3	F42	Zwangsstörung	444	444	1,0	11	13	1,2
3	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	3.909	7.416	1,9	48	165	3,5
3	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	127	203	1,6	7	23	3,5
3	F45	Somatoforme Störungen	5.087	7.925	1,6	16	47	2,9
3	F48	Andere neurotische Störungen	1.391	2.594	1,9	1	1	2,2
2	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	2.042	2.467	1,2	43	48	1,1
3	F50	Essstörungen	887	983	1,1	38	42	1,1
3	F51	Nichtorganische Schlafstörungen	329	523	1,6	5	4	0,9
3	F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	655	651	1,0	0	0	-
3	F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	188	283	1,5	0	0	-
2	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	1.241	2.686	2,2	43	184	4,3
3	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	662	1.701	2,6	32	151	4,7

E*	ICD10	Diagnosebezeichnung	Betroffene mit Diagnose ambulant oder stationär je 100.000 im Jahr 2015			Betroffene mit KH-Hauptdiagnose je 100.000 im Jahr 2015		
			Stud.	andere	Faktor**	Stud.	andere	Faktor**
3	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	77	195	2,5	7	19	2,6
3	F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	64	227	3,5	1	6	11,1
3	F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	262	241	0,9	0	0	-
3	F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	92	192	2,1	0	0	-
3	F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	68	265	3,9	0	0	-
2	F7	Intelligenzstörung	11	923	82,9	0	17	-
3	F70	Leichte Intelligenzminderung	4	318	81,9	0	11	-
3	F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	1	180	292,6	0	4	-
3	F72	Schwere Intelligenzminderung	1	110	108,7	0	1	-
3	F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	2	559	236,5	0	2	-
2	F8	Entwicklungsstörungen	420	1.786	4,3	0	6	-
3	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	161	499	3,1	0	0	-
3	F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	91	532	5,9	0	0	-
3	F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	51	235	4,6	0	0	-
3	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	16	207	13,0	0	0	-
3	F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	75	401	5,4	0	6	-
3	F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	40	307	7,7	0	0	-
2	F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.103	3.054	2,8	2	21	8,9

E*	ICD10	Diagnosebezeichnung	Betroffene mit Diagnose ambulant oder stationär je 100.000 im Jahr 2015			Betroffene mit KH-Hauptdiagnose je 100.000 im Jahr 2015		
			Stud.	andere	Faktor**	Stud.	andere	Faktor**
3	F90	Hyperkinetische Störungen	634	1.917	3,0	1	7	11,9
3	F91	Störungen des Sozialverhaltens	58	301	5,1	0	2	-
3	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	37	171	4,6	0	6	-
3	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	101	246	2,4	0	2	-
3	F95	Ticstörungen	86	152	1,8	1	1	2,4
3	F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	295	685	2,3	1	2	2,1
3	F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe	203	421	2,1	0	0	-
1	F	Psychische und Verhaltensstörungen	17.015	28.180	1,7	579	1.524	2,6

Quelle: Daten der BARMER zu n = 710.308 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren, darunter n = 159.402 Studierende (Stud.; Status im vierten Quartal 2015), Standardisierung gemäß Studierender im Wintersemester 2015/2016 in Deutschland nach Angaben des Statistischen Bundesamtes; Anzahl der Betroffenen je 100.000 Versicherte mit mindestens einer entsprechenden Diagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus aus dem Jahr 2015 beziehungsweise Betroffene mit Hauptdiagnosen bei vollstationären Krankenhausbehandlungen (KH); * E: Ebene der ICD-Klassifikation (1 = Kapitel, 2 = Diagnosegruppen, 3 = dreistellige ICD10-Diagnose); ** Faktor: Verhältnis von Diagnoseraten bei Nichtstudierenden (andere) gegenüber Raten bei Studierenden (Stud.)

Nach den vorliegenden Ergebnissen wird keine anteilig relevante Diagnose psychischer Störungen bei Studierenden bedeutsam häufiger als bei Nichtstudierenden mit vergleichbarer Geschlechts- und Alterszusammensetzung dokumentiert (vergleiche die ersten drei Ergebnisspalten der Tabelle 3.5). Ähnlich häufig werden bei Studierenden und altersentsprechenden Nichtstudierenden Zwangsstörungen (F42), Essstörungen

Studierende seltener von psychischen Störungen betroffen als Nichtstudierende

(F50), sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit (F52) sowie psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung (F66) erfasst. Alle weiteren anteilig relevanten Diagnosen werden häufiger bei Nichtstudierenden als bei Studierenden dokumentiert. Extreme Unterschiede bestehen erwartungsgemäß im Hinblick auf die Dokumentation von Intelligenzstörungen. Das Ausmaß der dokumentierten relativen Unterschiede ist eher aus methodischer Sicht von Interesse und deutet dabei auf eine relativ hohe Konsistenz hinsichtlich der Abgrenzung von Studierenden und bei der Dokumentation von Intelligenzstörungen hin – bei einer stark fehlerhaften Zuordnung dieser Merkmale wären derart große relative Unterschiede nicht zu erwarten.

Die Unterschiede zwischen den Diagnoseraten bei Studierenden und Nichtstudierenden könnten durch Verpflichtungen zu ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeitsmeldungen bei berufstätigen und in Ausbildung befindlichen jungen Erwachsenen mitbeeinflusst sein. Durch entsprechende Verpflichtungen dürfte es bei Berufstätigen in Situationen zu ambulanten Arztkontakten und damit potenziell auch zur Dokumentation von psychischen Diagnosen kommen, in denen ein Studierender nur selten einen Arzt aufsucht. Der Nachweis gleichfalls erheblich unterschiedlicher Behandlungsraten in Krankenhäusern mit Hauptdiagnosen psychischer Störungen bei Studierenden und Nichtstudierenden spricht jedoch dafür, dass die Unterschiede zwischen beiden Gruppen auch unabhängig von denkbaren Effekten einer Verpflichtung zur ärztlichen Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit bei berufstätigen jungen Erwachsenen bestehen (vergleiche die rechten drei Ergebnisspalten in Tabelle 3.5).

Trotz der im Vergleich zu Nichtstudierenden durchschnittlich geringeren Diagnoseraten zeigen die vorliegenden Ergebnisse nichtsdestotrotz auch bei Studierenden eine beträchtliche Anzahl von Diagnosen psychischer Erkrankungen. Insgesamt waren nach aktuellen Daten 17 Prozent der Studierenden von mindestens einer Diagnose psychischer Störungen betroffen. Am häufigsten waren Studierende mit rund zwölf Prozent von Diagnosen aus der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ betroffen, gefolgt von „Affektiven Störungen“ mit fünf Prozent. Die häufigsten Einzeldiagnosen waren somatoforme Störungen (F45; 5,1 Prozent), gefolgt von

depressiven Episoden (F32; 4,1 Prozent) und Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43; 3,9 Prozent), die – wie zuvor erläutert – häufig mit depressiven Symptomen einhergehen. Eine Auswertung der Entwicklung der Diagnosen über die Zeit ist auf Basis des aktuellen Datensatzes nicht möglich.

3.5 Psychische Störungen, Eltern und Studium

Vor dem Hintergrund der merklich geringeren Häufigkeiten vieler Diagnosen psychischer Störungen bei Studierenden im Vergleich zu Nichtstudierenden lässt sich vermuten, dass zumindest Teile der hier bei jungen Erwachsenen aufgezeigten Unterschiede bereits in einem jüngeren Alter und damit gegebenenfalls vor Studienbeginn bestanden. Psychische Störungen in der Jugend könnten bei Gültigkeit dieser Vermutung die Chancen für die nachfolgende Aufnahme eines Studiums reduziert und so zu den beobachteten Unterschieden zwischen Studierenden und Nichtstudierenden im jungen Erwachsenenalter beigetragen haben.

Diagnosen im Alter von 15, 17 und 19 Jahren

Erste Hinweise auf eine Gültigkeit dieser Vermutung liefern die nachfolgenden Tabellen 3.6 und 3.7. Für die Auswertungen wurden ausschließlich Versicherte des Geburtsjahrgangs 1996 selektiert, die innerhalb der Jahre 2013 bis 2016 in allen Quartalen bei der BARMER versichert waren, womit von vollständigen Daten zwischen dem 17. und 20. Geburtstag (beziehungsweise weniger präzise formuliert im Alter von 17 bis 20 Jahren) ausgegangen werden konnte.³ Basierend auf den jetzt zum Arztreport verfügbaren Daten zum Studierendenstatus der Jahre 2014 bis 2016 konnten in der Population $n = 18.068$ Personen mit einer erstmaligen Studienaufnahme im Zeitraum zwischen dem 1. August 2014 und dem 31. Dezember 2016 identifiziert werden, für $n = 51.730$ Personen fanden sich in diesen Daten keinerlei Hinweise auf eine Studienaufnahme bis

³ Methodische Anmerkungen: Aus Datenschutzgründen stehen für die Auswertungen zum Arztreport regulär nur Angaben zum Geburtsjahr und nicht zum Geburtstag der Versicherten zur Verfügung. Die auf dieser Basis berechneten Altersangaben für ein bestimmtes Beobachtungsjahr wurden als $\text{Alter} = (\text{Beobachtungsjahr} - \text{Geburtsjahr})$ berechnet und geben strenggenommen nur am 31. Dezember des jeweiligen Beobachtungsjahres für alle Personen das korrekte Alter wieder. So werden beispielsweise als 17-Jährige genauer formuliert exakt diejenigen Versicherten beschrieben, die innerhalb des Beobachtungsjahres ihren 17. Geburtstag haben. Die am Anfang des Beobachtungsjahres Geborenen dürften sich innerhalb des Jahres typischerweise in der 11. und 12. Klassenstufe befunden haben, Ende des Jahres Geborene in der 10. und 11. Klassenstufe.

Ende des Jahres 2016. Insgesamt werden also $n = 69.798$ Personen mit oder ohne Studienaufnahme bis zum Alter von 20 Jahren betrachtet. Personen ohne vollständig dokumentierte Versicherungszeiten oder mit einer Studienaufnahme vor August 2014 blieben grundsätzlich unberücksichtigt. Bei im Verlauf der Analysen ergänzten Auswertungen zum Jahr 2011 wurde eine nachweisliche Versicherung auch im Jahr 2011 vorausgesetzt, womit sich die zu diesem Jahr betrachtete Population von $n = 69.798$ auf $n = 65.339$ Personen reduzierte, darunter $n = 17.468$ Personen mit einer nachfolgenden Studienaufnahme in den Jahren 2014 bis 2016.

Die ersten drei Ergebnisspalten der Tabellen 3.6 und 3.7 zeigen Diagnoseraten bei im Jahr 1996 geborenen Personen mit einer (unter Umständen späteren) Studienaufnahme für die Jahre 2011, 2013 und 2015, also bei den gegebenenfalls später Studierenden im Alter von 15, 17 und 19 Jahren. In drei weiteren Ergebnisspalten werden Faktoren angegeben, um welche sich die Diagnoseraten bei Personen ohne Hinweis auf die Aufnahme eines Studiums bis zum Alter von 20 Jahren von den dargestellten Raten bei Personen mit einer Studienaufnahme unterscheiden. Vorrangig aus pragmatischen Gründen wurden hier ausschließlich die Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung berücksichtigt und diese nur dann, wenn sie als gesichert gekennzeichnet waren.

Die Tabelle 3.6 zeigt zunächst die Betroffenenraten bei nachfolgend Studierenden zu den Diagnosen auf der übergeordneten Ebene von Kapiteln der ICD10-Klassifikation. In den einzelnen Jahren beziehungsweise Lebensabschnitten zeigen sich zum Teil unterschiedliche Diagnoseraten.

Tabelle 3.6: Geburtsjahrgang 1996 – Diagnosen nach ICD10-Kapiteln 2011, 2013 und 2015 bei Personen mit Erstaufnahme eines Studiums im Zeitraum von August 2014 bis 2016

E*	ICD10-Kapitel	Diagnosebezeichnung	Diagnoseraten bei (nachfolgend) Studierenden in Prozent			Faktor zu Raten bei Nichtstudierenden**		
			2011 (15.J.)	2013 (17.J.)	2015 (19.J.)	2011 (15.J.)	2013 (17.J.)	2015 (19.J.)
1	01	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	22,1	24,5	23,2	1,2	1,4	1,7
1	02	Neubildungen	9,7	9,4	8,8	0,8	0,9	0,9
1	03	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	2,8	3,5	3,6	1,1	1,1	1,2
1	04	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	9,6	11,5	12,3	1,3	1,3	1,3
1	05	Psychische und Verhaltensstörungen	10,9	13,9	15,0	1,9	1,8	1,9
1	06	Krankheiten des Nervensystems	4,7	6,5	7,7	1,5	1,6	1,9
1	07	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	27,5	26,8	16,6	0,9	0,9	1,0
1	08	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	10,4	10,9	9,9	1,1	1,1	1,2
1	09	Krankheiten des Kreislaufsystems	5,8	7,4	7,0	1,2	1,3	1,6
1	10	Krankheiten des Atmungssystems	44,3	50,4	45,9	1,2	1,2	1,4
1	11	Krankheiten des Verdauungssystems	9,1	12,7	13,8	1,4	1,6	1,9
1	12	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	29,7	32,0	27,9	1,0	1,0	1,1
1	13	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	27,9	29,4	26,9	1,1	1,2	1,4
1	14	Krankheiten des Urogenitalsystems	15,0	29,2	36,4	1,4	1,2	1,1
1	15	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,1	0,2	0,2	2,8	4,5	6,9
1	17	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	12,2	10,8	8,4	1,0	1,1	1,2
1	18	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	28,4	33,0	30,9	1,2	1,3	1,5
1	19	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	27,0	27,3	24,3	1,2	1,2	1,4
1	21	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	41,9	50,0	49,8	1,0	1,1	1,0

Quelle: Daten der BARMER zu n = 69.798 (2011: n = 65.339) Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen Quartalen der Jahre 2013 bis 2016, darunter n = 18.068 Personen mit Studienaufnahme im Zeitraum von August 2014 bis Ende 2016 (2011: n = 17.468); geschlechtsübergreifende Werte unter Berücksichtigung gleicher Anteile von Männern und Frauen; Anteil der Betroffenen in den genannten Kalenderjahren mit mindestens einmaliger gesicherter Diagnose im Rahmen der ambulant-ärztlichen Versorgung in Prozent; * E: Ebene der ICD-Klassifikation (1 = Kapitel); ** Faktor: Verhältnis von Diagnoseraten bei Nichtstudierenden gegenüber Raten bei Studierenden

Diagnosen psychischer
Störungen bei nachfolgend
Studierenden schon im
Alter von 15 Jahren
insgesamt deutlich
seltener

Im Hinblick auf die an dieser Stelle vorrangig betrachteten Diagnosen psychischer Störungen zeigt sich bei den Studierenden eine mit dem Alter stetig zunehmende Diagnoserate. Waren im Alter von 15 Jahren erst rund elf Prozent der nachfolgend Studierenden von mindestens einer Diagnose aus diesem Kapitel betroffen, lag ihr Anteil im Alter von 19 Jahren bereits bei 15 Prozent. Dabei scheinen allerdings die relativen Unterschiede zu Nichtstudierenden in den betrachteten Jahren, also in der Altersspanne von 15 bis 19 Jahren, weitgehend konstant zu bleiben. Die Diagnoseraten bei Nichtstudierenden lagen in den einzelnen Jahren jeweils um den Faktor 1,8 bis 1,9 höher, nämlich bei 21,2 Prozent (2011), 24,9 Prozent (2013) und 27,8 Prozent (2015; die prozentualen Betroffenenraten zu Nichtstudierenden sind nicht in der Tabelle dargestellt). Diese Ergebnisse lassen erwarten, dass das Vorliegen einer psychischen Erkrankung im Jugendalter die Wahrscheinlichkeit einer späteren Studienaufnahme deutlich reduziert.

Noch deutlichere relative Unterschiede bei den Diagnoseraten von Studierenden und Nichtstudierenden zeigen sich mit Faktoren zwischen 2,8 und 6,9 – bei insgesamt vergleichsweise geringen Betroffenenraten – lediglich bei Diagnosen aus dem Kapitel 15 „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“. Offensichtlich und erwartungsgemäß reduziert eine Schwangerschaft in jungen Jahren bis zum Alter von 20 die Wahrscheinlichkeit erheblich, nachfolgend noch ein Studium aufzunehmen.

Die Unterschiede im Hinblick auf die Diagnoseraten zwischen nachfolgend Studierenden und Nichtstudierenden fallen bei allen anderen Diagnosekapiteln und insbesondere im Alter von 15 Jahren mit Faktoren bis maximal 1,5 erheblich moderater aus. Bei entsprechenden Erkrankungen lassen sich zunächst – und zumindest ohne eine weitere Differenzierung der Diagnosen – nur geringere negative Effekte auf die Wahrscheinlichkeit einer späteren Studienaufnahme erwarten.

Auf den ersten Blick überraschend erscheint, dass einige Diagnosen offensichtlich bei Nichtstudierenden seltener dokumentiert werden als bei nachfolgend Studierenden. Bestimmte Diagnosen sind demnach mit einer erhöhten Studienwahrscheinlichkeit assoziiert. Auf der Ebene von Diagnosekapiteln gilt das für die Kapitel zwei „Neubildungen“

und sieben „Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde“. Beim Kapitel „Neubildungen“ resultiert das Ergebnis maßgeblich aus der Diagnose gutartiger Neubildungen und dabei speziell auch aus der Diagnose „Melanozytennävus“ (ICD10: D22; umgangssprachlich etwa: Leberfleck, Muttermal), die im Alter von 15 Jahren bei rund acht Prozent der nachfolgend Studierenden, aber nur bei sechs Prozent der Nichtstudierenden dokumentiert wurde. Beim Kapitel sieben spielt vorrangig die Diagnose „Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler“ (ICD10: H52; umgangssprachlich: Fehlsichtigkeit) eine Rolle, die im Alter von 15 Jahren bei rund 22 Prozent der nachfolgend Studierenden und bei nur etwas mehr als 19 Prozent der Nichtstudierenden dokumentiert wurde. Ein Erklärungsansatz für diese Ergebnisse könnte darin liegen, bei nachfolgend Studierenden und ihren Eltern eine erhöhte Aufmerksamkeit und Sorgfalt im Hinblick auf bestimmte Symptome oder gesundheitliche Fragen zu unterstellen, welche auch ohne eine objektive Symptommhäufung zu mehr dokumentierten Diagnosen bei Studierenden im Vergleich zu Nichtstudierenden führen könnte. Für diesen Erklärungsansatz spricht unter anderem, dass – gemessen an der Dokumentation entsprechender Diagnoseschlüssel – nachfolgend Studierende bereits im Alter von 15 Jahren tendenziell auch von Impfungen etwas häufiger betroffen sind als Nichtstudierende (ICD10: Z23, Z24, Z25, Z26, Z27; vergleiche ICD10-Katalog). Sicher belegen lässt sich die hier geäußerte Vermutung mit den vorliegenden Daten allerdings nicht.

Tabelle 3.7: Geburtsjahrgang 1996 – Diagnosen psychischer Störungen 2011, 2013 und 2015 bei Personen mit Erstaufnahme eines Studiums im Zeitraum von August 2014 bis 2016

E* ICD10 Diagnosebezeichnung	Diagnoseraten bei (nachfolgend) Studierenden in Prozent			Faktor zu Raten bei Nichtstudierenden**		
	2011 (15 J.)	2013 (17 J.)	2015 (19 J.)	2011 (15 J.)	2013 (17 J.)	2015 (19 J.)
2 F1 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	0,1	0,4	0,8	6,0	5,6	5,1
3 F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	0,1	0,2	0,5	7,6	7,3	6,3

E* ICD10	Diagnosebezeichnung	Diagnoseraten bei (nachfolgend) Studierenden in Prozent			Faktor zu Raten bei Nichtstudierenden**		
		2011 (15 J.)	2013 (17 J.)	2015 (19 J.)	2011 (15 J.)	2013 (17 J.)	2015 (19 J.)
2 F3	Affektive Störungen	1,3	2,4	3,4	1,6	1,8	2,1
3 F32	Depressive Episode	1,1	2,1	2,9	1,5	1,8	2,1
3 F33	Rezidivierende depressive Störung	0,1	0,2	0,6	2,7	2,2	2,0
2 F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4,9	8,2	9,8	1,7	1,5	1,7
3 F40	Phobische Störungen	0,5	0,8	1,0	1,4	1,4	1,5
3 F41	Andere Angststörungen	0,9	1,6	2,2	1,7	1,5	1,5
3 F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1,5	2,6	3,1	2,3	1,9	2,2
3 F45	Somatoforme Störungen	2,3	3,8	4,4	1,6	1,5	1,7
3 F48	Andere neurotische Störungen	0,3	0,7	1,0	1,7	1,7	2,0
2 F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	0,9	1,6	1,8	1,3	1,2	1,2
3 F50	Essstörungen	0,6	1,0	0,9	1,2	1,0	1,2
2 F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	0,8	1,0	0,9	2,2	2,2	2,6
3 F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	0,2	0,3	0,4	2,6	2,9	3,3
2 F7	Intelligenzstörung	0,0	0,0	0,0	27,5	21,3	34,1
2 F8	Entwicklungsstörungen	2,0	1,4	0,8	2,9	3,3	3,7
3 F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	0,9	0,6	0,4	2,1	2,4	2,5
3 F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	0,5	0,3	0,1	4,4	5,1	6,6
2 F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4,2	3,2	1,8	2,5	2,6	2,8
3 F90	Hyperkinetische Störungen	1,9	1,4	0,9	3,3	3,5	3,4
3 F91	Störungen des Sozialverhaltens	0,6	0,3	0,1	3,0	3,7	5,5
3 F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	0,2	0,1	0,1	4,4	6,2	3,8

E* ICD10 Diagnosebezeichnung	Diagnoseraten bei (nachfolgend) Studierenden in Prozent			Faktor zu Raten bei Nichtstudierenden**		
	2011 (15 J.)	2013 (17 J.)	2015 (19 J.)	2011 (15 J.)	2013 (17 J.)	2015 (19 J.)
3 F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	1,0	0,8	0,3	2,0	1,8	1,9
3 F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1,2	0,9	0,5	2,4	2,3	2,5

Quelle: Daten der BARMER zu n = 69.798 (2011: n = 65.339) Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen Quartalen der Jahre 2013 bis 2016, darunter n = 18.068 Personen mit Studienaufnahme im Zeitraum von August 2014 bis Ende 2016 (2011: n = 17.468); geschlechtsübergreifende Werte unter Berücksichtigung gleicher Anteile von Männern und Frauen; Anteil der Betroffenen in den genannten Kalenderjahren mit mindestens einmaliger gesicherter Diagnose im Rahmen der ambulant-ärztlichen Versorgung in Prozent; * E: Ebene der ICD-Klassifikation (2 = Diagnosegruppen, 3 = dreistellige ICD10-Diagnose); ** Faktor: Verhältnis von Diagnoseraten bei Nichtstudierenden gegenüber Raten bei Studierenden

Die Tabelle 3.7 zeigt – analog zu den Darstellungen in der Tabelle 3.6 – weiter differenzierte Diagnoseraten psychischer Störungen bei nachfolgend Studierenden im Alter von 15, 17 und 19 Jahren, sofern von den Diagnosen auf einer Ebene von Diagnosegruppen oder dreistelligen Diagnoseschlüsseln in den einzelnen Jahren wenigstens ein Prozent in der Gruppe der Studierenden oder Nichtstudierenden betroffen waren. Weitgehend alle häufiger dokumentierten Diagnosen psychischer Störungen (unter Ausnahme von Essstörungen) werden bei Nichtstudierenden in allen Beobachtungsjahren, also bereits im Alter von 15 Jahren, öfter als bei nachfolgend Studierenden in den jeweiligen Beobachtungsjahren festgestellt. Dies gilt trotz der zum Teil erheblichen und auch gegenläufigen altersabhängigen Veränderungen der Diagnoseraten. Extrem ausgeprägte relative Unterschiede zeigen sich in allen Jahren erwartungsgemäß im Hinblick auf die selten dokumentierten „Intelligenzstörungen“. Erstaunlich erscheinen die großen Unterschiede hinsichtlich der schwer interpretierbaren Diagnose „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“. Auch „Entwicklungsstörungen“ sowie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“, die mit zunehmendem Alter seltener erfasst werden, werden bei Nichtstudierenden zu allen Zeitpunkten zweimal häufiger als bei Studierenden dokumentiert.

Bei den mit zunehmendem Alter häufiger dokumentierten „Affektiven Störungen“ und den „Neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen“ zeigen sich in den unterschiedlichen Beobachtungsjahren Faktoren zwischen 1,5 und 2,1. Viele der Unterschiede zwischen Studierenden und Nichtstudierenden im Hinblick auf Diagnosen psychischer Störungen lassen sich also auch bei einer detaillierteren Betrachtung – wenn auch auf unterschiedlichen Niveaus – bereits in einem Alter nachweisen, in dem die Betroffenen typischerweise die 9. Klassenstufe in der Schule besuchen.

Diagnosen und Elternmerkmale als Prädiktoren einer Studienaufnahme

Zusammenhänge zwischen den Diagnosen psychischer Störungen im Alter von 17 Jahren mit der Wahrscheinlichkeit für die nachfolgende Erstaufnahme eines Studiums bis zum Alter von 20 Jahren wurden für die bereits beschriebene Population der $n = 69.798$ Versicherten des Geburtsjahrgangs 1996 ergänzend auch in logistischen Regressionsmodellen untersucht. Als potenzielle Prädiktoren einer Studienaufnahme wurden dabei das Geschlecht der Versicherten und die Diagnosen psychischer Störungen mit einer Differenzierung auf der Ebene von Diagnosegruppen (vergleiche die vorausgehend dargestellte Tabelle 3.7, Diagnoseeinträge mit Kennzeichnung E = 2) sowie Diagnosen anderweitiger Erkrankungen auf der Ebene von Kapiteln der ICD10-Klassifikation (vergleiche die Tabelle 3.6) berücksichtigt (Modell DIAG).

In zwei weiteren Modellvarianten wurden zudem separat und gemeinsam mit den zuvor beschriebenen Diagnoseinformationen gegebenenfalls verfügbare Informationen zu den Elternteilen der Versicherten berücksichtigt (vergleiche den Abschnitt „Familiäre Beziehungen – Elternteile“ im Kapitel 3.2 Datengrundlagen und Methoden). Berücksichtigt wurden dabei die Hinweise auf eine freiwillige Versicherung mindestens eines der beiden Elternteile und der höchste identifizierbare Ausbildungsabschluss eines der maximal zwei identifizierten Elternteile (hier basierend auf den Tätigkeitsinformationen aus den Jahren 2014 bis 2016) sowie das Alter der wahrscheinlichen Mutter und des wahrscheinlichen Vaters bei der Geburt des Kindes beziehungsweise des betrachteten jungen Erwachsenen. Mindestens ein wahrscheinlicher Elternteil konnte zu etwas mehr als 97 Prozent der hier betrachteten jungen Erwachsenen identifiziert werden. Der Hinweis auf einen Elternteil mit zumindest zwischenzeitlicher freiwilliger

Versicherung, also vermutlich einem Einkommen über der Beitragsbemessungsgrenze, fand sich bei gut 14 Prozent der jungen Erwachsenen. Der berufliche Ausbildungsstatus eines Elternteils konnte bei 79 Prozent der jungen Erwachsenen identifiziert werden. Informationen zum Alter der vermeintlichen Mutter und des vermeintlichen Vaters bei der Geburt ihres Kindes lagen bei 91 beziehungsweise 61 Prozent der jungen Erwachsenen vor.⁴ Den Versicherten aus dem Jahrgang 1996 ließen sich damit mehrheitlich Elternteile zuordnen, bei mehr als der Hälfte sogar der vermeintliche Vater und die vermeintliche Mutter. Zudem konnten aus den aktuell nur zeitlich begrenzt verfügbaren Berufsbiografien für mehr als drei Viertel der jungen Erwachsenen Indikatoren für die soziale Schicht der Elternteile identifiziert werden.

Die insgesamt drei dargestellten Modellrechnungen werden wie folgt bezeichnet:

- Modell 1 (SOZ): Vorhersage einer Studienaufnahme bis zum Alter von 20 Jahren auf Basis des Geschlechts des jungen Erwachsenen und der identifizierten Elternmerkmale
- Modell 2 (DIAG): Vorhersage einer Studienaufnahme bis zum Alter von 20 Jahren auf Basis des Geschlechts des jungen Erwachsenen und von Informationen zu den ambulant dokumentierten Diagnosen im Alter von 17 Jahren vor einer Studienaufnahme
- Modell 3 (SOZ-DIAG): Vorhersage einer Studienaufnahme bis zum Alter von 20 Jahren auf Basis aller zuvor genannten Informationen

Vollständige Angaben zu den Ergebnissen dieser drei Modellrechnungen finden sich in den beiden Tabellen A 11 (mit Angaben zu Modell 1 und 3) und Tabelle A 12 (mit Angaben zu Modell 2 und 3) im Anhang. Die Modelle 1 und 2 ermitteln zunächst separat Einflüsse von Elternmerkmalen (1) und von Vorerkrankungen der jungen Erwachsenen (2) auf die Studienaufnahme. Das Modell 3 berücksichtigt beide Merkmalsgruppen gleichzeitig und bildet damit Einflüsse ab, die statistisch auch unabhängig von den Einflüssen der jeweils anderen Merkmalsgruppe bestehen. Die Gegenüberstellung der

⁴ Der Anteil der identifizierten Mütter liegt merklich über dem der identifizierten Väter, weil Kinder häufiger über Mütter familienversichert werden. Im Falle einer Familienversicherung über den Vater, über die häufiger auch die Mütter familienversichert sind, sind Väter nur vergleichsweise selten über berufstätige Mütter familienversichert.

drei Modelle zeigt, dass die Merkmale einer Gruppe durch die zusätzliche Berücksichtigung der jeweils anderen Merkmalsgruppe kaum beeinflusst werden, weshalb nachfolgend ausschließlich die Ergebnisse des vollständigen Modells 3 dargestellt werden. Damit werden nachfolgend durchgängig Einflüsse beschrieben und diskutiert, die statistisch jeweils unabhängig von allen übrigen berücksichtigten Einflüssen nachweisbar waren.

Die Abbildung 3.3 zeigt Odds-Ratios (ORs) mit 95-Prozent-Konfidenzintervallen (im Folgenden kurz: 95%-KI) zur Abhängigkeit der Wahrscheinlichkeit für die Erstaufnahme eines Studiums junger Erwachsener vom Versicherungsstatus und von unterschiedlichen Ausprägungen des höchsten beruflichen Ausbildungsabschlusses eines der beiden Elternteile. Angegeben werden ORs jeweils bezogen auf eine Referenzkategorie oder -gruppe (vergleiche auch Abschnitt „Exkurs Odds-Ratio“ im Unterkapitel 3.2 „Datengrundlagen und Methoden“).

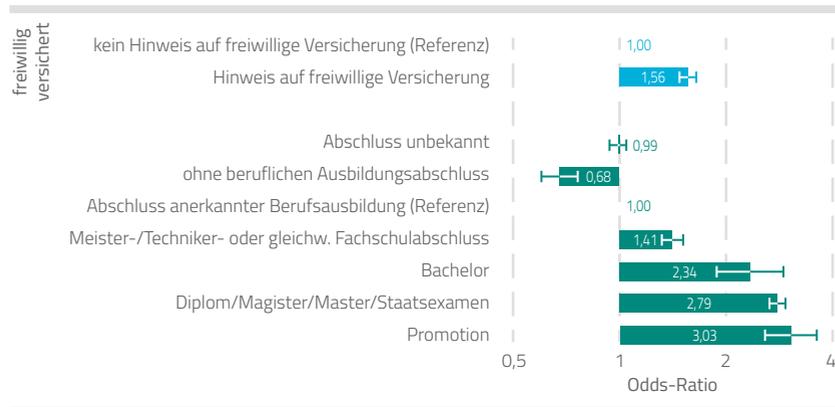
Beruflicher Ausbildungsabschluss der Eltern beeinflusst Studienwahrscheinlichkeit der Kinder erheblich.

Beide Merkmale zeigen einen deutlichen Einfluss auf die Studienwahrscheinlichkeit. Diese ist bei jungen Erwachsenen, die als Kinder von Eltern mit Hinweisen auf eine freiwillige Versicherung kategorisiert wurden, im Vergleich zu jungen Erwachsenen ohne entsprechende Hinweise mit einer OR von 1,56 (95%-KI: 1,46 - 1,64) merklich erhöht. Noch deutlichere Unterschiede zeigen sich in Abhängigkeit vom höchsten elterlichen Ausbildungsabschluss. Für Kinder von Eltern ohne Ausbildungsabschluss war die Studienwahrscheinlichkeit im Vergleich zu Kindern von Eltern mit Abschluss einer anerkannten Berufsausbildung als Referenzgruppe merklich reduziert (OR: 0,68; 95%-KI: 0,60 - 0,71), mit höherem Ausbildungsabschluss der Eltern steigt die Studienwahrscheinlichkeit sehr deutlich. Für Kinder von Eltern mit Promotion liegt die OR bei 3,03 (95%KI: 2,55 - 3,61), was eine mehr als doppelt so hohe Studienwahrscheinlichkeit im Vergleich zu Kindern von Eltern mit beruflichem Ausbildungsabschluss anzeigt.

Im Rahmen der Zuordnung von jungen Erwachsenen zu vermeintlichen Elternteilen wurde bereits zur Plausibilisierung und Abgrenzung von Familienverhältnissen jeweils auch das Alter der zugeordneten vermeintlichen Eltern(-teile) bei der Geburt des Kindes berechnet. Die Abbildung 3.4 zeigt Einflüsse des entsprechenden Alters auf die Wahrscheinlichkeit der Erstaufnahme eines Studiums der Kinder im jungen

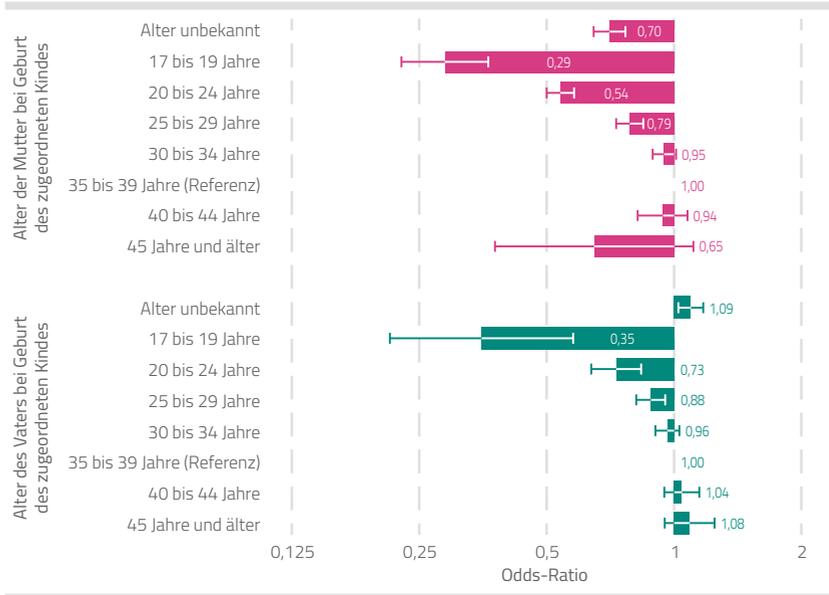
Erwachsenenalter. Als Referenzgruppen wurden Väter und Mütter im Elternschaftsalter von 35 bis 39 Jahren festgelegt. Fehlten Angaben zu einem Elternteil, wurde eine gesonderte Kategorie „Alter unbekannt“ kodiert. Die Ergebnisse erscheinen überraschend konsistent. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit für eine hier betrachtete frühe Studienaufnahme bei Kindern von Eltern mit vergleichsweise früher Elternschaft merklich reduziert, was insbesondere für Kinder der insgesamt eher kleinen Gruppe sehr junger Eltern zu gelten scheint, die bei Geburt des Kindes noch jünger als 20 Jahre waren (OR bei Alter des Vaters 17 bis 19 Jahre: 0,35; 95%-KI: 0,21 - 0,57; OR bei Alter der Mutter 17 bis 19 Jahre: 0,29; 95%-KI: 0,23 - 0,37). Die Studienwahrscheinlichkeiten von Kindern aus dieser Gruppe dürften demnach weniger als halb so hoch sein wie die Studienwahrscheinlichkeiten von Kindern aus der Referenzgruppe. Ergebnisse zu den Studienwahrscheinlichkeiten von Kindern vergleichsweise alter Eltern weichen nicht signifikant von den Kindern der Eltern aus der Referenzaltersgruppe ab.

Abbildung 3.3: Einfluss des elterlichen Versicherungsstatus sowie der elterlichen Ausbildung auf die Wahrscheinlichkeit der Erstaufnahme eines Studiums der Kinder im jungen Erwachsenenalter



Quelle: Daten der BARMER zu n = 69.798 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen Quartalen der Jahre 2013 bis 2016, darunter n = 18.068 Personen mit Studienaufnahme im Zeitraum von August 2014 bis Ende 2016; Schätzungen von Einflüssen elterlicher Merkmale auf die Wahrscheinlichkeit der Erstaufnahme eines Studiums in logistischen Regressionsmodellen unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Diagnosen bei jungen Erwachsenen aus dem Jahr 2013 (vergleiche Tabelle A 11 und A 12 zu Modell 3 im Anhang); dargestellt werden Odds-Ratios (Chancenverhältnisse) mit 95-Prozent-Konfidenzintervallen.

Abbildung 3.4: Einfluss des Alters der Eltern bei Geburt des Kindes auf die Wahrscheinlichkeit der Erstaufnahme eines Studiums der Kinder im jungen Erwachsenenalter



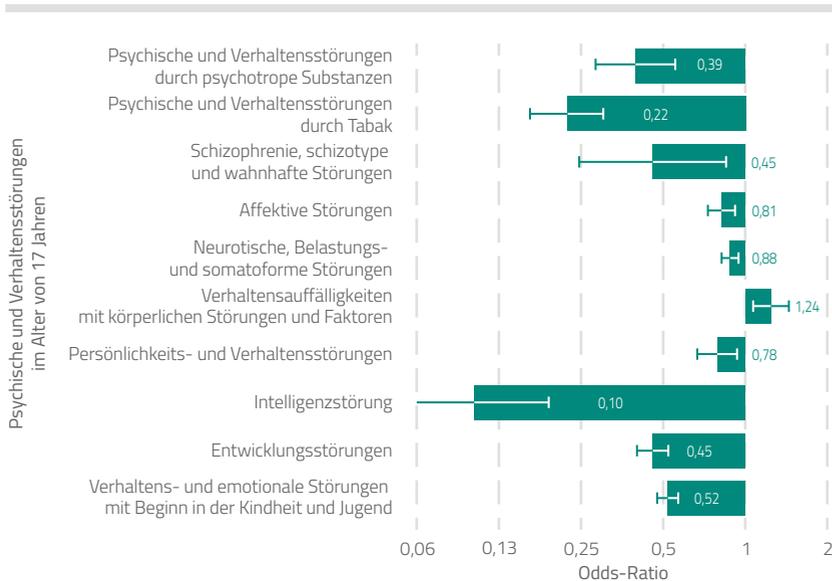
Quelle: Daten der BARMER zu n = 69.798 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen Quartalen der Jahre 2013 bis 2016, darunter n = 18.068 Personen mit Studienaufnahme im Zeitraum von August 2014 bis Ende 2016; Schätzungen von Einflüssen elterlicher Merkmale auf die Wahrscheinlichkeit der Erstaufnahme eines Studiums in logistischen Regressionsmodellen unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Diagnosen bei jungen Erwachsenen aus dem Jahr 2013 (vergleiche Tabelle A 11 und A 12 zu Modell 3 im Anhang); dargestellt werden Odds-Ratios (Chancenverhältnisse) mit 95-Prozent-Konfidenzintervallen.

Kinder sehr junger Eltern studieren seltener.

Für die hier statistisch nachgewiesenen Zusammenhänge des Elternalters bei der Geburt mit der Wahrscheinlichkeit einer späteren Studienaufnahme der Kinder könnten mehrere Faktoren verantwortlich sein. Zum einen könnte eine frühe Elternschaft die noch jungen Eltern psychisch und mental eher überfordern als ältere Eltern. Zumeist dürften sehr junge Eltern in einer weniger gefestigten Partnerschaft als ältere Eltern leben. Und zugleich sind sehr junge Eltern auch materiell in der Regel noch weniger abgesichert als ältere Eltern, was die Kinderbetreuung und Perspektiven der Kinder zusätzlich erschwert. Darüber hinaus dürfte sich eine sehr frühe Elternschaft häufiger in sozialen Gruppen ereignen, die schon hinsichtlich ihres Umfeldes auch ohne die frühe Elternschaft weniger privilegiert sind und deren Kinder selbst bei einer Elternschaft in einem gesetzteren

Alter geringere Studienwahrscheinlichkeiten aufweisen dürften. Zumindest eine sehr frühe Elternschaft dürfte insofern empirisch auch auf eine soziale Schichtzugehörigkeit hinweisen, welche durch die anderweitig bei der Modellrechnung berücksichtigten Elternmerkmale nicht vollständig abgebildet und statistisch kontrolliert sein dürfte.

Abbildung 3.5: Einfluss von Diagnosen psychischer Störungen im Alter von 17 Jahren auf die Wahrscheinlichkeit der nachfolgenden Erstaufnahme eines Studiums im jungen Erwachsenenalter



Quelle: Daten der BARMER zu n = 69.798 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen Quartalen der Jahre 2013 bis 2016, darunter n = 18.068 Personen mit Studienaufnahme im Zeitraum von August 2014 bis Ende 2016; Schätzungen der Einflüsse von Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen im Jahr 2013 auf die Wahrscheinlichkeit der Erstaufnahme eines Studiums in logistischen Regressionsmodellen unter gleichzeitiger Berücksichtigung elterlicher Merkmale (vergleiche Tabelle A 11 und A 12 zu Modell 3 im Anhang); dargestellt werden Odds-Ratios (Chancenverhältnisse) mit 95-Prozent-Konfidenzintervallen.

Neben den bereits erläuterten Merkmalen von Eltern wurden in der Modellrechnung als potenzielle Prädiktoren für ein Erststudium im Alter von 18 bis 20 Jahren (ab frühestens August 2014) auch Diagnosen berücksichtigt, die bei den jungen Erwachsenen bereits im Alter von 17 Jahren (beziehungsweise innerhalb des Jahres 2013) routinemäßig

dokumentiert worden waren (vergleiche Tabelle A 12 im Anhang mit vollständigen Ergebnissen). Auch für diese somatischen und psychischen Diagnosen ließen sich Zusammenhänge mit der Chance einer späteren Studienaufnahme nachweisen, wobei die Informationen zu den Diagnosen in der hier verwendeten Form und Aufbereitung insgesamt einen geringeren Einfluss zeigten als die elternabhängig erfassten Merkmale. Ein vergleichsweise deutlicher Einfluss war für die Diagnosen aus der Gruppe der psychischen Störungen nachweisbar, wobei erwartungsgemäß in fast allen Fällen die Dokumentation bestimmter Diagnosen im Alter von 17 Jahren mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit für eine spätere Studienaufnahme assoziiert war (vergleiche Abbildung 3.5). Wie zu erwarten gilt dies insbesondere dann, wenn eine Diagnose aus der Gruppe „Intelligenzstörungen“ dokumentiert war.

Eine Ausnahme bilden die Diagnosen aus der Gruppe „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“, bei denen eine leicht erhöhte Studienwahrscheinlichkeit beobachtet wird. Für die Ergebnisse zu dieser Diagnosegruppe sind nach weiterführenden Analysen maßgeblich Essstörungen verantwortlich. Möglicherweise könnte dies mit einem vergleichsweise häufigen Auftreten von Essstörungen bei Jugendlichen mit höherem Bildungsniveau zusammenhängen. Auch bei einigen somatischen Diagnosen zeigten sich wider Erwarten leicht erhöhte Wahrscheinlichkeiten für die nachfolgende Aufnahme eines Studiums. Zumindest ein Teil dieser Diagnosen ließe sich dabei auch im Sinne von Indikatoren für eine höhere Aufmerksamkeit und Sorgfalt im Hinblick auf gesundheitliche Belange interpretieren.

Psychische Störungen in der Jugend reduzieren die Studienwahrscheinlichkeit erheblich.

Auch in einer separaten und vereinfachten Modellrechnung, bei der Hinweise auf Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen bereits im Vorfeld einer möglichen Studienaufnahme im Alter von 17 Jahren ausschließlich in Form einer einfachen Indikatorvariable – und damit auf einer Differenzierungsebene mit den somatischen Diagnosen – berücksichtigt wurden, zeigte sich bei jungen Erwachsenen mit einem Hinweis auf eine psychische Störung im Vergleich zu denjenigen ohne Hinweis eine deutlich reduzierte Wahrscheinlichkeit für eine nachfolgende Studienaufnahme (OR: 0,59; 95%-KI: 0,56 - 0,62; $p < 0,0001$ bei einem Wald-Chi-Quadrat-Wert von 440; die Ergebnisse sind anderweitig nicht dargestellt). Demnach ist die Studienwahrscheinlichkeit bei jungen Erwachsenen nach Dokumentation einer beliebigen psychischen Störung im Alter von 17 Jahren um rund ein Drittel reduziert.

3.6 Fokus Depressionen

In den vorausgehenden Abschnitten wurden die Ergebnisse zum gesamten Spektrum der psychischen Störungen gemäß ICD10-Klassifikation bei jungen Erwachsenen dargestellt. Zwangsläufig werden dabei unterschiedliche Erkrankungen gemeinsam mit unterschiedlichen Therapieoptionen betrachtet. Der vorliegende Abschnitt befasst sich eingehender mit einer der relevantesten Erkrankungen aus dem Kapitel der psychischen Störungen bei jungen Erwachsenen, nämlich mit den Depressionen. Neben den Häufigkeiten und Trends von Depressionen bei jungen Erwachsenen sollen auch Begleiterkrankungen und Arzneiverordnungen bei Personen mit Depressionsdiagnosen ausführlicher betrachtet werden sowie die fachärztlichen und insbesondere die psychotherapeutischen Behandlungen. Ein weiterer Abschnitt wird sich mit der Inzidenz beziehungsweise dem erstmaligen Auftreten von Depressionen und der Persistenz der Erkrankungsdiagnosen befassen. Zwei weitere Abschnitte widmen sich schließlich der Behandlung junger Menschen mit Depressionsdiagnosen und der Identifikation von Risikofaktoren für Depressionen.

Im Rahmen wissenschaftlicher Studien sind unterschiedliche Abgrenzungen von Depressionen auf der Basis der ICD10-Klassifikation gebräuchlich. Neben den beiden stets berücksichtigten Diagnoseschlüsseln F32 „Depressive Episode“ und F33 „Rezidivierende depressive Störungen“ wurde bei den nachfolgenden Auswertungen auch der Schlüssel F34.1 „Dysthymia“ als Hinweis auf das Vorliegen einer Depression interpretiert. Im Jahr 2016 waren lediglich 688 von 100.000 jungen Erwachsenen von dieser Diagnose betroffen. Sowohl rezidivierende depressive Störungen als auch depressive Episoden wurden 2016 mit 1.982 beziehungsweise 6.495 Betroffenen je 100.000 erheblich häufiger dokumentiert (vergleiche Tabelle 3.2). Letztendlich werden die Ergebnisse zu Depressionsdiagnosen durch die Einbeziehung der Dysthymien allenfalls graduell verändert, weshalb der Frage nach dem Für und Wider einer Einbeziehung der Diagnose F34.1 nicht allzu viel Wert beizumessen ist.

als Depressionen: F32, F33 und F34.1 inkl. aller Subdiagnosen berücksichtigt

Depressionsdiagnoseraten
bei jungen Erwachsenen
2005 bis 2016 kontinuierlich
gestiegen

Häufigkeit und Trends

Die Abbildung 3.6 zeigt die Häufigkeit der Dokumentation von Depressionen im Sinne der ICD10-Diagnosen F32, F33 und F34.1 bei jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren in den Jahren 2005 bis 2016. Da die Werte zu allen Jahren einheitlich geschlechts- und altersstandardisiert wurden, vermittelt die Abbildung Hinweise auf Entwicklungen, die unabhängig von möglichen Effekten demografischer Veränderungen sind und die bei einer gleichbleibenden Zusammensetzung der Gruppe junger Erwachsener in allen Jahren von 2005 bis 2016 zu beobachten wären.

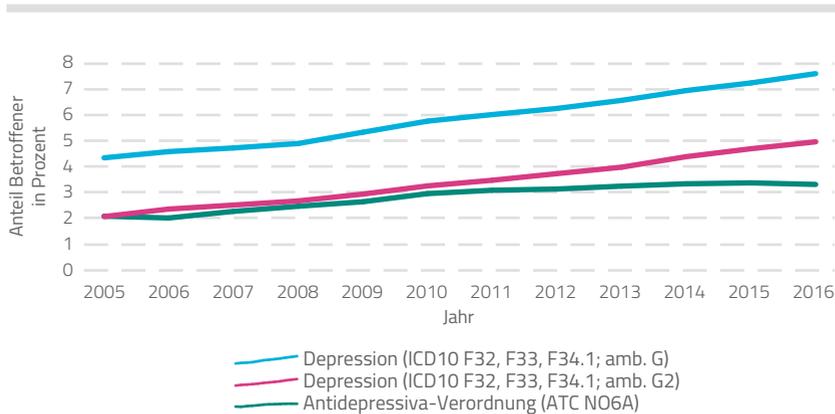
Der Anteil der jungen Erwachsenen mit Depressionsdiagnosen ist zwischen den Jahren 2005 und 2016 erheblich und stetig gestiegen. So stieg der Anteil junger Erwachsener mit mindestens einer in der ambulant-ärztlichen Versorgung dokumentierten gesicherten Diagnose einer Depression (vergleiche die Kennung „amb. G“ in Abbildung) von etwas mehr als vier Prozent im Jahr 2005 auf rund acht Prozent im Jahr 2016, was einem relativen Anstieg um 76 Prozent entspricht. Im Jahr 2016 waren in Deutschland damit schätzungsweise 557.000 junge Erwachsene von einer Depressionsdiagnose betroffen.

Beschränkt man die Zählung der Betroffenen auf diejenigen, bei denen innerhalb eines Jahres eine gesicherte Depressionsdiagnose zu mindestens zwei ambulanten Behandlungsfällen oder mindestens einer Krankenhausbehandlung dokumentiert war, ergibt sich ein parallel verlaufender Anstieg auf deutlich niedrigerem Niveau von zwei Prozent auf fast fünf Prozent (vergleiche die Gruppe „amb. G2“ in der Abbildung). Aufgrund des erheblich geringeren Ausgangswertes entspricht dies einer noch größeren relativen Zunahme um 142 Prozent beziehungsweise einer Zunahme um den Faktor 2,42 zwischen den Jahren 2005 und 2016. Innerhalb des Jahres 2016 wurde bei schätzungsweise 362.000 jungen Erwachsenen in Deutschland eine gesicherte Depressionsdiagnose in mindestens zwei unterschiedlichen ambulanten Behandlungsfällen oder im Krankenhaus dokumentiert.

Ergänzend sind in der Abbildung auch die Verordnungsraten von Antidepressiva bei jungen Erwachsenen dargestellt, die an dieser Stelle unabhängig von einem Verordnungszusammenhang mit bestimmten Diagnosen betrachtet wurden. Dargestellt

wird, welchem Anteil der jungen Erwachsenen innerhalb der aufgeführten Jahre mindestens einmal ein Antidepressivum verordnet wurde, das in der ATC-Klassifikation der Arzneimittel dem ATC-Kode „N06A“ zugeordnet wird. Während die Antidepressiva-Verordnungsrate in den Jahren von 2005 bis 2010 weitgehend parallel zu den Depressionsdiagnoseraten von zwei auf rund drei Prozent stiegen, kam es in den nachfolgenden Jahren zu einer deutlichen Abflachung des Anstiegs und vom Jahr 2015 auf das Jahr 2016 sogar zu einem leichten Rückgang der Verordnungsrate von 3,34 auf 3,28 Prozent. Über den gesamten Beobachtungszeitraum der Jahre 2005 bis 2016 ergibt sich damit ein relativer Anstieg der Antidepressiva-Verordnungsrate von 60 Prozent. Im Jahr 2016 erhielten von den gut sieben Millionen jungen Erwachsenen in Deutschland demnach etwa 241.000 Menschen mindestens eine Antidepressiva-Verordnung.

Abbildung 3.6: Anteil junger Erwachsener mit Depressionen und Antidepressiva-Verordnungen 2005 bis 2016



Quelle: Daten der BARMER zu n = 680.706 bis n = 773.036 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, einheitliche Standardisierung gemäß D2015BL1; Anteil der Versicherten mit mindestens einer Depressionsdiagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus (amb. G), Anteil mit Diagnose in gegebenenfalls mindestens zwei ambulanten Behandlungsfällen oder einmalig im Krankenhaus (amb. G2) und Anteil mit Antidepressiva-Verordnung (N06A)

Die Tabelle 3.8 enthält für die drei ausgewählten Jahre 2006, 2011 und 2016, also für Zeiträume im Abstand von jeweils fünf Jahren, neben den bereits in der Abbildung dargestellten Werten auch Ergebnisse differenzierterer Auswertungen. Die entsprechenden Ergebnisse für Männer und Frauen finden sich in Tabelle A 13 im Anhang. Eine einheitliche Unterscheidung diagnostizierender Ärzte nach Fachgruppen konnte dabei erst für Kennzahlen ab dem Jahr 2009 nach Einführung der Lebenslangen Arztnummer vorgenommen werden. Daher sind die entsprechenden Zeilen in den Tabellen für das Jahr 2006 nicht ausgefüllt.

Nur knapp ein Drittel der Betroffenen mit mindestens einer gesicherten ambulanten Diagnose einer Depression erhält im selben Jahr auch eine Antidepressiva-Verordnung.

Bei nur gut einem Drittel der Betroffenen wurde die Depression durch einen spezialisierten niedergelassenen Facharzt (Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie, Nervenheilkunde, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie, beziehungsweise durch einen psychotherapeutisch tätigen Arzt) oder einen psychologischen Psychotherapeuten dokumentiert (psychologischer Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut; vergleiche auch die Tabelle A 5 mit Angaben zu Fachgruppen im Anhang).

Auch der Anteil der jungen Erwachsenen mit vollstationärer Krankenhausbehandlung aufgrund von Depressionen ist – ausgehend von einem niedrigen Niveau – erheblich gestiegen. Zwischen den Jahren 2006 und 2016 hat er sich mehr als verdoppelt. Im Jahr 2016 wurden aufgrund von Depressionen knapp 0,4 Prozent der jungen Erwachsenen vollstationär im Krankenhaus behandelt. Dies entspricht einer Zahl von etwa 28.600 Betroffenen.

Im Verlauf der Jahre wurden vermehrt spezifische Diagnosen mit eindeutigen Zuordnungen von Schweregraden der Depressionen dokumentiert. Diagnosen im Sinne „sonstiger“ und „nicht näher bezeichneter“ Depressionen mit den Ziffern 8 und 9 an der vierten Stelle des Diagnoseschlüssels verlieren an Bedeutung.

Tabelle 3.8: Anteil junger Erwachsener mit Depressionen in den Jahren 2006, 2011 und 2016

	Betroffene in Kalenderjahren; Anteil junger Erwachsener in Prozent			Veränderungen in Prozent vom Wert des Bezugsjahres		
	2006	2011	2016	2011 gegenüber 2006	2016 gegenüber 2011	2016 gegenüber 2006
Depression (F32, F33, F34.1; amb. G)	4,56	6,00	7,59	+32	+27	+66
Depression (F32, F33, F34.1; amb. G2)	2,33	3,45	4,94	+48	+43	+112
auch Verordnung von Antidepressiva	1,27	2,08	2,41	+64	+15	+89
Diagnose durch Facharzt oder Psychotherapeut	-	2,06	2,59	-	+25	-
Diagnose durch Facharzt	-	1,47	1,69	-	+15	-
Diagnose durch psychologischen Psychotherapeut	-	0,78	1,19	-	+53	-
Diag. psychol. Psychoth., auch Antidepressiva	-	0,29	0,44	-	+54	-
vollstat. KH-Beh. mit Hauptdiagnose	0,15	0,29	0,39	+94	+32	+157
Diagnose mit Schweregrad	2,14	3,37	5,36	+57	+59	+150
Depression leicht (F3x.0, F34.1)	0,86	1,31	2,14	+52	+64	+149
Depression mittelgradig (F3x.1)	1,08	1,92	3,29	+78	+71	+204
Depression schwer (F3x.2, F3x.3)	0,55	0,85	1,23	+56	+45	+125
Antidepressiva-Verordnung (ATC N06A)	1,98	3,06	3,28	+54	+7	+66
davon bei Pers. ohne gesich. Hinw. auf Depression	0,71	0,97	0,88	+38	-10	+24

Quelle: Daten der BARMER zu n = 680.706 bis n = 764.618 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, einheitliche Standardisierung gemäß D2015BL1); Anteil der Versicherten mit mindestens einer Depressionsdiagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus (amb. G), Anteil mit Diagnose in gegebenenfalls mindestens zwei ambulanten Behandlungsfällen oder einmalig im Krankenhaus (amb. G2) und Anteil mit Antidepressiva-Verordnung (N06A). Als Fachärzte wurden Ärzte aus den Fachgruppen 47, 51, 53, 58, 60, 61 gezählt, als Psychotherapeuten (nicht ärztlich) die Fachgruppen 68 und 69 (vergleiche Tabelle A 5 im Anhang).

Tabelle 3.9: Anteil Studierende und Nichtstudierende mit Depressionen 2015

	Anteil betroffener Studierender* in Prozent			Anteil betroffener Nichtstudierender* in Prozent		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Depression (F32, F33, F34.1; amb. G)	3,27	6,54	4,92	5,98	10,44	8,23
Depression (F32, F33, F34.1; amb. G2)	2,02	4,24	3,14	3,80	6,76	5,29
auch Verordnung von Antidepressiva	1,21	2,09	1,65	2,00	3,58	2,80
Diagnose durch Facharzt oder Psychotherapeut	1,46	2,85	2,16	1,78	3,31	2,55
Diagnose durch Facharzt	0,94	1,50	1,22	1,33	2,20	1,77
Diagnose durch psychologischen Psychotherapeut	0,69	1,70	1,20	0,61	1,46	1,04
Diag. psychol. Psychoth., auch Antidepressiva	0,24	0,52	0,38	0,24	0,59	0,42
vollstat. KH-Beh. mit Hauptdiagnose	0,12	0,21	0,16	0,34	0,50	0,42
Diagnose mit Schweregrad	2,31	4,58	3,45	3,83	6,70	5,28
Depression leicht (F3x.0, F34.1)	0,96	1,98	1,48	1,38	2,50	1,94
Depression mittelgradig (F3x.1)	1,41	2,81	2,11	2,27	4,15	3,22
Depression schwer (F3x.2, F3x.3)	0,46	0,77	0,62	1,06	1,67	1,36
Antidepressiva-Verordnung (ATC N06A)	1,66	2,89	2,28	2,83	4,87	3,86
davon bei Pers. ohne gesich. Hinw. auf Depression	0,45	0,80	0,63	0,83	1,29	1,06

Quelle: Daten der BARMER zu n = 159.402 Studierenden im Wintersemester 2015/2016 und n = 550.906 Nichtstudierenden mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des Jahres 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren, *einheitliche Standardisierung gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur von Studierenden im Wintersemester 2015/2016 in Deutschland (vergleiche Tabelle 3.1); Anteil mit mindestens einer Depressionsdiagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus (amb. G), Anteil mit Diagnose in gegebenenfalls mindestens zwei ambulanten Behandlungsfällen oder einmalig im Krankenhaus (amb. G2) und Anteil mit Antidepressiva-Verordnung (N06A). Als Fachärzte wurden Ärzte aus den Fachgruppen 47, 51, 53, 58, 60, 61 gezählt, als Psychotherapeuten (nicht ärztlich) die Fachgruppen 68 und 69 (vergleiche Tabelle A 5 im Anhang).

Studierende gegenüber Nichtstudierenden mit Depressionen 2015

Die Tabelle 3.9 zeigt die Anteile der von unterschiedlichen Depressionsdiagnosen betroffenen Studierenden und Nichtstudierenden im jungen Erwachsenenalter im Jahr 2015. Wie bei der Gegenüberstellung in der Tabelle 3.5 wurden auch hier sowohl die Ergebnisse zu Studierenden als auch Ergebnisse zu Nichtstudierenden einheitlich gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur von Studierenden in Deutschland im Wintersemester 2015/2016 standardisiert. Die dargestellten Ergebnisse lassen sich insofern für Hochrechnungen zu Betroffenenzahlen (ausschließlich) bei Studierenden in Deutschland nutzen. Die dargestellten Unterschiede zwischen Studierenden und Nichtstudierenden bestehen unabhängig von den Unterschieden hinsichtlich der Geschlechts- und Altersstruktur.

Nach diesen Ergebnissen waren Studierende im Jahr 2015 von den Depressionsdiagnosen in den hier gewählten Abgrenzungen deutlich seltener betroffen als gleichaltrige Nichtstudierende. Lediglich bei der Dokumentation von Depressionen durch psychologische Psychotherapeuten zeigt sich unter Studierenden mit einem Betroffenenanteil von 1,2 Prozent ein höherer Wert als unter Nichtstudierenden mit 1 Prozent. Dabei könnten zwei Faktoren eine wesentliche Rolle spielen: Zum einen dürfte das Versorgungsangebot durch Psychotherapeuten an vielen Studienorten größer sein als in anderen Regionen. Zum anderen könnten auch sprachlich-kommunikative Fähigkeiten und die Einstellung von Studierenden den Zugang zu Psychotherapeuten erleichtern oder dazu führen, dass eine Psychotherapie als Behandlungsoption eher wahrgenommen wird.

Regionale Unterschiede

Bundesländer

Die Tabelle 3.10 listet die Anteile junger Erwachsener im Alter von 18 bis 25 Jahren mit einer Depressionsdiagnose und mindestens einmaliger Verordnung eines Antidepressivums in den einzelnen Bundesländern in den Jahren 2006, 2011 und 2016 auf. Für das Jahr 2016 werden auch Hochrechnungen der absoluten Betroffenenzahlen in den Bundesländern berichtet. Die Tabelle A 14 im Anhang enthält ergänzend die entsprechenden Ergebnisse auch zu Betroffenen mit mindestens zwei gesicherten

ambulanten Depressionsdiagnosen. Depressionen wurden bei jungen Erwachsenen in allen betrachteten Jahren in den drei Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin vergleichsweise häufig dokumentiert. Demgegenüber waren junge Erwachsene in den neuen Bundesländern relativ selten betroffen.

Tabelle 3.10: Junge Erwachsene mit Depressionsdiagnose sowie mit Antidepressiva-Verordnung in Bundesländern 2006, 2011 und 2016

BL	Bundesland	Betroffene mit Diagnose F32, F33 und/oder F34.1 min. einmalig gesichert ambulant oder im Krankenhaus				Betroffene mit min. einmaliger Antidepressiva-Verordnung (ATC N06A)			
		2006 in Prozent	2011 in Prozent	2016 in Prozent	2016 absolut	2006 in Prozent	2011 in Prozent	2016 in Prozent	2016 absolut
01	Schleswig-Holstein	5,10	7,00	8,68	21.678	2,08	3,52	3,78	9.422
02	Hamburg	5,53	8,22	9,61	16.391	2,02	3,35	3,32	5.681
03	Niedersachsen	4,56	6,05	7,84	56.661	2,06	3,24	3,69	26.553
04	Bremen	5,25	7,26	9,51	6.426	1,49	2,79	3,46	2.336
05	Nordrhein-Westfalen	4,38	5,98	7,36	123.824	1,99	3,34	3,53	59.318
06	Hessen	5,15	6,18	7,94	44.980	2,07	3,00	3,08	17.413
07	Rheinland-Pfalz	4,43	5,60	6,92	26.046	2,16	3,18	3,27	12.288
08	Baden-Württemberg	4,46	5,84	7,99	84.603	2,09	2,91	3,14	33.234
09	Bayern	4,82	6,16	7,00	84.955	2,15	3,15	3,27	39.677
10	Saarland	4,55	5,65	6,88	6.074	2,12	2,92	3,38	2.979
11	Berlin	5,95	7,23	9,35	29.722	1,68	2,51	2,97	9.411
12	Brandenburg	3,16	4,55	6,58	9.427	1,23	2,16	2,47	3.526
13	Mecklenburg-Vorpommern	3,58	4,89	6,89	7.312	1,30	2,51	2,76	2.882
14	Sachsen	3,51	4,78	6,51	18.228	1,64	2,52	2,93	8.303
15	Sachsen-Anhalt	3,19	4,54	7,31	10.803	1,45	2,35	2,65	3.902
16	Thüringen	3,31	4,87	6,71	9.590	1,55	2,45	2,83	4.055
	bundesweit	4,56	6,00	7,59	556.723	1,98	3,06	3,28	240.980

Quelle: Daten der BARMER zu n = 680.706 bis n = 762.575 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, Standardisierung gemäß D2015BL1J (bundesweite Ergebnisse und Hochrechnung absoluter Betroffenzahlen) beziehungsweise gemäß D20151J (Anteile Betroffener in Bundesländern); Anteil der Versicherten mit mindestens einer Depressionsdiagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus, Anteil mit mindestens einmaliger Verordnung eines Antidepressivums (ATC N06A)

Durchgängig unter dem Bundesdurchschnitt liegen in den neuen Bundesländern zugleich auch die Verordnungsraten der Antidepressiva. Demgegenüber lassen sich in allen Berichtszeiträumen für die drei Stadtstaaten trotz des recht hohen Anteils junger Erwachsener mit Depressionsdiagnosen nur leicht erhöhte und für Berlin unterdurchschnittliche Verordnungsraten für Antidepressiva ermitteln. Eine Ursache hierfür dürfte im größeren Angebot nicht-medikamentöser und vor allem psychotherapeutischer Therapiemöglichkeiten in Ballungszentren liegen.

in östlichen Bundesländern
vergleichsweise wenig
Depressionsdiagnosen und
Antidepressiva-Verordnungen

Kreise und kreisfreie Städte

Die nachfolgenden Abbildungen verdeutlichen die regionalen Unterschiede im Hinblick auf die Häufigkeit von Depressionsdiagnosen und Antidepressiva-Verordnungen auf der Ebene von 413 Kreisen und kreisfreien Städten gemäß dem Gebietsstand Ende des Jahres 2008. Dargestellt werden die Abweichungen regional beobachteter Betroffenenzahlen von den geschlechts- und altersabhängig in der jeweiligen Region erwarteten Betroffenenzahlen. Methodisch handelt es sich bei den entsprechenden Werten um indirekt standardisierte Ergebnisse, wie sie im Methodenkapitel im Abschnitt „Indirekte Standardisierung, kleinräumige Analyse“ erläutert sind. Um zufallsbedingte Variationen zu reduzieren, werden Ergebnisse zu drei Zeiträumen präsentiert, die die zusammengefassten Betroffenenzahlen bei jungen Erwachsenen aus jeweils vier Jahren berücksichtigen.

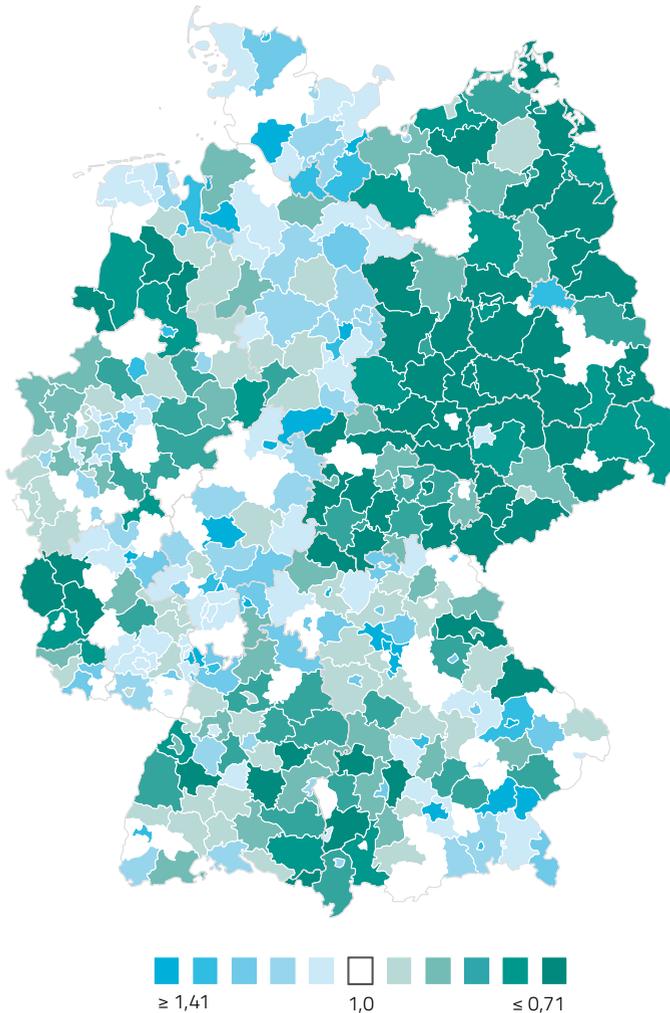
Die Ergebnisse zu den drei Zeiträumen in den Jahren zwischen 2006 und 2016 zeigen grundsätzlich recht ähnliche regionale Muster. Ergebnisse zu Diagnosen auf Kreisebene aus dem ersten Zeitraum der Jahre 2006 bis 2009 korrelieren stark mit den Ergebnissen aus dem aktuellen Zeitraum der Jahre 2013 bis 2016 ($r = 0,72$; Korrelationskoeffizient nach Pearson). Für die Regionen und Kreise in den neuen Bundesländern lassen sich in allen Zeiträumen vergleichsweise homogen meist unterdurchschnittliche Diagnose- und Verordnungsraten ermitteln. Demgegenüber zeigen sich besonders im aktuellen Beobachtungszeitraum der Jahre 2013 bis 2016 auf einer Nord-Süd-Achse von Schleswig-Holstein bis Baden-Württemberg relativ häufig überdurchschnittliche Diagnoseraten. Im Hinblick auf die Antidepressiva-Verordnungen sind zum Teil auch westlich gelegene Regionen und Regionen in Bayern überdurchschnittlich häufig betroffen.

Zumindest tendenziell haben die hier betrachteten regionalen Unterschiede innerhalb des Gesamtbeobachtungszeitraums eher abgenommen. Während die Standardabweichung der relativen regionalen Abweichungen hinsichtlich der Diagnoseraten in den 413 Kreisen zwischen den Jahren 2006 und 2009 noch bei rund 22 Prozent lag, sank sie in den beiden Folgezeiträumen zunächst auf 21 Prozent und schließlich auf 19 Prozent. Ähnliches lässt sich auch für die Antidepressiva-Verordnungsraten feststellen, bei denen die Standardabweichung in den betrachteten Zeiträumen von zunächst 25 Prozent auf 24 Prozent und schließlich auf rund 22 Prozent sinkt.

Bei einer Betrachtung der Ergebnisse auf Kreisebene zeigen sich tendenziell, aber regional unterschiedlich deutlich, in kleinflächigen Gebieten und damit vorrangig in Städten höhere Raten als im jeweiligen eher ländlich geprägten Umland. Um einen entsprechenden Zusammenhang zumindest in einfacher Form zu quantifizieren, wurden die relativen Abweichungen zwischen den Häufigkeiten beobachteter und erwarteter Depressionsdiagnosen bei jungen Erwachsenen für die Kreise in einer Gruppierung nach dem sogenannten zusammengefassten Kreistyp ermittelt, der vom Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung definiert wurde. Eine Zuordnung zu den hier betrachteten 413 Kreisen ist auch auf den Internetseiten des Versorgungsatlas zugänglich.⁵

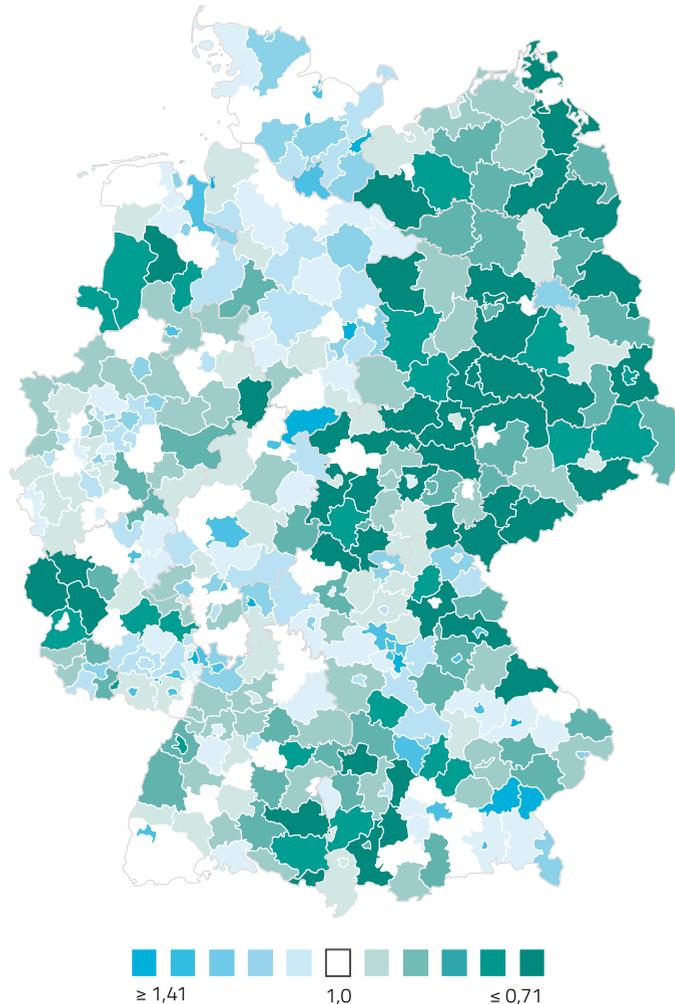
⁵ Link Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung: www.bbsr.bund.de/BBSR/DE/Raumbeobachtung/Raumabgrenzungen/SiedlungsstrukturelleGebietstypen/Kreistypen_zus/Kreistypen_Zusamm.html, Link Versorgungsatlas: www.versorgungsatlas.de/

Abbildung 3.7A: Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Depressionsdiagnosen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands nach Daten von 2006 bis 2009 (Zeitraum 1)



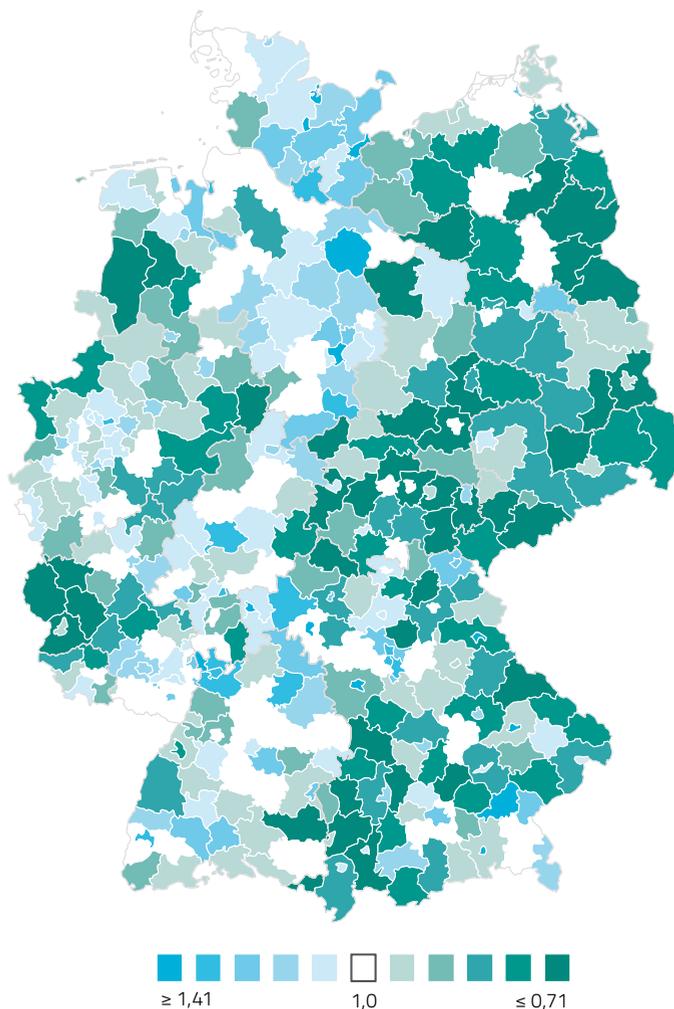
Quelle: Daten der BARMER zu jährlich $n = 680.706$ bis $n = 764.618$ Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, zusammengefasste Ergebnisse über Zeiträume von jeweils vier Jahren; regionale Abweichungen von Anteilen der Versicherten mit mindestens einer Depressionsdiagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus

Abbildung 3.7B: Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Depressionsdiagnosen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands nach Daten von 2009 bis 2012 (Zeitraum 2)



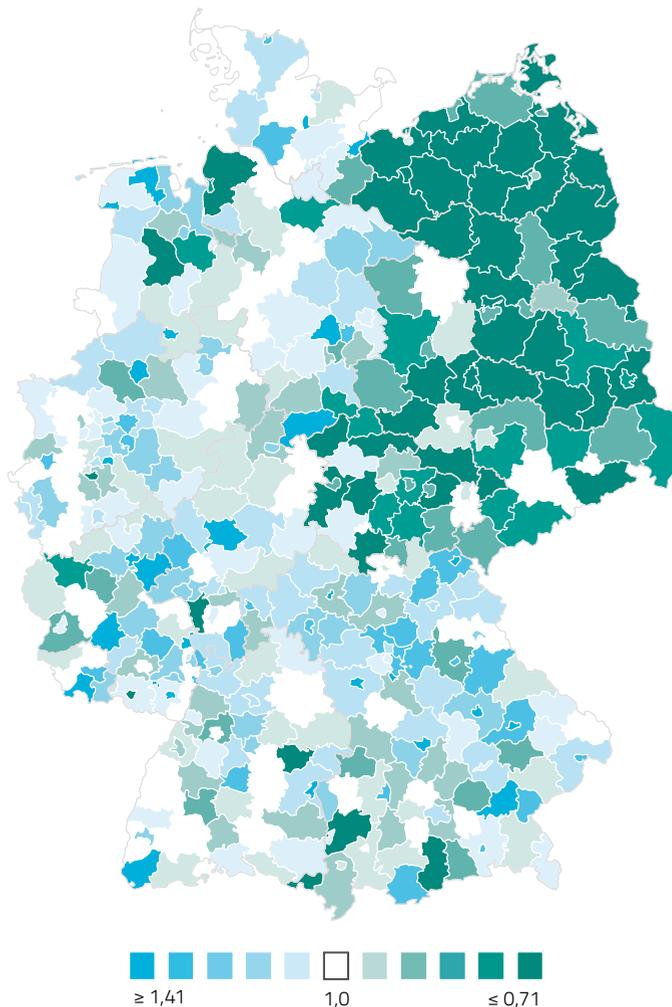
Quelle: Daten der BARMER zu jährlich $n = 680.706$ bis $n = 764.618$ Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, zusammengefasste Ergebnisse über Zeiträume von jeweils vier Jahren; regionale Abweichungen von Anteilen der Versicherten mit mindestens einer Depressionsdiagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus

Abbildung 3.7C: Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Depressionsdiagnosen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands nach Daten von 2013 bis 2016 (Zeitraum 3)



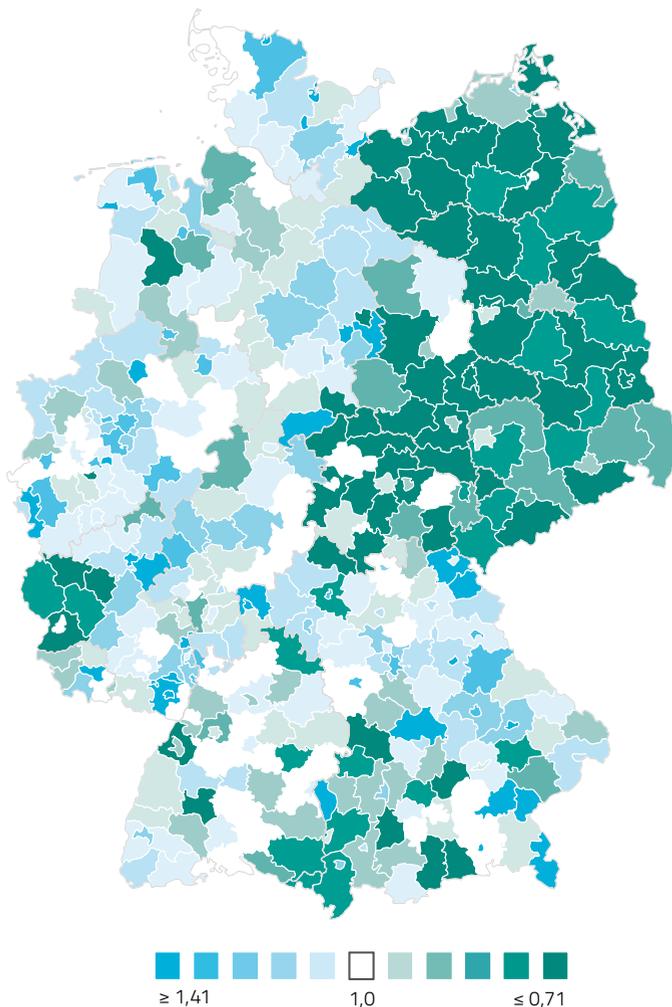
Quelle: Daten der BARMER zu jährlich $n = 680.706$ bis $n = 764.618$ Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, zusammengefasste Ergebnisse über Zeiträume von jeweils vier Jahren; regionale Abweichungen von Anteilen der Versicherten mit mindestens einer Depressionsdiagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus

Abbildung 3.8A: Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Antidepressiva-Verordnungen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands nach Daten von 2006 bis 2009 (Zeitraum 1)



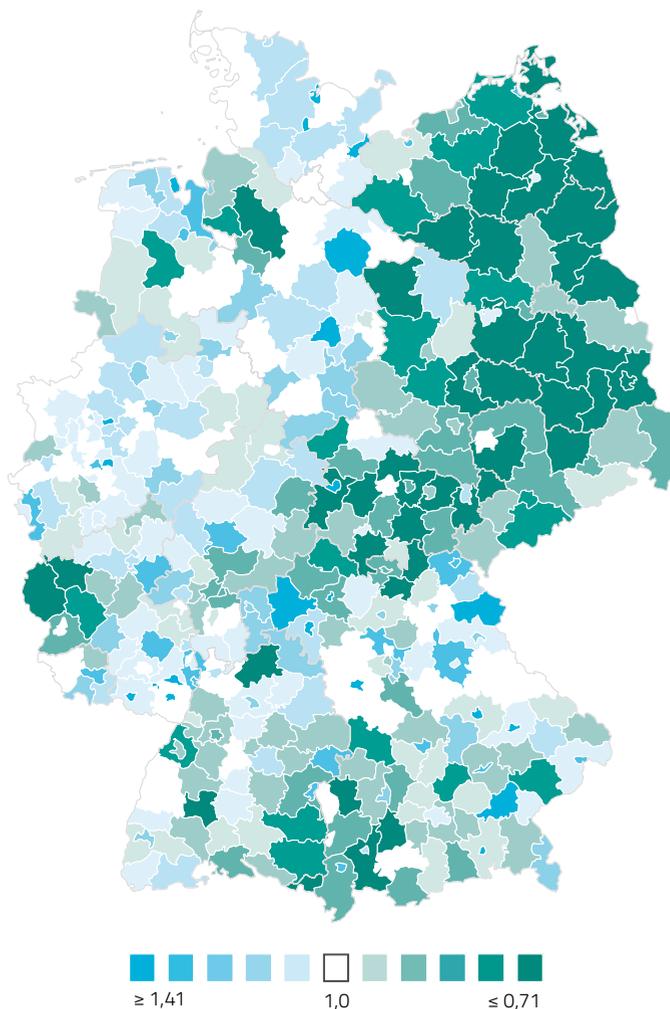
Quelle: Daten der BARMER zu jährlich $n = 680.706$ bis $n = 764.618$ Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, zusammengefasste Ergebnisse über Zeiträume von jeweils vier Jahren; regionale Abweichungen von Anteilen der Versicherten mit mindestens einer Antidepressiva-Verordnung (ATC N06A)

Abbildung 3.8B: Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Antidepressiva-Verordnungen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands nach Daten von 2009 bis 2012 (Zeitraum 2)



Quelle: Daten der BARMER zu jährlich $n = 680.706$ bis $n = 764.618$ Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, zusammengefasste Ergebnisse über Zeiträume von jeweils vier Jahren; regionale Abweichungen von Anteilen der Versicherten mit mindestens einer Antidepressiva-Verordnung (ATC N06A)

Abbildung 3.8C: Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Antidepressiva-Verordnungen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands nach Daten von 2013 bis 2016 (Zeitraum 3)



Quelle: Daten der BARMER zu jährlich $n = 680.706$ bis $n = 764.618$ Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, zusammengefasste Ergebnisse über Zeiträume von jeweils vier Jahren; regionale Abweichungen von Anteilen der Versicherten mit mindestens einer Antidepressiva-Verordnung (ATC N06A)

Tabelle 3.11: Relative Abweichungen der Häufigkeiten beobachteter von erwarteten Depressionsdiagnosen bei jungen Erwachsenen in Kreisen gruppiert nach dem zusammengefassten Kreistyp nach Daten 2006 bis 2009 sowie 2013 bis 2016

Kreistyp	2006 bis 2009 Rel. Rate (95%-KI)	2013 bis 2016 Rel. Rate (95%-KI)
Kernstädte	1,17 (1,16 - 1,18)	1,14 (1,13 - 1,15)
verdichtetes Umland	0,97 (0,96 - 0,98)	0,97 (0,96 - 0,98)
ländliches Umland	0,81 (0,80 - 0,82)	0,87 (0,86 - 0,89)
ländlicher Raum	0,90 (0,89 - 0,91)	0,90 (0,89 - 0,91)

Quelle: Daten der BARMER zu jährlich n = 680.706 bis n = 764.618 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, zusammengefasste Ergebnisse über Zeiträume von jeweils vier Jahren; regionale Abweichungen von Anteilen der Versicherten mit mindestens einer Depressionsdiagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus

Die in Tabelle 3.11 dargestellten Ergebnisse belegen, dass Depressionen in Kernstädten zwar nur mäßig oft dokumentiert werden, aber immer noch signifikant häufiger als geschlechts- und altersabhängig erwartet. Insbesondere im ländlichen Umland finden sich Diagnoseraten, die deutlich unter den Erwartungswerten liegen. Wie bei den zuvor allgemein beobachteten regionalen Unterschieden deutet sich auch bei den Unterschieden in Abhängigkeit vom Kreistyp ein Rückgang der Differenzen in den aktuellen Ergebnissen der Jahre 2013 bis 2016 im Vergleich zu den Ergebnissen der Jahre 2006 bis 2009 an.

Komorbiditäten bei Depressionen

Als Komorbidität oder als Begleiterkrankungen lassen sich ganz allgemein alle Erkrankungen bezeichnen, die bei Betroffenen zeitgleich mit einer primär betrachteten Erkrankung beobachtet werden. Pathophysiologische Zusammenhänge zwischen der primär betrachteten Erkrankung und den Begleiterkrankungen bilden keine Voraussetzung, um von einer Komorbidität zu sprechen. Als häufige Begleiterkrankungen sind dementsprechend zunächst immer auch diejenigen Erkrankungen zu erwarten, die in den maßgeblichen Alters- und Geschlechtsgruppen der Population mit der primär betrachteten Erkrankung auch allgemein häufig zu beobachten sind.

bei jungen Erwachsenen
mit Depressionen
durchschnittlich
15 unterschiedliche
Diagnosen

In einem ersten Auswertungsschritt zum Thema Komorbidität wurden auf Basis von Daten der BARMER für eine Gruppe von jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren mit gesicherter ambulanter Depressionsdiagnose in mindestens zwei separaten Behandlungsfällen oder mit einer im Krankenhaus dokumentierten Depressionsdiagnose im Jahr 2016 (Fälle; n = 33.664) die Betroffenenraten zu allen differenzierbaren dreistelligen ICD10-Diagnosen aus dem selben Jahr ermittelt. Diese wurden anschließend mit den Betroffenenraten aus einer Gruppe junger Erwachsener ohne eine Depression gemäß entsprechenden Kriterien (Kontrollen; n = 647.042) verglichen, wobei die Ergebnisse der Vergleichsgruppe mit einer Gewichtung analog zur Geschlechts- und Altersstruktur der jungen Erwachsenen mit Depressionen berechnet wurden. Sinngemäß werden damit die Diagnoseraten zu Fällen und Kontrollen aus den jeweils übereinstimmenden Geschlechts- und Altersgruppen verglichen und anschließend in beiden Gruppen gleichartig zusammengefasst. Unterschiede zwischen den Fällen und Kontrollen in dieser Geschlechts- und Altersstruktur sind anschließend nicht mehr für gegebenenfalls weiterhin beobachtete Ergebnisunterschiede verantwortlich zu machen. Insgesamt wurden bei den von Depressionen im zuvor geschilderten Sinne betroffenen jungen Erwachsenen im Jahr 2016 durchschnittlich 15 unterschiedliche dreistellige ICD10-Diagnoseschlüssel dokumentiert. In der geschlechts- und altersentsprechenden Vergleichsgruppe waren es 8,5 unterschiedliche Diagnoseschlüssel.

Die Ergebnisse zu den mehr als 1.600 unterschiedlichen dreistelligen ICD10-Diagnosen lassen sich im vorliegenden Report nicht darstellen. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich daher nur mit den Begleiterkrankungen von Depressionen, die deutlich häufiger erfasst wurden als in der Vergleichsgruppe. Die Tabelle 3.12 zeigt dementsprechend ausschließlich die Diagnoseraten zu Erkrankungen, die im Jahr 2016 bei mindestens 200 der 33.664 Versicherten mit Depressionen dokumentiert wurden (vergleiche Spalte „Rate“) und von denen die Versicherten mit Depressionsdiagnose zugleich mindestens doppelt so häufig betroffen waren wie anderweitige Versicherte (vergleiche Spalte „Rel. Rate“ mit relativen Diagnoseraten). Zudem werden systematisch auch die Ergebnisse zu Diagnosen dargestellt, von denen mindestens zwei Prozent der Patienten mit Depressionsdiagnosen attributiv, also über die jeweils erwartete Diagnoserate hinaus, betroffen waren (vergleiche Spalte „Erw. Rate“). Die erwartete

Diagnoserate bezeichnet die Rate, die aufgrund der Geschlechts- und Altersstruktur bei Patienten mit Depressionsdiagnosen nach den Auswertungen zu den übrigen Versicherten hätte erwartet werden können. In der Tabelle 3.12 sind die Ergebnisse zu den ausgewählten 133 Diagnosen gemäß den zugehörigen dreistelligen ICD10-Kodes sortiert.

Tabelle 3.12: Junge Erwachsene mit Depressionsdiagnosen – gehäuft beobachtete Begleitdiagnosen

ICD10 Diagnose	Rel. Rate	Rate in Prozent	Erw. Rate in Prozent
A09 Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	1,5	24,38	16,32
B34 Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	1,4	8,88	6,52
B86 Skabies	2,1	1,22	0,58
E03 Sonstige Hypothyreose	1,9	9,69	5,05
E11 Diabetes mellitus, Typ 2	2,6	0,68	0,26
E14 Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	2,2	0,63	0,29
E53 Mangel an sonstigen Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes	3,0	1,26	0,42
E55 Vitamin-D-Mangel	3,0	3,05	1,03
E61 Mangel an sonstigen Spurenelementen	2,0	2,28	1,13
E66 Adipositas	2,2	9,99	4,63
E73 Laktoseintoleranz	2,1	3,04	1,46
E74 Sonstige Störungen des Kohlenhydratstoffwechsels	2,0	1,36	0,68
E79 Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	2,5	0,75	0,30
E86 Volumenmangel	2,2	1,00	0,45
E87 Sonstige Störungen des Wasser- und Elektrolythaushaltes sowie des Säure-Basen-Gleichgewichts	3,4	1,29	0,38
E88 Sonstige Stoffwechselstörungen	2,2	0,63	0,29
F06 Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	6,5	0,69	0,11
F10 Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	7,4	4,47	0,60
F12 Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	17,3	6,21	0,36
F13 Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika	20,5	0,60	0,03
F15 Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	13,4	2,00	0,15
F17 Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	2,7	8,47	3,11

ICD10 Diagnose	Rel. Rate	Rate in Prozent	Erw. Rate in Prozent
F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	11,3	3,89	0,35
F20 Schizophrenie	10,4	1,68	0,16
F23 Akute vorübergehende psychotische Störungen	10,6	0,75	0,07
F25 Schizoaffektive Störungen	17,5	0,68	0,04
F29 Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	12,6	0,93	0,07
F31 Bipolare affektive Störung	17,6	1,30	0,07
F32 Depressive Episode	32,9	86,59	2,64
F33 Rezidivierende depressive Störung	105,3	34,15	0,32
F34 Anhaltende affektive Störungen	50,3	10,58	0,21
F40 Phobische Störungen	11,0	11,73	1,07
F41 Andere Angststörungen	8,0	24,01	3,00
F42 Zwangsstörung	14,2	4,21	0,30
F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5,4	32,03	5,96
F44 Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	9,7	1,42	0,15
F45 Somatoforme Störungen	3,5	24,68	6,99
F48 Andere neurotische Störungen	4,0	8,35	2,08
F50 Essstörungen	11,9	8,80	0,74
F51 Nichtorganische Schlafstörungen	8,5	3,17	0,37
F52 Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	2,2	1,44	0,65
F54 Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	5,0	1,17	0,23
F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	23,0	17,08	0,74
F61 Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	44,5	2,33	0,05
F63 Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	18,1	1,85	0,10
F68 Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	5,6	0,78	0,14
F69 Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	6,7	1,23	0,18
F70 Leichte Intelligenzminderung	4,2	0,86	0,20
F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	3,4	1,46	0,43
F84 Tief greifende Entwicklungsstörungen	4,1	1,23	0,30
F89 Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	2,4	0,61	0,25

ICD10 Diagnose	Rel. Rate	Rate in Prozent	Erw. Rate in Prozent
F90 Hyperkinetische Störungen	4,9	6,71	1,36
F91 Störungen des Sozialverhaltens	6,3	1,34	0,21
F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	9,6	1,20	0,13
F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	8,8	2,08	0,24
F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4,8	2,59	0,54
F99 Psychische Störung ohne nähere Angabe	5,8	1,74	0,30
G25 Sonstige extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen	3,2	0,76	0,24
G40 Epilepsie	2,2	2,09	0,95
G43 Migräne	2,0	14,05	6,93
G44 Sonstige Kopfschmerzsyndrome	2,3	6,07	2,64
G47 Schlafstörungen	6,0	10,17	1,71
G93 Sonstige Krankheiten des Gehirns	2,4	0,83	0,35
H81 Störungen der Vestibularfunktion	2,2	1,27	0,57
I10 Essentielle (primäre) Hypertonie	2,0	4,53	2,22
I47 Paroxysmale Tachykardie	2,1	0,89	0,42
I51 Komplikationen einer Herzkrankheit und ungenau beschriebene Herzkrankheit	2,2	0,69	0,31
I95 Hypotonie	1,8	4,88	2,65
J00 Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	1,4	7,05	4,91
J01 Akute Sinusitis	1,4	7,39	5,21
J02 Akute Pharyngitis	1,3	10,29	7,74
J03 Akute Tonsillitis	1,3	10,92	8,19
J06 Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	1,3	37,90	28,85
J20 Akute Bronchitis	1,5	9,84	6,41
J30 Vasomotorische und allergische Rhinopathie	1,3	14,41	10,85
J32 Chronische Sinusitis	1,5	8,08	5,49
J40 Bronchitis, nicht als akut oder chronisch bezeichnet	1,5	8,09	5,48
J44 Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	2,1	1,51	0,73
J45 Asthma bronchiale	1,7	12,95	7,78
K08 Sonstige Krankheiten der Zähne und des Zahnhalteapparates	2,2	0,96	0,44

ICD10 Diagnose	Rel. Rate	Rate in Prozent	Erw. Rate in Prozent
K21 Gastroösophageale Refluxkrankheit	2,6	4,27	1,62
K29 Gastritis und Duodenitis	2,0	13,17	6,49
K30 Funktionelle Dyspepsie	2,3	1,41	0,62
K31 Sonstige Krankheiten des Magens und des Duodenums	2,3	1,32	0,58
K44 Hernia diaphragmatica	2,9	0,79	0,27
K52 Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	1,6	12,90	8,15
K58 Reizdarmsyndrom	2,5	3,02	1,19
K59 Sonstige funktionelle Darmstörungen	2,2	3,31	1,51
K62 Sonstige Krankheiten des Anus und des Rektums	2,1	0,77	0,36
K76 Sonstige Krankheiten der Leber	2,5	1,52	0,62
K92 Sonstige Krankheiten des Verdauungssystems	2,0	1,57	0,78
L30 Sonstige Dermatitis	1,4	7,52	5,35
M25 Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	1,5	7,94	5,32
M41 Skoliose	1,6	6,48	4,03
M47 Spondylose	2,0	2,19	1,09
M53 Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	1,8	6,50	3,58
M54 Rückenschmerzen	1,6	25,19	15,59
M62 Sonstige Muskelkrankheiten	1,7	6,56	3,87
M79 Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	1,8	7,47	4,22
M99 Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	1,4	11,06	7,74
N39 Sonstige Krankheiten des Harnsystems	1,4	9,28	6,43
N70 Salpingitis und Oophoritis	2,4	0,71	0,30
N80 Endometriose	2,3	0,67	0,30
R00 Störungen des Herzschlages	2,1	3,43	1,61
R06 Störungen der Atmung	2,0	4,36	2,14
R10 Bauch- und Beckenschmerzen	1,6	24,62	15,09
R11 Übelkeit und Erbrechen	1,9	11,48	6,00
R12 Sodbrennen	2,3	1,17	0,50
R20 Sensibilitätsstörungen der Haut	2,1	1,62	0,78
R25 Abnorme unwillkürliche Bewegungen	2,1	0,95	0,46

ICD10 Diagnose	Rel. Rate	Rate in Prozent	Erw. Rate in Prozent
R42 Schwindel und Taumel	2,2	6,85	3,08
R45 Symptome, die die Stimmung betreffen	5,9	5,01	0,86
R51 Kopfschmerz	1,8	16,30	9,06
R52 Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	2,5	5,39	2,19
R53 Unwohlsein und Ermüdung	2,0	8,11	3,97
R55 Synkope und Kollaps	2,2	2,19	0,99
R63 Symptome, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme betreffen	2,8	4,34	1,54
R74 Abnorme Serumenzymwerte	2,2	0,70	0,31
S06 Intrakranielle Verletzung	2,1	1,44	0,70
S51 Offene Wunde des Unterarmes	6,8	0,98	0,14
T01 Offene Wunden mit Beteiligung mehrerer Körperregionen	2,4	0,83	0,34
T14 Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	1,5	10,02	6,87
T78 Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	1,5	9,10	6,10
U69 Sonstige sekundäre Schlüsselnummern für besondere Zwecke	9,3	0,86	0,09
X84 Absichtliche Selbstbeschädigung	52,5	0,84	0,02
Z03 Ärztliche Beobachtung und Beurteilung von Verdachtsfällen	2,2	2,16	0,98
Z56 Kontakianlässe mit Bezug auf das Berufsleben	3,7	1,92	0,52
Z60 Kontakianlässe mit Bezug auf die soziale Umgebung	4,8	1,37	0,28
Z63 Andere Kontakianlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis	5,5	2,09	0,38
Z72 Probleme mit Bezug auf die Lebensführung	6,1	1,31	0,22
Z73 Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung	4,3	5,28	1,22
Z86 Bestimmte andere Krankheiten in der Eigenanamnese	2,3	1,71	0,75
Z91 Risikofaktoren in der Eigenanamnese, anderenorts nicht klassifiziert	7,1	2,25	0,32

Quelle: Daten der BARMER zu n = 33.664 jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren mit gesicherter ambulanter Diagnose von Depressionen in mindestens zwei separaten Behandlungsfällen oder mit einer im Krankenhaus dokumentierten Depressionsdiagnose im Jahr 2016; Betroffenenraten (Rate) zu ausgewählten dreistelligen ICD10-Diagnosen im selben Jahr ambulant gesichert oder im Krankenhaus mit Gegenüberstellung von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Betroffenenraten (Erw. Rate) basierend auf Daten zu einer Gruppe junger Erwachsener ohne eine Depression gemäß entsprechender Kriterien (n = 647.042) und relative Abweichungen der beobachteten und erwarteten Raten (Rel. Rate)

Nach den vorliegenden Ergebnissen werden bei jungen Erwachsenen mit ambulanter, mindestens zweimaliger Diagnose einer Depression im selben Jahr viele weitere Erkrankungen häufiger dokumentiert als bei den gleichaltrigen Vergleichspersonen ohne eine Depressionsdiagnose bei mindestens zwei ambulanten Behandlungsfällen. Graduelle Unterschiede dürften sich daraus ergeben, dass die mit den Depressionsdiagnosen verbundenen Arztkontakte auch die Wahrscheinlichkeit für die Dokumentation anderweitiger Diagnosen erhöhen, weshalb sich die Darstellung in der Tabelle 3.12 auf die Diagnosen mit eindeutigen Unterschieden beschränkt.

Die Unterschiede mit relativen Raten oberhalb von 30 hinsichtlich der Diagnoseschlüssel F32, F33 und F34 resultieren direkt aus der Selektion der von Depressionen Betroffenen und sind insofern inhaltlich nicht interpretierbar.

Sehr viel häufiger als die Vergleichspersonen sind Menschen mit Depressionsdiagnosen auch von einer Vielzahl anderer Diagnosen aus dem Kapitel V der psychischen Störungen betroffen (vergleiche Diagnoseschlüssel beginnend mit dem Buchstaben F). Dies gilt insbesondere für einige Diagnosen aus den Gruppen F10 bis F19 „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ und F40 bis F48 „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“, aus denen vor allem „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43), „Somatoforme Störungen“ (F45) und „Andere Angststörungen“ (F41) häufig dokumentiert werden. Aber auch „Essstörungen“ (F50), „Spezifische Persönlichkeitsstörungen“ (F60) und „Hyperkinetische Störungen“ (F90) sind bei jungen Erwachsenen mit Depressionsdiagnosen vergleichsweise häufig dokumentiert.

Mit einer Dokumentationsrate von 0,84 Prozent etwa 50-mal häufiger als in der Vergleichsgruppe wird bei Menschen mit Depressionsdiagnosen der Diagnoseschlüssel X84 „Absichtliche Selbstbeschädigung“ dokumentiert, was auf eine erhebliche Gefährdung von Personen mit Depressionen hinweist.

Alle anderen anteilig relevanten Diagnosen außerhalb des Kapitels V der ICD10 werden bei Menschen mit Depressionen weniger als zehnmals so häufig dokumentiert wie in der

Vergleichsgruppe. Noch mehr als fünfmal häufiger sind junge Menschen mit Depressionen betroffen von „Schlafstörungen“ (G47), „Symptomen die die Stimmung betreffen“ (R45), „Offenen Wunden des Unterarms“ (S51), die möglicherweise im Zusammenhang mit der Selbstbeschädigung stehen, von „Sonstigen sekundären Schlüsselnummern für besondere Zwecke“ (U69), „Anderen Kontaktanlässen mit Bezug auf den engeren Familienkreis“ (Z63) und „Problemen mit Bezug auf die Lebensführung“ (Z72) sowie von „Risikofaktoren in der Eigenanamnese, andernorts nicht klassifiziert“ (Z91).

Zahlreiche weitere somatische Diagnosen werden gehäuft im Zusammenhang mit einer Depressionsdiagnose dokumentiert und verweisen damit auf eine Vielzahl an potenziell sehr relevanten Zusammenhängen zwischen Depressionen und somatischen Erkrankungen.

Häufig verordnete Arzneimittel

Methodisch gleichartig wie die Auswertungen zu den Begleiterkrankungen lassen sich bei jungen Erwachsenen mit ambulant mindestens zweimaliger Diagnose einer Depression auch Auswertungen zu gehäuft verordneten Arzneimittelsubstanzen durchführen. Ergebnisse entsprechender Auswertungen mit Angaben zu durch siebenstellige ATC-Kodes gekennzeichneten Einzelsubstanzen sowie den jeweils übergeordneten Arzneimittelgruppen mit vierstelligen ATC-Kodes zeigt Tabelle 3.13.

Tabelle 3.13: Junge Erwachsene mit Depressionsdiagnosen – gehäuft verordnete Arzneimittel

ATC	Arzneimittelgruppe/-substanz	Rel. Rate	Rate in Prozent	Erw. Rate in Prozent
A02B	Mittel bei peptischem Ulkus und gastroesophagealer Refluxkrankheit	2,0	14,11	6,89
A02BC01	Omeprazol	2,1	2,91	1,40
A02BC02	Pantoprazol	2,1	11,00	5,31
A02BC05	Esomeprazol	2,5	0,64	0,26
A03F	Prokinetika	1,8	6,06	3,36

ATC	Arzneimittelgruppe/-substanz	Rel. Rate	Rate in Prozent	Erw. Rate in Prozent
A03FA01	Metoclopramid	1,8	5,50	3,11
A03FA03	Domperidon	2,3	0,64	0,27
A11C	Vitamin A und D, inkl. deren Kombinationen	2,5	1,24	0,49
A11CC05	Colecalciferol	2,6	1,19	0,46
C07A	Beta-Adrenozeptor-Antagonisten	2,5	2,10	0,85
C07AB02	Metoprolol	2,3	0,78	0,34
C07AB07	Bisoprolol	2,6	0,94	0,37
C09A	Ace-Hemmer, rein	2,0	0,97	0,47
C09AA05	Ramipril	2,1	0,82	0,40
H03A	Schilddrüsenpräparate	1,8	8,29	4,64
H03AA01	Levothyroxin-Natrium	1,8	7,48	4,15
J01C	Betalactam-Antibiotika, Penicilline	1,4	15,25	11,18
J01CA04	Amoxicillin	1,4	9,22	6,62
J01D	Andere Beta-Lactam-Antibiotika	1,4	11,65	8,09
J01DC02	Cefuroxim	1,5	8,79	6,02
M01A	Nichtsteroidale Antiphlogistika und Antirheumatika	1,3	23,95	17,80
M01AE01	Ibuprofen	1,3	20,23	14,99
M01AE02	Naproxen	2,1	0,75	0,36
N02A	Opioide	2,5	2,59	1,03
N02AX02	Tramadol	3,0	0,88	0,29
N02AX51	Tilidin, Kombinationen	3,6	0,88	0,25
N02B	Andere Analgetika und Antipyretika	1,7	12,65	7,31
N02BB02	Metamizol-Natrium	1,7	12,34	7,09
N02C	Migränemittel	2,0	2,55	1,27
N02CC04	Rizatriptan	2,0	0,67	0,33
N03A	Antiepileptika	4,0	3,21	0,80
N03AG01	Valproinsäure	3,4	0,63	0,18

ATC	Arzneimittelgruppe/-substanz	Rel. Rate	Rate in Prozent	Erw. Rate in Prozent
N03AX09	Lamotrigin	3,9	0,95	0,24
N03AX16	Pregabalin	9,7	0,86	0,09
N05A	Antipsychotika	24,0	10,23	0,43
N05AD03	Melperon	22,1	0,69	0,03
N05AD05	Pipamperon	27,1	1,45	0,05
N05AF03	Chlorprothixen	34,0	0,79	0,02
N05AH03	Olanzapin	17,8	0,89	0,05
N05AH04	Quetiapin	44,9	5,11	0,11
N05AX07	Prothipendyl	52,9	0,76	0,01
N05AX08	Risperidon	10,5	1,24	0,12
N05AX12	Aripiprazol	16,6	1,30	0,08
N05B	Anxiolytika	8,8	3,66	0,42
N05BA06	Lorazepam	12,1	2,54	0,21
N05C	Hypnotika und Sedativa	19,3	5,69	0,30
N05CF01	Zopiclon	14,8	1,20	0,08
N05CM22	Promethazin	30,8	4,02	0,13
N06A	Antidepressiva	27,3	40,82	1,50
N06AA05	Opipramol	10,8	3,39	0,31
N06AA06	Trimipramin	23,7	1,82	0,08
N06AA09	Amitriptylin	9,1	1,88	0,21
N06AA12	Doxepin	20,1	1,56	0,08
N06AB03	Fluoxetin	54,8	4,61	0,08
N06AB04	Citalopram	42,3	8,61	0,20
N06AB05	Paroxetin	26,0	1,40	0,05
N06AB06	Sertralin	52,8	5,00	0,09
N06AB10	Escitalopram	43,6	6,79	0,16
N06AP01	Johanniskraut	20,4	1,32	0,06

ATC	Arzneimittelgruppe/-substanz	Rel. Rate	Rate in Prozent	Erw. Rate in Prozent
N06AX11	Mirtazapin	39,0	6,26	0,16
N06AX12	Bupropion	108,6	1,61	0,01
N06AX16	Venlafaxin	83,1	6,89	0,08
N06AX21	Duloxetin	72,4	1,44	0,02
N06AX22	Agomelatin	85,4	1,57	0,02
N06B	Psychostimulanzien, Mittel für die ADHD und Nootropika	5,8	2,62	0,45
N06BA04	Methylphenidat	5,6	2,26	0,40
R03A	Inhalative Sympathomimetika	1,6	8,28	5,14
R03AC02	Salbutamol	1,6	5,75	3,51

Quelle: Daten der BARMER zu n = 33.664 jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren mit gesicherter ambulanter Diagnose von Depressionen in mindestens zwei separaten Behandlungsfällen oder mit einer im Krankenhaus dokumentierten Depressionsdiagnose im Jahr 2016; Verordnungsraten (Rate) zu ausgewählten Arzneiverordnungen im selben Jahr mit Gegenüberstellung von geschlechts- und altersabhängig erwarteten Verordnungsraten (Erw. Rate) basierend auf Daten zu einer Gruppe junger Erwachsener ohne eine Depression gemäß entsprechender Kriterien (n = 647.042) sowie relative Abweichungen der beobachteten und erwarteten Raten (Rel. Rate)

Knapp 41 Prozent der hier betrachteten jungen Erwachsenen mit Depressionsdiagnosen im Jahr 2016 erhielten im selben Jahr auch mindestens eine Verordnung eines Antidepressivums (vergleiche Arzneimittel mit dem vierstelligen ATC-Kode N06A). Am häufigsten wurden dabei Citalopram, Venlafaxin und Escitalopram verordnet.

Gut jeder zehnte junge Erwachsene mit einer Depressionsdiagnose erhielt im Jahr 2016 auch mindestens eine Verordnung aus der Gruppe der Antipsychotika (N05A), wobei vorrangig die Substanz Quetiapin verordnet wurde, die neben einer Anwendung bei Schizophrenie und bipolaren Störungen unter anderem auch zur ergänzenden Behandlung therapieresistenter Depressionen eingesetzt wird.

Auch Anxiolytika (N05B) und Hypnotika sowie Sedativa (N05C) werden bei jungen Menschen mit Depressionsdiagnosen vergleichsweise deutlich häufiger verordnet.

Häufige Verordnungen weiterer Arzneimittelsubstanzen lassen sich mitunter aus den zuvor beschriebenen Komorbiditäten herleiten. So kann beispielsweise die gehäufte Verordnung von Colecalciferol (Vitamin D3) mit dem gehäuft dokumentierten Vitamin-D-Mangel begründet werden, die Verordnung von Levothyroxin-Natrium durch eine Hypothyreose und die Verordnung blutdrucksenkender Substanzen mit der häufiger dokumentierten Hypertonie, die ihrerseits wieder mit Übergewicht zusammenhängen könnte.

Eingehendere Diskussionen und Begründungen für viele der hier festgestellten Assoziationen von Arzneiverordnungen und anderweitigen Diagnosen mit den Depressionsdiagnosen übersteigen die Möglichkeiten im Rahmen des Arztreports, sie könnten aber einen Anlass zu weiterführenden Studien liefern.

Inzidenzen, kumulative Prävalenzen, Persistenz und Behandlung

In den vorausgehenden Abschnitten wurden die Anteile junger Erwachsener mit Dokumentation einer Depressionsdiagnose innerhalb einzelner Jahre beschrieben. Die entsprechenden Maßzahlen können auch als Ein-Jahres-Prävalenzen bezeichnet werden. Da die vorliegenden Ergebnisse auf einer Auswertung von Routinedaten beruhen, kann noch spezifischer auch von administrativen Ein-Jahres-Prävalenzen gesprochen werden. Eine Prävalenz bezeichnet den Anteil einer Population, der zu einem bestimmten Zeitpunkt (Punktprävalenz) oder innerhalb eines definierten Zeitraums (Periodenprävalenz) von einer bestimmten Erkrankung oder einem anderweitigen Zustand betroffen ist. Prävalenzen geben damit gegebenenfalls Auskunft über die (Bestands-) Häufigkeit von Krankheiten und liefern so beispielsweise die Antwort auf Fragen nach der Anzahl der Menschen, die im Jahr 2016 an Depressionen oder an Bluthochdruck litten.

Prävalenzen geben Auskunft über die (Bestands-)Häufigkeit von Krankheiten.

Inzidenzen – Häufigkeit von Neuerkrankungen

Von Prävalenzen abzugrenzen sind die sogenannten Inzidenzen, womit in der Epidemiologie die Maßzahlen für die Häufigkeit von Neuerkrankungen oder dem Eintritt anderer Ereignisse in Populationen innerhalb definierter Zeiträume bezeichnet werden. Inzidenzen geben also Auskunft über das Erkrankungsrisiko und können daher beispielsweise eine Antwort auf die Frage geben, wie hoch das Risiko ist, innerhalb

Inzidenzen geben Auskunft über das Erkrankungsrisiko.

des kommenden Jahres erstmals an Darmkrebs oder an Depressionen zu erkranken. Angaben wie diese lassen sich aus den Prävalenzangaben nur sehr bedingt abschätzen. Die Ausgangsbasis für die Berechnung von Inzidenzen sollte idealerweise immer eine – bezogen auf die jeweils betrachtete Krankheit – zunächst erkrankungsfreie Personengruppe bilden, da bereits erkrankte Personen definitionsgemäß nicht mehr von einer Neuerkrankung betroffen sein können.

Eine ideale, in der Praxis jedoch fast nie verfügbare Basis zur Berechnung von Inzidenzen chronischer Erkrankungen, denen auch die Depressionen zugeordnet werden, wäre eine Population, zu der ab der Geburt lückenlose und valide Daten im Hinblick auf die jeweils betrachteten Erkrankungen vorliegen. Im Rahmen von epidemiologischen Primärerhebungen können Studienteilnehmer alternativ zu den bereits vor Erhebungsbeginn aufgetretenen Krankheiten befragt werden. Die Validität dieser Informationen hängt dann allerdings vom Verständnis und der Informiertheit, dem Erinnerungsvermögen sowie der Auskunftswilligkeit der Teilnehmer ab.

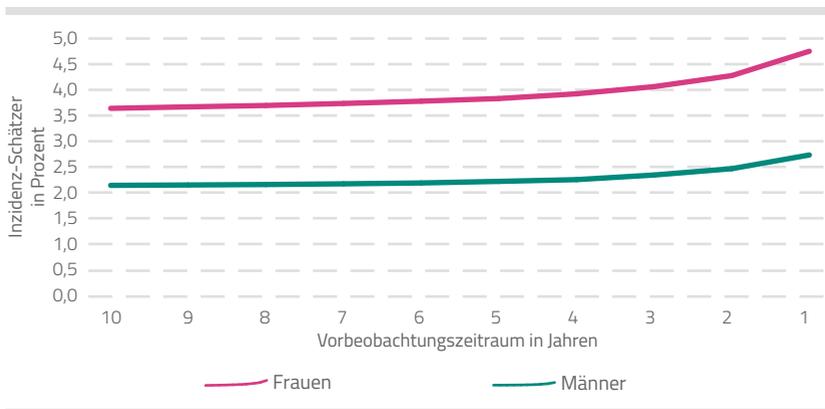
Für die vorliegenden Auswertungen zu den Inzidenzen in den Jahren 2015 und 2016 konnte auf die routinemäßig erfassten Daten für einen zehnjährigen Vorbeobachtungszeitraum zurückgegriffen werden, um eine inzidente, also erstmals aufgetretene Depression im Jahr 2015 oder im Jahr 2016 von dem erneuten Auftreten beziehungsweise dem Rezidiv einer Depression zu unterscheiden. Implizit wurde damit von der Auffassung einer Depression als langfristige chronische Erkrankung ausgegangen. Inwiefern eine erneut aufgetretene Depression nach einer langjährigen Remission als Neuerkrankung aufgefasst werden kann, soll an dieser Stelle nicht diskutiert werden.

Inzidenz-Schätzer zu Depressionen in Abhängigkeit von Vorbeobachtungszeiten

Werden chronische Erkrankungen ab ihrem ersten Auftreten nahezu durchgängig von Ärzten behandelt und dokumentiert, sollten Abschätzungen von Inzidenzen bereits auf Basis von Daten zu wenigen Beobachtungsjahren hinreichend präzise möglich sein. Im gegenteiligen Fall dürften auch Daten über viele Jahre nicht für eine genauere Abschätzung ausreichen.

Die Abbildung 3.9 zeigt Schätzwerte zu den Anteilen junger Erwachsener mit erstmals dokumentierter Depressionsdiagnose im Jahr 2016 nach Ausschluss von bereits zuvor Betroffenen mit Rückgriff auf Daten über einen Vorbeobachtungszeitraum von einem bis zu maximal zehn Jahren. Die Ergebnisse werden getrennt für Männer und Frauen berichtet, die im Jahr 2016 zwischen 18 und 25 Jahre alt waren. Entsprechende Berechnungen wurden genauso für das Jahr 2015 durchgeführt. Dabei zeigten sich sehr ähnliche Ergebnisse mit nur geringfügig höheren Inzidenz-Schätzern insbesondere bei den Männern, weshalb diese Ergebnisse nicht gesondert dargestellt werden. Methodisch handelt es sich bei den hier präsentierten Inzidenz-Schätzern um sogenannte kumulative Inzidenzen (englisch als „cumulative incidence“ oder „incidence proportion“ bezeichnet). Zur sprachlichen Vereinfachung wird nachfolgend verkürzt von Inzidenzen oder Inzidenz-Schätzern gesprochen.

Abbildung 3.9: Inzidenz-Schätzer zu Depressionen bei jungen Erwachsenen im Jahr 2016 nach Ausschluss von Erkrankten in Vorbeobachtungszeiträumen von einem bis zu maximal zehn Jahren



Quelle: Daten der BARMER zu jungen Erwachsenen 2016 im Alter von 18 bis 25 Jahren mit dokumentierten Vorversicherungszeiten und ohne vorausgehend erfasste Depressionsdiagnose über einen Zeitraum von einem Jahr (n = 606.421) bis zu zehn Jahren (n = 390.961)

Die Werte der administrativen Ein-Jahres-Prävalenzen im Jahr 2016 lagen für Frauen bei 9,7 Prozent und für Männer bei 5,4 Prozent. Schon der Ausschluss der bereits Erkrankten eines Vorjahres führt zu Inzidenz-Schätzern auf einem deutlich niedrigeren

Aktuell wird jährlich bei gut 2 % der männlichen und gut 3,5 % der weiblichen jungen Erwachsenen erstmals eine Depression dokumentiert.

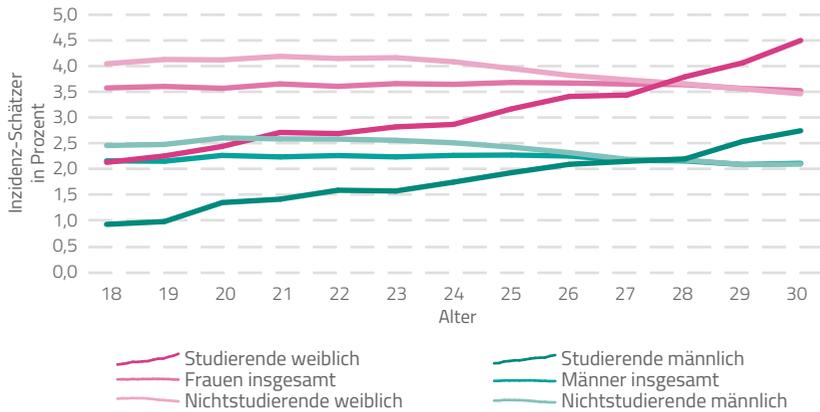
Niveau (vergleiche die Abbildung 3.9 ganz rechts). Die Ausweitung der Vorbeobachtung auf mehr als sieben Jahre führt demgegenüber nur noch zu sehr geringen Veränderungen der anschließend ermittelten Inzidenz-Schätzer. Als bestmöglicher Inzidenz-Schätzer der Auswertungen zum Jahr 2016 wurde nach Ausschluss von bereits Erkrankten aus zehn vorausgehenden Jahren für Männer ein Wert von 2,2 Prozent und für Frauen ein Wert von 3,6 Prozent ermittelt (vergleiche Abbildung 3.9 ganz links). Das Risiko, innerhalb des Jahres 2016 erstmals von einer Depressionsdiagnose betroffen zu sein, dürfte demnach bei zuvor nicht betroffenen Männern und Frauen im jungen Erwachsenenalter bei etwa zwei beziehungsweise gut 3,5 Prozent gelegen haben.

Die hier nicht gesondert dargestellten Abschätzungen zu altersspezifischen Inzidenzen zeigen in der betrachteten Altersgruppe von 18 bis 25 Jahren bei Männern und Frauen nahezu konstante Ergebnisse. Lediglich bei Männern im Alter von 18 Jahren deuten sich bei Auswertungen zum Jahr 2016 Werte an, die tendenziell unterhalb der genannten zwei Prozent liegen. Innerhalb des jungen Erwachsenenalters lässt sich damit keine besonders vulnerable Phase für die erstmalige Diagnose von Depressionen identifizieren.

Inzidenzen von Depressionen bei Studierenden und Nichtstudierenden

Ergänzend wurden für das Jahr 2015 auch geschlechts- und altersspezifische Inzidenz-Schätzer für Depressionen in einer Gruppe von Studierenden und bei Nichtstudierenden für die Altersgruppen von 18 bis 30 Jahren ermittelt. Als Studierende werden im Rahmen dieser Beobachtung Personen mit einem dokumentierten Studierendenstatus im Wintersemester 2015/2016 bezeichnet. Nichtstudierende sind Personen, für die sich auch in den umliegenden Jahren 2014 bis 2016 kein Hinweis auf ein Studium findet. Als Inzidenz-Schätzer werden Betroffenenanteile von Personen ohne Dokumentation einer Depressionsdiagnose innerhalb der zehn vorausgehenden Jahre ab dem Jahr 2005 angegeben. Um zufällige Ergebnisschwankungen zu reduzieren, werden jeweils über drei Ein-Jahres-Altersgruppen gemittelte Ergebnisse berichtet.

Abbildung 3.10: Inzidenz-Schätzer für Depressionsdiagnosen nach Geschlecht und Alter bei Studierenden und Nichtstudierenden 2015



Quelle: Daten der BARMER zu n = 120.615 Studierenden und n = 411.579 Nichtstudierenden 2015 im Alter von 18 bis 30 Jahren mit dokumentierten Vorversicherungszeiten und ohne vorausgehend erfasste Depressionsdiagnose über einen Zeitraum von zehn Jahren

Offensichtlich liegen die Inzidenz-Schätzer für Depressionen bei jungen Studierenden erheblich niedriger als bei gleichaltrigen Nichtstudierenden. Das Risiko für die erstmalige Dokumentation einer Depression innerhalb des Jahres 2015 war bei Studierenden im Alter von 18 Jahren nur etwa halb so hoch wie bei Nichtstudierenden. Während die Inzidenzen bei Nichtstudierenden altersabhängig zunächst relativ konstant erscheinen und nach Vollendung des 25. Lebensjahres tendenziell sinken, lässt sich demgegenüber bei den Studierenden mit zunehmendem Alter ein stetiger Anstieg der Inzidenzen feststellen. Bedingt durch diese Entwicklung liegt das Risiko für die erstmalige Dokumentation einer Depression für Studierende im Alter von 29 und 30 Jahren dann schließlich deutlich über dem Risiko bei Nichtstudierenden.

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für erstmals diagnostizierte Depressionen bei Studierenden deutlich, während es bei Nichtstudierenden mit dem Alter eher sinkt.

Neuerkrankungen – Betroffene bezogen auf die betrachteten Gesamtpopulationen

Maßzahlen zu Inzidenzen im epidemiologischen Sinn beziehen sich rechnerisch – wie bereits eingangs erläutert – immer auf eine zuvor nicht betroffene Population. Will

man auf der Basis von Studienergebnissen die Hochrechnungsergebnisse zur Zahl der Neuerkrankungen in der Bevölkerung ermitteln, muss zunächst der Anteil der erstmals erkrankten Personen an der jeweiligen Gesamtbevölkerung ermittelt werden. Nach entsprechenden Berechnungen und anschließender Hochrechnung dürfte es unter den etwa 7,3 Millionen jungen Erwachsenen im Alter von 18 bis 25 Jahren in Deutschland im Jahr 2015 schätzungsweise 76.000 Männer und 105.000 Frauen, also insgesamt 181.000 Personen mit der erstmaligen Diagnose einer Depression gegeben haben. Darunter befanden sich insgesamt 32.600 Studierende, davon waren etwa 12.200 männlich und 20.400 weiblich, wobei auch hier die Diagnosen nur dann als erstmalige Erkrankungen gezählt wurden, wenn bei den Betroffenen in den zehn vorausgehenden Jahren trotz nachweislicher Versicherung keine gesicherte Depressionsdiagnose dokumentiert war.

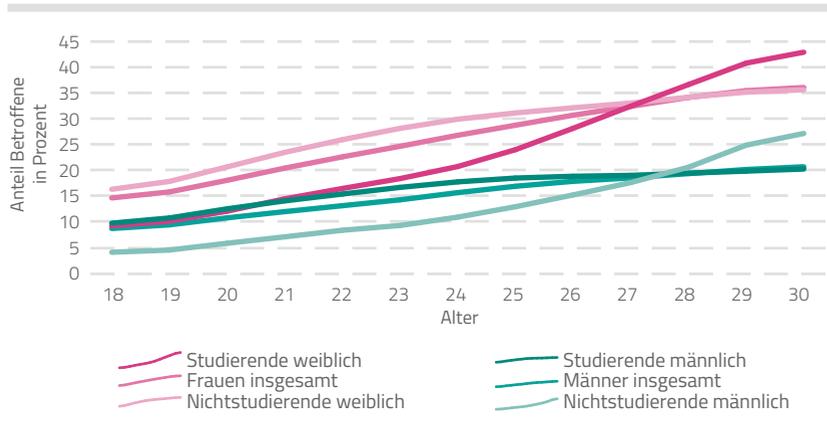
Prävalenzen bezogen auf mehrere Jahre – kumulative Prävalenzen

Im Routineteil und auch in den vorausgegangenen Abschnitten zum Schwerpunkt des Arztreports beziehen sich die Angaben zu Betroffenen in der Regel auf einzelne Kalenderjahre. Da in einzelnen Jahren typischerweise auch unterschiedliche Personen betroffen sind – andernfalls würde für die Berechnung von Inzidenzen der Wert 0 resultieren – ergeben die Berechnungen von Betroffenenraten über mehrere Jahre in der Regel deutlich höhere Werte. Beziehen sich die Berechnungen im Extremfall auf die gesamte bisherige Lebensspanne, kann man auch von sogenannten Lebenszeitprävalenzen sprechen. Im Rahmen epidemiologischer Primärerhebungen beruhen die Abschätzungen zu Lebenszeitprävalenzen – mit den befragungstypischen Einschränkungen – oftmals auf Angaben zu Fragen wie „Litten Sie in Ihrem bisherigen Leben jemals an [...]“.

Maßgeblich basierend auf den Zusammenstellungen von Daten, die bereits für die Auswertungen zu Inzidenzen bei Studierenden und Nichtstudierenden genutzt wurden, wurden für die Darstellung in der Abbildung 3.11 die altersspezifischen Prävalenzen für junge Erwachsene mit kontinuierlicher Versicherung bei der BARMER in den Jahren 2005 bis einschließlich 2015 ermittelt. Dabei konnten die Angaben zu ambulant gesicherten Diagnosen und Diagnosen von Krankenhausbehandlungen aus insgesamt elf Jahren berücksichtigt werden. Da Depressionsdiagnosen bei Kindern eher selten

sind, dürften sich insbesondere die dargestellten Ergebnisse zu den jüngeren Altersgruppen kaum von den Ergebnissen unterscheiden, die bei einer vollständigen Verfügbarkeit von entsprechenden Daten zur gesamten bisherigen Lebensspanne der betrachteten Personen zu erwarten gewesen wären.

Abbildung 3.11: Elf-Jahres-Prävalenz-Schätzer für Depressionsdiagnosen nach Geschlecht und Alter bei Studierenden und Nichtstudierenden 2015



Quelle: Daten der BARMER zu n = 140.032 Studierenden und n = 514.310 Nichtstudierenden 2015 im Alter von 18 bis 30 Jahren mit dokumentierten Versicherungszeiten über einen Zeitraum von insgesamt elf Jahren von 2005 bis 2015

Innerhalb des jungen Erwachsenenalters zeigt sich erwartungsgemäß ein deutlicher Anstieg der altersspezifisch ermittelten administrativen Elf-Jahres-Prävalenzen. Bei Männern steigt der Wert von knapp neun Prozent im Alter von 18 Jahren auf gut 17 Prozent im Alter von 25 Jahren, bei Frauen steigt der Wert von knapp 15 Prozent auf etwa 29 Prozent. In der genannten Altersspanne waren nach altersstandardisierten Berechnungen insgesamt 13 Prozent der Männer und rund 22 Prozent der Frauen betroffen. Geschlechtsübergreifend waren etwas mehr als 17 Prozent betroffen. Demnach dürfte von den 7,3 Millionen jungen Erwachsenen in Deutschland im Jahr 2015 bei insgesamt 1,27 Millionen Personen innerhalb von elf Jahren zwischen 2005 und 2015 mindestens einmal eine gesicherte Diagnose einer Depression dokumentiert worden sein, darunter bei 494.000 Männern und 774.000 Frauen.

In Daten zu elf Beobachtungsjahren fand sich bei 17 % der jungen Erwachsenen mindestens eine Depressionsdiagnose.

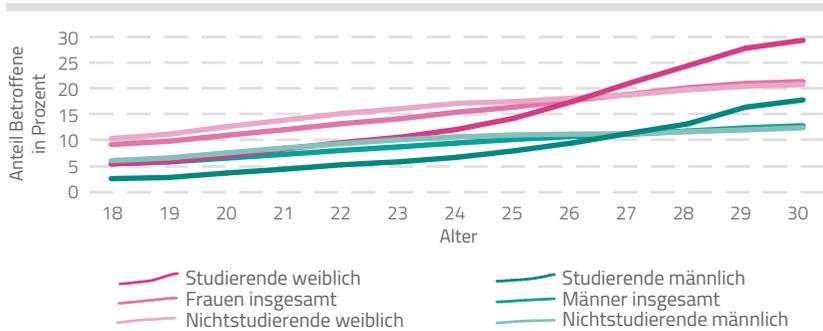
Studierende waren im jungen Erwachsenenalter bei einer Elf-Jahres-Prävalenz von rund 13 Prozent deutlich seltener betroffen als Nichtstudierende mit 19 Prozent. Nach einer Hochrechnung der vorliegenden Ergebnisse dürften von den rund 1,7 Millionen Studierenden im Alter zwischen 18 und 25 Jahren im Jahr 2015 in den Jahren ab 2005 insgesamt rund 221.000 Studierende mindestens einmal von einer Depressionsdiagnose betroffen gewesen sein, darunter 76.000 männliche (8,7 Prozent) und 145.000 weibliche Studierende (16,5 Prozent).

Ab einem Alter von 28 Jahren lagen die administrativen Elf-Jahres-Prävalenzen in der dann insbesondere in Kassendaten nur noch vergleichsweise kleinen Gruppe der Studierenden höher als bei den Nichtstudierenden. Im Alter von 30 Jahren ließ sich bei den männlichen Studierenden ein Wert von über 25 Prozent und bei weiblichen Studierenden von über 40 Prozent ermitteln.

Kumulative Prävalenzen – ausschließliche Zählung mehrfach dokumentierter Diagnosen

Von einer mindestens einmaligen Dokumentation einer gesicherten Depressionsdiagnose waren nach den zuvor dargestellten Auswertungen innerhalb von elf Jahren bis zum Jahr 2015 ausgesprochen große Anteile der jungen Erwachsenen betroffen. Im Sinne einer Sensitivitätsanalyse wurden vor diesem Hintergrund ansonsten gleichartige Berechnungen durchgeführt, bei denen ausschließlich Depressionsdiagnosen berücksichtigt wurden, die innerhalb einzelner Kalenderjahre im Rahmen einer ambulanten Behandlung in mindestens zwei unterschiedlichen Behandlungsfällen oder einmalig im Krankenhaus dokumentiert waren.

Abbildung 3.12: Elf-Jahres-Prävalenz-Schätzer nach Geschlecht und Alter bei Studierenden und Nichtstudierenden 2015 – ausschließliche Zählung mehrfach dokumentierter Depressionsdiagnosen



Quelle: Daten der BARMER zu n = 140.032 Studierenden und n = 514.310 Nichtstudierenden 2015 im Alter von 18 bis 30 Jahren mit dokumentierten Versicherungszeiten über einen Zeitraum von insgesamt elf Jahren von 2005 bis 2015

Nach einer Beschränkung der Zählung auf mindestens zweimal dokumentierte Diagnosen zeigen sich bei grundsätzlich ähnlichen altersabhängigen Verläufen deutlich reduzierte Betroffenenraten. Im jungen Erwachsenenalter von 18 bis 25 Jahren waren insgesamt rund acht Prozent der Männer und rund 13 Prozent der Frauen betroffen, geschlechtsübergreifend waren es zehn Prozent. Demnach dürfte von den 7,3 Millionen jungen Erwachsenen in Deutschland im Jahr 2015 bei insgesamt 729.000 Personen innerhalb der elf Jahre zwischen 2005 und 2015 die gesicherte Diagnose einer Depression in mindestens einem Jahr zweimal dokumentiert worden sein, darunter bei 285.000 Männern und 444.000 Frauen. Studierende waren im jungen Erwachsenenalter bei einer Elf-Jahres-Prävalenz von sieben Prozent auch hier deutlich seltener betroffen als die Nichtstudierenden mit 11 Prozent. Nach einer Hochrechnung der vorliegenden Ergebnisse dürften von den rund 1,7 Millionen Studierenden im Alter zwischen 18 und 25 Jahren im Jahr 2015 in den Jahren ab 2005 insgesamt rund 124.000 Studierende innerhalb mindestens eines Jahres mehrfach von Depressionsdiagnosen betroffen gewesen sein, darunter 43.000 männliche (4,9 Prozent) und 81.000 weibliche Studierende (9,2 Prozent).

Bei 10 % der jungen Erwachsenen wurde in mindestens einem von elf Beobachtungsjahren eine Depression auch mehrmals dokumentiert.

Persistenz von Depressionsdiagnosen

Depressionen sind wie viele Erkrankungen per se keinesfalls immer als eine lebenslang chronische und dabei permanent betreuungs- und behandlungsbedürftige Erkrankung anzusehen. Hinzu kommt bei den hier betrachteten Diagnosen aus der routinemäßigen Versorgung, dass nicht allen erfassten Diagnosen eine sorgfältige und umfassende Abklärung zugrunde liegen dürfte und mit den Diagnosen zudem auch eine unterschiedlich stark ausgeprägte depressive Symptomatik erfasst werden kann. Der nachfolgende Abschnitt befasst sich vor diesem Hintergrund mit der Frage, bei welchen Anteilen der in einem bestimmten Jahr dokumentierten Depressionsdiagnosen auch in Folgejahren noch Hinweise auf ein Fortbestehen der Erkrankung auftauchen.

Als Ausgangs- beziehungsweise Indexjahr für eine entsprechende Betrachtung wurde das Jahr 2011 gewählt. Auf Basis der aktuell verfügbaren Daten konnten damit Verläufe über fünf Folgejahre bis zum Jahr 2016 betrachtet werden. Ausgewählt wurden Personen, die sich im Indexjahr im jungen Erwachsenenalter befanden, also zwischen 18 und 25 Jahre alt waren, und die nachweislich bereits im Jahr 2010 bei der BARMER versichert waren. Auf Basis der Diagnoseangaben im Indexjahr wurden – zum Teil unter Einbeziehung von Informationen aus dem Vorjahr – unterschiedliche Gruppen von Personen gebildet.

Tabelle 3.14: Junge Erwachsene 2011 – Persistenz von Depressionsdiagnosen bis 2016

Gruppe	Anteil 2011	Anteil junger Erwachsener mit Depressionsdiagnosen in definierten Folgeintervallen nach 2011 in Prozent				
		Jahr 1	Jahr 2 bis 3	Jahr 4 bis 5	min. ein Intervall	alle Intervalle
alle betrachteten jungen Erwachsenen	100	7	11	13	20	3
keine Depression 2010 und 2011	91,5	3	8	10	15	1
Depressionsdiagnosen im Jahr 2011:						
mindestens einmalig gesicherte Depressionsdiagnose	6,2	57	57	53	75	37
keine dokumentierte Depression	93,8	4	8	10	16	1
nur einmalig gesicherte ambulante Depressionsdiagnose	2,6	32	38	37	57	16
mindestens zweimalig gesicherte Depressionsdiagnose	3,6	75	72	65	88	52
Depressionsdiagnose amb. nur durch nicht spez. amb. Ärzte	4,0	50	53	49	70	32
Depressionsdiagnose durch amb. Facharzt (FA)	1,3	68	66	61	83	47
Depressionsdiagnose durch amb. Psychotherapeut (PT)	0,6	69	62	54	83	40
Depressionsdiagnose durch FA und PT	0,2	89	82	76	95	67
vollstationäre Krankenhausbehandlung wegen Depression	0,3	77	76	72	90	59
ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnose	2,7	46	49	47	67	28
Diagnose einer leichten Depression (inkl. Dysthymie)	0,9	54	53	48	72	32
Diagnose einer mittelgradigen Depression	1,7	66	65	59	82	44
Diagnose einer schweren Depression	0,9	74	73	67	88	55

Quelle: Daten der BARMER zu n = 665.326 jungen Erwachsenen 2011 im Alter von 18 bis 25 Jahren mit kontinuierlich dokumentierten Versicherungszeiten 2010 bis 2012, n = 602.091 mit Versicherung bis einschließlich 2014, n = 532.649 mit kontinuierlich dokumentierter Versicherung bis einschließlich 2016; Anteile der in definierten Folgezeiträumen von einer mindestens einmal dokumentierten gesicherten Depressionsdiagnose betroffenen jungen Erwachsenen (nicht standardisierte Ergebnisse)

hohe Persistenz von
Depressionen im
Beobachtungszeitraum
von fünf Jahren

Die Ergebnisse in der Tabelle 3.14 weisen auf eine relativ hohe Persistenz der im Indexjahr 2011 dokumentierten Diagnosen hin. Erwartungsgemäß gilt dies insbesondere bei den Diagnosen einer schweren Depression, sofern die Depressionen im Jahr 2011 den Anlass für eine vollstationäre Behandlung im Krankenhaus bildeten. Bei mehr als zwei Dritteln der Betroffenen wurde auch noch vier oder fünf Jahre nach dem Indexjahr 2011 eine gesicherte Depression in den Routinedaten dokumentiert. Zu einem Anteil von weniger als 50 Prozent im vierten oder fünften Folgejahr von Depressionen betroffen waren nach einer Diagnose im Jahr 2011 lediglich diejenigen jungen Erwachsenen, bei denen eine Depression im Jahr 2011 ausschließlich in einem einzelnen ambulanten Behandlungsfall dokumentiert war, wenn es sich ausschließlich um unspezifische Depressionen (8er- und 9er-Schlüssel) oder um explizit als leicht klassifizierte Depressionen handelte oder wenn die Diagnose ambulant ausschließlich durch Nichtfachärzte gestellt wurde.

Behandlungen bei Depressionen

Der vorliegende Abschnitt befasst sich mit der medizinischen Betreuung und Therapie von jungen Erwachsenen mit und ohne Depressionsdiagnosen. Die Auswertungen beschränken sich dabei auf $n = 636.843$ junge Erwachsene mit kontinuierlich dokumentierter Versicherung in den Jahren 2014 bis 2016. Betrachtet werden ähnlich wie bei den vorausgehenden Auswertungen zur Persistenz von Depressionen zunächst Personengruppen mit unterschiedlich abgegrenzten Depressionsdiagnosen innerhalb eines Jahres, hier im Jahr 2015.

Ausgehend von dem Quartal der erstmaligen Dokumentation einer Depressionsdiagnose innerhalb des Jahres 2015, das bei 54 Prozent der Betroffenen das erste Quartal des Jahres war, wurden bei den Betroffenen die Inanspruchnahmen der gesundheitlichen Versorgung über insgesamt fünf Quartale betrachtet. Bei zu Vergleichszwecken betrachteten Personen ohne eine Depressionsdiagnose im Jahr 2015 wurden einheitlich die fünf Quartale von 1. Januar 2015 bis zum 31. März 2016 berücksichtigt. Innerhalb dieses Zeitraums von fünf Quartalen wurden folgende Inanspruchnahmen ermittelt:

- fachärztliche Behandlungen bei niedergelassenen Nervenärzten (FA) und Behandlungen bei psychologischen Psychotherapeuten (PT)⁶, sofern im Rahmen der Behandlungsfälle eine psychische Störung gemäß ICD10-Kapitel V dokumentiert war,
- vollstationäre Behandlungsfälle in Krankenhäusern (v.KH), sofern sie mit der Hauptentlassungsdiagnose und demnach vorrangig aufgrund einer psychischen Störung erfolgten,
- teilstationäre und gegebenenfalls auch vorstationäre Behandlungsfälle in Krankenhäusern (t.KH) mit der Hauptdiagnose einer psychischen Störung,
- ambulante Behandlungen in Krankenhäusern (a.KH) bei Diagnose einer psychischen Störung und
- Verordnungen von Psychopharmaka (Ps.Ph) mit gesondert ausgewiesenen Kennwerten auch zur Subgruppe der Antidepressiva (N06A).

Mit diesem Vorgehen werden bewusst nicht nur spezifische Behandlungen von Depressionen, sondern auch die Behandlungen von anderweitigen psychischen Störungen betrachtet, die nach den vorausgehenden Auswertungen jedoch oftmals mit Depressionen assoziiert sind. Um einschätzen zu können, welche Anteile der erfassten Behandlungen von psychischen Störungen auch unabhängig von den Depressionsdiagnosen zu erwarten wären, werden in den nachfolgenden Ergebnisdarstellungen stets auch Kennzahlen zu den nicht von Depressionen betroffenen jungen Erwachsenen dargestellt.

Die Tabelle 3.15 zeigt für unterschiedlich abgegrenzte Gruppen junger Erwachsener zunächst Angaben zu den Anteilen derjenigen Personen, bei denen die zuvor gelisteten Inanspruchnahmen der Versorgung innerhalb von fünf Quartalen mindestens einmal dokumentiert waren.

Bei etwas mehr als sieben Prozent der hier betrachteten jungen Erwachsenen war nach den Ergebnissen von bevölkerungsgewichteten Auswertungen im Jahr 2015 mindestens einmal ambulant (gesichert) oder im Krankenhaus die Diagnose einer

⁶ Als Fachärzte wurden Ärzte aus den Fachgruppen 47, 51, 53, 58, 60, 61 gemäß Kennung in der „Lebenslangen Arztnummer“ gezählt, als Psychotherapeuten (nicht ärztlich) die Fachgruppen 68 und 69 (vergleiche Tabelle A 5 im Anhang).

rund 45 % der jungen
Erwachsenen mit
Depressionsdiagnose ohne
Hinweis auf fachspezifische
Betreuung

Depression dokumentiert worden, 93 Prozent waren im Jahr 2015 nicht von einer entsprechenden Diagnose betroffen. Die in der Tabelle dargestellten Inanspruchnahmeraten unterscheiden sich zwischen diesen beiden Gruppen wie zu erwarten erheblich. Während innerhalb eines Zeitraums von fünf Quartalen einschließlich des Diagnosequartals 35 beziehungsweise 26 Prozent der jungen Erwachsenen mit mindestens einmaliger gesicherter Depressionsdiagnose Kontakt zu Fachärzten oder Psychotherapeuten hatten (mit fallbezogener Dokumentation psychischer Störungen), lag der Anteil bei jungen Erwachsenen ohne eine Depressionsdiagnose im Jahr 2015 bei lediglich 2,5 beziehungsweise 1,6 Prozent. Bewertet man die voll- und teilstationären sowie die ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern neben den ambulanten Behandlungen bei Fachärzten und Psychotherapeuten grundsätzlich als Behandlungen durch Fachspezialisten, ergibt sich ein Anteil von rund 55 Prozent der jungen Erwachsenen mit Depressionsdiagnose, der innerhalb von fünf Quartalen zumindest zwischenzeitlich entsprechend behandelt wurde. Bei 45 Prozent fand sich kein Hinweis auf eine Behandlung durch einen auf psychische Störungen spezialisierten Arzt oder Psychotherapeuten.

Die höchsten Behandlungsraten finden sich erwartungsgemäß bei schweren Depressionen. Eine Ausnahme bilden dabei lediglich Behandlungen bei niedergelassenen Psychotherapeuten, die bei mittelgradigen Depressionen noch häufiger als bei schweren Depressionen in eine Behandlung involviert sind.

Tabelle 3.15: Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsene 2015 mit sowie ohne Depressionsdiagnosen in unterschiedlichen Abgrenzungen – Anteile der Personen mit Behandlung

Gruppe	Anteil 2015	Behandlungen bei psychischen Störungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen; Anteil Betroffener in Prozent									
		FA	PT	v.KH	t.KH	a.KH	FGes	Ps.Ph	N06A	BGes	
alle jungen Erwachsenen	100	4,8	3,4	1,6	0,4	2,3	8,1	5,7	4,0	10,2	
keine dokumentierte Depression	92,7	2,5	1,6	0,8	0,1	1,0	4,4	2,9	1,4	5,9	
mindestens einmalige Depressionsdiagnose	7,33	34,9	26,3	13,0	4,5	18,4	54,7	41,5	36,5	64,3	
nur einmalig ambulante Depressionsdiagnose	2,56	23,3	16,4	4,8	1,2	6,9	36,7	25,7	21,4	46,6	
mindestens zweimalig gesicherte Depressionsdiagnose	4,77	41,2	31,6	17,3	6,2	24,6	64,4	49,9	44,6	73,8	
ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnose	2,46	18,3	12,7	4,9	1,2	7,9	29,9	28,1	23,5	42,4	
Diagnose einer leichten Depression (inkl. Dysthymie)	1,27	30,2	28,0	4,4	1,2	11,2	51,7	26,9	21,7	58,3	
Diagnose einer mittelgradigen Depression	2,44	44,2	36,0	14,2	5,1	23,6	69,9	49,3	44,5	79,0	
Diagnose einer schweren Depression	1,15	56,1	32,6	37,1	13,6	37,8	78,9	69,7	63,4	86,5	

Quelle: Daten der BARMER zu n = 636.843 jungen Erwachsenen 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren mit kontinuierlich dokumentierten Versicherungszeiten 2014 bis 2016; Anteile der innerhalb von fünf Quartalen ab dem ersten Quartal der Dokumentation einer Depression im Jahr 2015 in bestimmten Versorgungsbereichen behandelten Personen; FA: fachärztliche Behandlung; PT: Behandlung bei psychologischen Psychotherapeuten; v.KH, t.KH, a.KH: vollstationäre, teilstationäre beziehungsweise ambulante Behandlung im Krankenhaus; FGes: fachliche Betreuung durch vorgenannte Gruppen gesamt; Ps.Ph: Psychopharmaka-Verordnung; N06A: Antidepressiva-Verordnung; BGes: fachliche Betreuung und/oder Psychopharmaka-Verordnung (gewichtet D2015BL1)

Tabelle 3.16: Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2015 mit beziehungsweise ohne Depressionsdiagnosen in unterschiedlichen Abgrenzungen – verschiedene Behandlungskennzahlen

Gruppe	Anteil 2015	Behandlungen bei psychischen Störungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen; Mittelwerte						
		Behandlungsfälle		Behandlungstage			DDD	
		FA	PT	v.KH	t.KH	a.KH	Ps.Ph	NO6A
alle jungen Erwachsenen	100	0,1	0,1	0,6	0,2	0,2	13,5	9,5
keine dokumentierte Depression	92,7	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	4,6	1,8
mindestens einmalige Depressionsdiagnose	7,33	1,0	0,8	5,9	2,1	1,9	127,1	107,3
nur einmalig ambulante Depressionsdiagnose	2,56	0,5	0,4	1,8	0,6	0,6	45,3	36,4
mindestens zweimalig gesicherte Depressionsdiagnose	4,77	1,3	1,1	8,0	2,9	2,6	171,0	145,4
ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnose	2,46	0,5	0,4	1,7	0,6	0,7	60,5	48,9
Diagnose einer leichten Depression (inkl. Dysthymie)	1,27	0,8	0,9	1,5	0,5	1,4	64,3	51,5
Diagnose einer mittelgradigen Depression	2,44	1,3	1,2	5,9	2,3	2,7	150,5	131,5
Diagnose einer schweren Depression	1,15	1,8	1,0	19,4	6,5	3,4	288,8	242,1

Quelle: Daten der BARMER zu n = 636.843 jungen Erwachsenen 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren mit kontinuierlich dokumentierten Versicherungszeiten 2014 bis 2016; Maßzahlen zu Behandlungen innerhalb von fünf Quartalen ab dem ersten Quartal der Dokumentation einer Depression im Jahr 2015 in bestimmten Versorgungsbereichen; FA: fachärztliche Behandlung; PT: Behandlung bei psychologischen Psychotherapeuten; v.KH, t.KH, a.KH: vollstationäre, teilstationäre beziehungsweise ambulante Behandlung im Krankenhaus; Ps.Ph: Psychopharmaka-Verordnung; NO6A: Antidepressiva-Verordnung; BGes: fachliche Betreuung und/oder Psychopharmaka-Verordnung (gewichtet D2015BL1)

Analog zur vorausgehenden Tabelle 3.15 liefert die Tabelle 3.16 weitere Kennzahlen zu den Behandlungen von jungen Erwachsenen mit und ohne Diagnosen einer Depression innerhalb von fünf Quartalen ab der Diagnosedokumentation. Im Hinblick auf ambulante Behandlungen bei Fachärzten und psychologischen Psychotherapeuten werden durchschnittliche Behandlungsfallzahlen genannt, wobei ein hier gezählter ambulanter

Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfall jeweils alle Behandlungen des Arztes oder Psychotherapeuten innerhalb eines Quartals zusammenfasst. Zu den voll- und teilstationären sowie ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern werden durchschnittliche Behandlungstage ausgewiesen. Insbesondere bei den teilstationären Behandlungen sind diese Tagesangaben mit Zurückhaltung zu interpretieren, da ihre Dokumentation in den verwendeten Daten nicht immer eindeutig ist. Im Hinblick auf Psychopharmaka und die zu den Psychopharmaka zählenden Antidepressiva werden schließlich die durchschnittlich verordneten definierten Tagesdosen (DDD) berichtet, wobei sich die durchschnittlichen Angaben jeweils auf alle Gruppenmitglieder beziehen. So erhielten beispielsweise Personen mit schweren Depressionen laut der Tabelle 3.16 durchschnittlich 242 DDD Antidepressiva. Da gemäß der Tabelle 3.15 nur 63 Prozent behandelt wurden, dürfte die Dosierung bei den medikamentös Behandelten bei rund 380 DDD gelegen haben.

Die Tabelle 3.17 zeigt schließlich die Ergebnisse von Abschätzungen zu den Kosten der bereits zuvor dargestellten Behandlungen. Auch hier werden Durchschnittswerte berichtet, die sich jeweils auf alle Personen der in Abhängigkeit von Depressionsdiagnosen gebildeten Gruppen beziehen. Mit Abstand die höchsten Kosten entstehen bei jungen Erwachsenen mit Depressionen innerhalb der hier betrachteten Versorgungsbereiche bei vollstationären Behandlungen von psychischen Störungen. Wurde mindestens einmal die gesicherte Diagnose einer Depression gestellt, lagen die Kosten bei den Betroffenen innerhalb von fünf Quartalen ab Dokumentation der Diagnose bereits bei durchschnittlich 1.498 Euro, bei jungen Erwachsenen mit der Diagnose einer schweren Depression waren es durchschnittlich gut 5.000 Euro. Lediglich in der Subgruppe von Personen mit expliziter Diagnose einer leichten Depression überstiegen die Behandlungskosten bei psychologischen Psychotherapeuten die Kosten von vollstationären Krankenhausbehandlungen.

Waren junge Erwachsene im Jahr 2015 nicht von einer ambulant als gesichert klassifizierten Depressionsdiagnose betroffen, wurden für diese Personen innerhalb von fünf Quartalen bis zum März des Jahres 2015 die Gesamtkosten für die Behandlung beliebiger psychischer Störungen über alle hier einbezogenen Versorgungsbereiche

durchschnittlich 2.629 Euro
Behandlungskosten
in fünf Quartalen nach
Depressionsdiagnose

in Höhe von durchschnittlich 84 Euro ermittelt (vergleiche die letzte Spalte in Tabelle 3.17). In der komplementären Gruppe mit mindestens einmal ambulant als gesichert dokumentierter Depression im Jahr 2015 lagen die entsprechenden Kosten durchschnittlich bei 2.629 Euro. War im Jahr 2015 mindestens einmal explizit die Diagnose einer schweren Depression erfasst, lagen die durchschnittlichen Kosten innerhalb von fünf Quartalen in dieser Subgruppe noch erheblich höher, nämlich bei durchschnittlich 7.162 Euro.

Tabelle 3.17: Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2015 mit beziehungsweise ohne Depressionsdiagnosen in unterschiedlichen Abgrenzungen – approximative Kosten

Gruppe	Anteil 2015	Behandlungen bei psychischen Störungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen; Mittelwerte in Euro							
		FA	PT	v.KH	t.KH	a.KH	Ps.Ph	N06A	BGes
alle jungen Erwachsenen	100	21	47	147	23	19	14	5	271
keine dokumentierte Depression	92,7	9	18	40	4	7	7	1	84
mindestens einmalige Depressionsdiagnose	7,33	177	415	1.498	266	171	101	54	2.629
nur einmalig ambulante Depressionsdiagnose	2,56	81	190	448	69	51	41	17	881
mindestens zweimalig gesicherte Depressionsdiagnose	4,77	229	536	2.063	371	236	133	74	3.568
ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnose	2,46	72	168	413	67	59	51	23	830
Diagnose einer leichten Depression (inkl. Dysthymie)	1,27	159	463	378	70	121	60	24	1.250
Diagnose einer mittelgradigen Depression	2,44	250	596	1.510	307	246	108	65	3.017
Diagnose einer schweren Depression	1,15	268	506	5.024	819	307	238	131	7.162

Quelle: Daten der BARMER zu n = 636.843 jungen Erwachsenen 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren mit kontinuierlich dokumentierten Versicherungszeiten 2014 bis 2016; approximative Behandlungskosten innerhalb von fünf Quartalen ab dem ersten Quartal der Dokumentation einer Depression im Jahr 2015 in bestimmten Versorgungsbereichen; FA: fachärztliche Behandlung; PT: Behandlung bei psychologischen Psychotherapeuten; v.KH, t.KH, a.KH: vollstationäre, teilstationäre beziehungsweise ambulante Behandlung im Krankenhaus; Ps.Ph: Psychopharmaka-Verordnung; N06A: Antidepressiva-Verordnung; BGes: Kosten für fachliche Betreuung und/oder Psychopharmaka-Verordnungen (gewichtet D2015BL1)

Behandlungen bei Depressionen – Studierende gegenüber Nichtstudierenden

Die nachfolgenden drei Tabellen enthalten ergänzend die Gegenüberstellungen von Ergebnissen zu den Behandlungen psychischer Störungen bei Studierenden und Nichtstudierenden, die mit derselben Methodik ermittelt wurden wie diejenigen zu den drei vorausgehend dargestellten Tabellen. Wie bei den Gegenüberstellungen in den Tabellen 3.5 und 3.9 wurden auch hier sowohl die Ergebnisse zu Studierenden als auch die Ergebnisse zu Nichtstudierenden einheitlich gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur von Studierenden in Deutschland im Wintersemester 2015/2016 standardisiert. Die dargestellten Ergebnisse lassen sich insofern für Hochrechnungen zu Studierenden in Deutschland nutzen. Die dargestellten Unterschiede zwischen Studierenden und Nichtstudierenden bestehen damit unabhängig von den Unterschieden in der Geschlechts- und Altersstruktur. Die hier für Nichtstudierende berichteten Kennwerte entsprechen (fiktiven) Ergebnissen bei Nichtstudierenden, die zu erwarten wären, wenn diese Gruppe dieselbe Geschlechts- und Altersstruktur wie die Studierenden im Wintersemester 2015/2016 aufwiese.

Bei einer Gegenüberstellung von Ergebnissen zu allen Studierenden im jungen Erwachsenenalter (STUD) mit Ergebnissen zu altersentsprechenden Nichtstudierenden (N-St.), unabhängig von gegebenenfalls dokumentierten Depressionen (vergleiche die ersten beiden Ergebniszeilen in Tabelle 3.18), zeigen sich bei den Studierenden lediglich im Hinblick auf psychologische Psychotherapeuten durchschnittlich höhere Inanspruchnahmen. Alle anderen Versorgungsbereiche werden häufiger von Nichtstudierenden genutzt.

Tabelle 3.18: Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2015 mit beziehungsweise ohne Depressionsdiagnosen, Studierende gegenüber Nichtstudierenden – Anteile der Personen mit Behandlung

Gruppe	Anteil 2015	Behandlungen bei psychischen Störungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen; Anteil Betroffener in Prozent									
		FA	PT	v.KH	t.KH	a.KH	FGes	Ps.Ph	N06A	BGes	
alle jungen Erwachsenen (N-St.)	100	5,2	3,3	1,9	0,5	2,4	8,4	6,5	4,6	10,9	
alle jungen Erwachsenen (STUD)	100	3,4	3,6	0,8	0,2	1,6	6,4	3,6	2,7	7,6	
keine dokumentierte Depression (N-St.)	91,6	2,6	1,5	0,8	0,1	1,0	4,4	3,2	1,6	6,1	
keine dokumentierte Depression (STUD)	95,0	1,7	1,8	0,3	0,0	0,7	3,5	1,7	1,0	4,4	
mindestens einmalige Depressionsdiagnose (N-St.)	8,35	33,9	23,2	13,4	5,0	17,9	52,5	42,1	36,9	62,9	
mindestens einmalige Depressionsdiagnose (STUD)	5,02	36,5	37,7	8,9	2,8	19,0	61,6	39,5	36,0	69,5	
ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnose (N-St.)	2,98	17,7	11,1	5,2	1,4	7,6	28,6	28,2	23,6	41,5	
ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnose (STUD)	1,49	18,5	18,9	2,8	0,5	8,3	32,8	27,8	24,1	44,9	
Diagnose einer leichten Depression (inkl. Dysthymie) (N-St.)	1,31	29,8	25,2	4,6	1,2	10,2	49,5	28,2	22,7	56,9	
Diagnose einer leichten Depression (inkl. Dysthymie) (STUD)	1,04	32,1	39,7	3,1	1,0	14,0	61,7	24,4	20,7	66,1	
Diagnose einer mittelgradigen Depression (N-St.)	2,67	43,3	32,4	14,3	5,7	22,8	67,4	50,4	45,4	77,6	
Diagnose einer mittelgradigen Depression (STUD)	1,86	44,9	49,3	9,4	2,9	24,6	77,5	46,4	43,3	84,5	
Diagnose einer schweren Depression (N-St.)	1,39	54,1	29,7	37,3	14,6	37,8	77,9	69,0	62,4	85,8	
Diagnose einer schweren Depression (STUD)	0,62	62,2	44,8	31,2	10,9	35,8	82,3	72,1	68,0	89,4	

Quelle: Daten der BARMER zu n = 144.087 studierenden und n = 492.756 nicht studierenden jungen Erwachsenen 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren mit kontinuierlich dokumentierten Versicherungszeiten 2014 bis 2016; Anteile der innerhalb von fünf Quartalen ab dem ersten Quartal der Dokumentation einer Depression im Jahr 2015 in bestimmten Versorgungsbereichen behandelten Personen; FA: fachärztliche Behandlung; PT: Behandlung bei psychologischen Psychotherapeuten; v.KH, t.KH, a.KH: vollstationäre, teilstationäre beziehungsweise ambulante Behandlung im Krankenhaus; FGes: fachliche Betreuung durch vorgenannte Gruppen gesamt; Ps.Ph: Psychopharmaka-Verordnung; N06A: Antidepressiva-Verordnung; BGes: fachliche Betreuung und/oder Psychopharmaka-Verordnung; Gewichtung gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur von Studierenden im Wintersemester 2015/2016 in Deutschland (vergleiche Tabelle 3.1)

Tabelle 3.19: Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2015 mit beziehungsweise ohne Depressionsdiagnosen, Studierende gegenüber Nichtstudierenden – verschiedene Behandlungskennzahlen

Gruppe	Anteil 2015 in Prozent	Behandlungen bei psychischen Störungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen in Mittelwerten						
		Behandlungsfälle		Behandlungstage			DDD	
		FA	PT	v.KH	t.KH	a.KH	Ps.Ph	N06A
alle jungen Erwachsenen (N-St.)	100	0,1	0,1	0,7	0,2	0,2	15,2	10,7
alle jungen Erwachsenen (STUD)	100	0,1	0,1	0,3	0,1	0,2	8,9	7,4
keine dokumentierte Depression (N-St.)	91,6	0,1	0,0	0,2	0,0	0,1	5,0	2,0
keine dokumentierte Depression (STUD)	95,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	2,4	1,3
mindestens einmalige Depressionsdiagnose (N-St.)	8,35	1,0	0,7	5,9	2,3	1,7	126,8	105,5
mindestens einmalige Depressionsdiagnose (STUD)	5,02	1,1	1,3	4,4	1,3	2,6	133,7	121,6
ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnose (N-St.)	2,98	0,4	0,3	1,8	0,6	0,6	58,9	47,1
ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnose (STUD)	1,49	0,5	0,6	1,3	0,2	1,0	68,3	58,3
Diagnose einer leichten Depression (inkl. Dysthymie) (N-St.)	1,31	0,8	0,8	1,6	0,6	1,2	65,8	52,0
Diagnose einer leichten Depression (inkl. Dysthymie) (STUD)	1,04	0,9	1,3	0,9	0,4	2,1	68,6	59,4
Diagnose einer mittelgradigen Depression (N-St.)	2,67	1,3	1,0	5,8	2,6	2,3	150,5	130,1
Diagnose einer mittelgradigen Depression (STUD)	1,86	1,4	1,8	4,5	1,2	3,9	157,0	146,4
Diagnose einer schweren Depression (N-St.)	1,39	1,7	0,9	19,2	6,8	3,2	283,7	233,5
Diagnose einer schweren Depression (STUD)	0,62	2,2	1,6	17,4	5,3	3,8	328,8	301,9

Quelle: Daten der BARMER zu n = 144.087 studierenden und n = 492.756 nicht studierenden jungen Erwachsenen 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren mit kontinuierlich dokumentierten Versicherungszeiten 2014 bis 2016; Maßzahlen zu Behandlungen innerhalb von fünf Quartalen ab dem ersten Quartal der Dokumentation einer Depression im Jahr 2015 in bestimmten Versorgungsbereichen; FA: fachärztliche Behandlung; PT: Behandlung bei psychologischen Psychotherapeuten; v.KH, t.KH, a.KH: vollstationäre, teilstationäre beziehungsweise ambulante Behandlung im Krankenhaus; Ps.Ph: Psychopharmaka-Verordnung; N06A: Antidepressiva-Verordnung; BGes: fachliche Betreuung und/oder Psychopharmaka-Verordnung; Gewichtung gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur von Studierenden im Wintersemester 2015/2016 in Deutschland (vergleiche Tabelle 3.1)

Tabelle 3.20: Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2015 mit beziehungsweise ohne Depressionsdiagnosen, Studierende gegenüber Nichtstudierenden – approximative Kosten

Gruppe	Anteil 2015 in Prozent	Behandlungen bei psychischen Störungen in unterschiedlichen Versorgungsbereichen (Mittelwerte in Euro)								
		FA	PT	v.KH	t.KH	a.KH	Ps.Ph	N06A	BGes	
alle jungen Erwachsenen (N-St.)	100	20	42	166	28	18	16	5	290	
alle jungen Erwachsenen (STUD)	100	19	55	63	10	17	7	4	171	
keine dokumentierte Depression (N-St.)	91,6	8	15	47	4	6	8	1	89	
keine dokumentierte Depression (STUD)	95,0	7	21	14	1	5	3	1	52	
mindestens einmalige Depressionsdiagnose (N-St.)	8,35	152	336	1.477	281	150	105	54	2.502	
mindestens einmalige Depressionsdiagnose (STUD)	5,02	242	692	987	164	240	86	60	2.412	
ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnose (N-St.)	2,98	61	136	422	73	50	52	23	795	
ausschließlich unspezifische Depressionsdiagnose (STUD)	1,49	107	285	259	29	87	45	26	811	
Diagnose einer leichten Depression (inkl. Dysthymie) (N-St.)	1,31	139	383	384	65	103	64	24	1.138	
Diagnose einer leichten Depression (inkl. Dysthymie) (STUD)	1,04	214	728	221	61	190	48	27	1.460	
Diagnose einer mittelgradigen Depression (N-St.)	2,67	216	491	1.415	322	212	112	64	2.768	
Diagnose einer mittelgradigen Depression (STUD)	1,86	319	948	997	164	351	98	72	2.877	
Diagnose einer schweren Depression (N-St.)	1,39	234	423	4.874	851	289	245	128	6.917	
Diagnose einer schweren Depression (STUD)	0,62	380	840	3.975	657	360	216	163	6.430	

Quelle: Daten der BARMER zu n = 144.087 studierenden und n = 492.756 nicht studierenden jungen Erwachsenen 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren mit kontinuierlich dokumentierten Versicherungszeiten 2014 bis 2016; approximative Behandlungskosten innerhalb von fünf Quartalen ab dem ersten Quartal der Dokumentation einer Depression im Jahr 2015 in bestimmten Versorgungsbereichen; FA: fachärztliche Behandlung; PT: Behandlung bei psychologischen Psychotherapeuten; v.KH, t.KH, a.KH: vollstationäre, teilstationäre beziehungsweise ambulante Behandlung im Krankenhaus; Ps.Ph: Psychopharmaka-Verordnung; N06A: Antidepressiva-Verordnung; BGes: Kosten für fachliche Betreuung und/oder Psychopharmaka-Verordnungen; Gewichtung gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur von Studierenden im Wintersemester 2015/2016 in Deutschland (vergleiche Tabelle 3.1)

Innerhalb von Subgruppen mit definierten Depressionsdiagnosen zeigen sich bei Studierenden regelmäßig höhere Inanspruchnahmen im Hinblick auf die Inanspruchnahme ambulanter Behandlungsoptionen (Fachärzte – FA, psychologische Psychotherapeuten – PT, ambulante Behandlungen in Krankenhäusern – a.KH), wohingegen teilstationäre (t.KH) und insbesondere vollstationäre Behandlungen (v.KH) häufiger bei Nichtstudierenden dokumentiert sind.

Studierende werden
häufiger im ambulanten
Setting betreut als
Nichtstudierende.

Die hier ermittelten Gesamtbehandlungskosten psychischer Störungen liegen bei Studierenden und Nichtstudierenden mit mindestens einmaliger Diagnose einer Depression durchschnittlich bei 2.412 Euro beziehungsweise 2.502 Euro und unterscheiden sich allenfalls moderat. Dabei fallen bei einer Diagnose von leichten Depressionen bei Studierenden tendenziell höhere Kosten an als bei Nichtstudierenden, bei schweren Depressionen gilt hingegen die umgekehrte Aussage. Insgesamt unterscheiden sich damit die Behandlungen von Studierenden und Nichtstudierenden bei bestimmten Formen dokumentierter Depressionen nach den vorliegenden Ergebnissen und abgesehen von einer bevorzugten Inanspruchnahme ambulanter Angebote durch Studierende eher graduell. Die scheinbare Präferenz ambulanter Behandlungsangebote bei Studierenden könnte dabei zum Teil auch aus einer höheren Zahl entsprechender Angebote an Hochschulstandorten resultieren.

Risikofaktoren für Depressionen

Der vorliegende und letzte Abschnitt zum Schwerpunktthema des Arztreports befasst sich mit den Risikofaktoren für Depressionsdiagnosen bei jungen Erwachsenen. Untersucht wurde dabei vorrangig, inwieweit das Risiko für eine im Jahr 2015 (ambulant in mindestens zwei Behandlungsfällen oder im Krankenhaus) dokumentierte Depression von unterschiedlichen und bereits in den Vorjahren dokumentierten Diagnosen psychischer Störungen sowie gegebenenfalls auch von entsprechenden Diagnosen abhängt, die nach verfügbaren Daten bei einem oder beiden Elternteilen dokumentiert waren. Als weitere potenzielle Prädiktoren wurden bei den Berechnungen zudem das Geschlecht und der Studierendenstatus der jungen Erwachsenen im Jahr 2015 sowie gegebenenfalls selten vorhandene Hinweise auf den Tod eines Elternteils berücksichtigt. Die Modellrechnungen wurden sowohl im Hinblick auf das Risiko für

Depressionsdiagnosen allgemein durchgeführt als auch im Hinblick auf das Risiko für die erstmalige Diagnose einer Depression mit nachweislicher Diagnosefreiheit in vier vorausgehenden Jahren 2011 bis 2014. Vollständige Angaben zu beiden Modellrechnungen sind der Tabelle A 15 im Anhang zu entnehmen.

Odds-Ratios (OR)
hier wie relative Risiken
interpretierbar

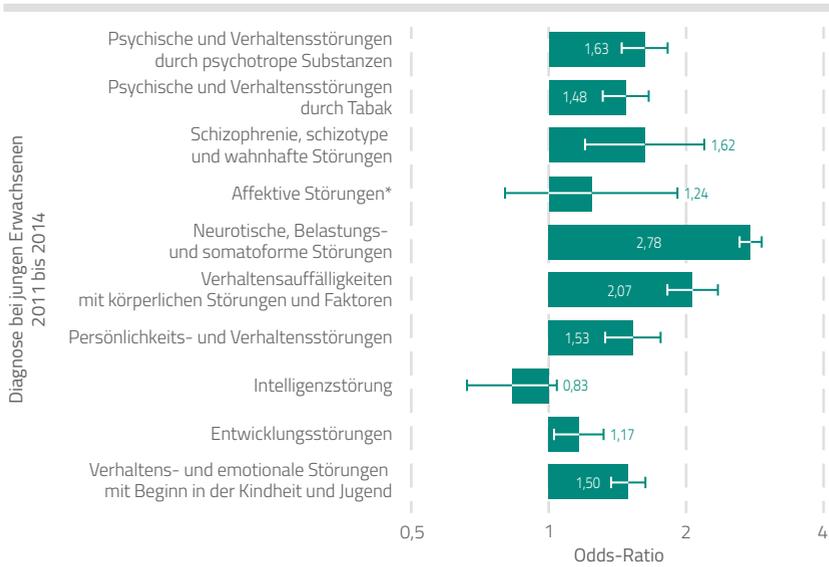
Im nachfolgenden Text sollen vorrangig die Ergebnisse zur Prädiktion einer erstmaligen Depression auf Basis von vorausgehend dokumentierten Diagnosen psychischer Störungen und entsprechenden Diagnosen bei den Eltern dargestellt und erläutert werden. Da von einer entsprechenden erstmaligen Diagnose einer Depression (ambulant in mindestens zwei Behandlungsfällen) nur ein vergleichsweise kleiner Teil von 1,4 Prozent der Untersuchungspopulation betroffen war, entsprechen die im logistischen Regressionsmodell ermittelten und hier nachfolgend als Effektschätzer dargestellten Odds-Ratios (OR) weitgehend den relativen Risiken (RR). Somit würde beispielsweise eine OR von 2 die Verdopplung des Risikos relativ zu einer Vergleichsgruppe anzeigen, eine OR von 0,5 entsprechend eine Halbierung. Weitere Erläuterungen zur OR sind im Abschnitt „Exkurs Odds-Ratio“ im Unterkapitel 3.2 „Datengrundlagen und Methoden“ zu finden.

Die Abbildung 3.13 zeigt die in der Modellrechnung ermittelten Einflüsse von den zuvor dokumentierten anderweitigen Diagnosen psychischer Störungen (in einer Differenzierung nach den Diagnosegruppen der ICD10-Klassifikation) als Prädiktoren einer nachfolgend erstmals dokumentierten Depression bei jungen Erwachsenen im Jahr 2015. Kein signifikanter Einfluss auf das Risiko für eine erstmals dokumentierte Depression war in der Modellrechnung für die gegebenenfalls innerhalb der Jahre 2011 bis 2014 dokumentierten Diagnosen von „Intelligenzstörungen“ (ICD10-Kodes F70 - F79) oder für „Affektive Störungen“ (F30 - F39) nachweisbar, wobei affektive Störungen bei dieser Modellrechnung zum Risiko für erstmalige Depressionen definitionsgemäß ausschließlich eher seltene Diagnosen umfassen, die nicht als Depression klassifiziert wurden.

Einen sehr ausgeprägten Einfluss auf das Depressionsrisiko zeigten demgegenüber im Vorfeld dokumentierte Diagnosen aus der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und

somatoforme Störungen“ (F40 - F48). Waren entsprechende Diagnosen bereits innerhalb der Jahre 2011 bis 2014 dokumentiert, war das Risiko für erstmals dokumentierte Depressionen im Jahr 2015 über zweieinhalbmal höher als bei Personen ohne entsprechende Vorerkrankungen (OR: 2,78; 95%-KI: 2,62 - 2,94; $p < 0,0001$). Auch bei einer Reihe von Diagnosen aus weiteren Diagnosegruppen war das Risiko für nachfolgend erstmals dokumentierte Depressionen merklich und statistisch signifikant erhöht.

Abbildung 3.13: Vorausgehend dokumentierte anderweitige Diagnosen psychischer Störungen als Prädiktoren einer nachfolgend dokumentierten Depression bei jungen Erwachsenen 2015



Quelle: Daten der BARMER zu Versicherten mit nachweislicher Versicherung 2011 bis 2015 jeweils in allen vier Quartalen, 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren; Schätzungen von Einflüssen ausgewählter Merkmale auf die Wahrscheinlichkeit einer erstmals und dabei mindestens zweifach ambulant dokumentierten Depression 2015 in logistischen Regressionsmodellen ($n = 494.867$; vergleiche Modell 1, Tabelle A 15 im Anhang); dargestellt werden Odds-Ratios (Chancenverhältnisse) mit 95-Prozent-Konfidenzintervallen; * ohne Depressionen

In einer separaten Modellrechnung, bei der sowohl der Hinweis auf vorausgehend dokumentierte Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen als auch ein entsprechender Hinweis zu den bei Eltern erfassten Diagnosen jeweils ausschließlich

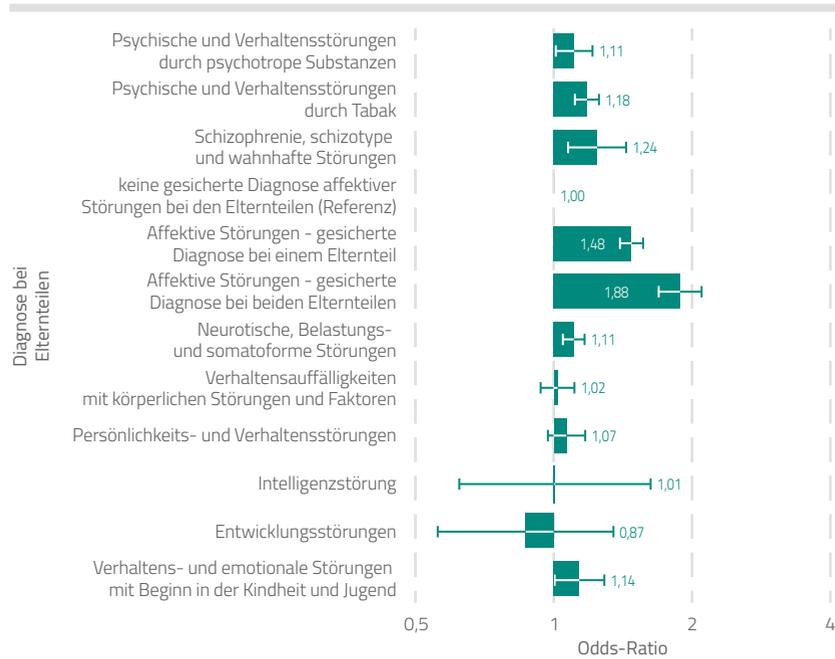
Depressionsrisiko bei
anderweitigen psychischen
Störungen im Vorfeld
nahezu dreifach erhöht

in Form einer einfachen Indikatorvariablen berücksichtigt wurde, zeigte sich bei den jungen Erwachsenen mit Diagnosen im zeitlichen Vorfeld im Vergleich zu denjenigen ohne einen solchen Hinweis ein nahezu dreimal höheres Risiko für eine nachfolgend erstmals erfasste Depression (OR: 2,93; 95%-KI: 2,79 - 3,07; $p < 0,0001$ bei einem Wald-Chi-Quadrat-Wert von 1875; Ergebnisse sind anderweitig nicht dargestellt).

Die Abbildung 3.14 zeigt die im Rahmen der Modellrechnung ermittelten Einflüsse von Diagnosen psychischer Störungen bei Elternteilen als Prädiktoren einer erstmals dokumentierten Depression bei jungen Erwachsenen im Jahr 2015, wobei die elterlichen Diagnosen aus gegebenenfalls verfügbaren Daten in einem weit gefassten Zeitraum vom Jahr 2005 bis zum Jahr 2015 berücksichtigt wurden. Als signifikante Prädiktoren für eine erstmalige Depression bei den ihnen zugeordneten Kindern beziehungsweise den hier betrachteten jungen Erwachsenen erwiesen sich die bei den Eltern dokumentierten Diagnosen aus den Gruppen „Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ (F10 - F19, ohne F17), „Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak“ (F17), „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ (F20 - F29), „Affektive Störungen“ (F30 - F39), „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ (F40 - F48) sowie „Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ (F90 - F98).

Die mit Abstand größte Bedeutung bei der Prädiktion von erstmaligen Depressionen bei zugeordneten Kindern beziehungsweise jungen Erwachsenen zeigt sich für elterliche Diagnosen von affektiven Störungen. Waren entsprechende Diagnosen bei einem Elternteil dokumentiert, so war das Risiko für Depressionen bei Kindern bereits etwa um den Faktor 1,5 erhöht (OR: 1,48; 95%-KI: 1,39 - 1,56; $p < 0,0001$), waren beide Elternteile betroffen, so ließ sich ein knapp 1,9-fach erhöhtes Risiko im Vergleich zu Kindern beziehungsweise jungen Erwachsenen von Eltern ohne entsprechende Diagnose nachweise feststellen (OR: 1,88; 95%-KI: 1,69 - 2,09).

Abbildung 3.14: Diagnosen psychischer Störungen bei Elternteilen als Prädiktoren einer dokumentierten Depression bei jungen Erwachsenen 2015



Quelle: Daten der BARMER zu Versicherten mit nachweislicher Versicherung 2011 bis 2015 jeweils in allen vier Quartalen, 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren; Schätzungen von Einflüssen ausgewählter Merkmale auf die Wahrscheinlichkeit einer erstmals und dabei mindestens zweifach ambulant dokumentierten Depression 2015 in logistischen Regressionsmodellen ($n = 494.867$; vergleiche Modell 1, Tabelle A 15 im Anhang); dargestellt werden Odds-Ratios (Chancenverhältnisse) mit 95-Prozent-Konfidenzintervallen.

In der bereits erwähnten separaten Modellrechnung, bei der sowohl der Hinweis auf vorausgehende Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen als auch ein entsprechender Hinweis zu den bei Eltern erfassten Diagnosen jeweils ausschließlich in Form einer einfachen Indikatorvariablen berücksichtigt wurde, zeigte sich bei den elternteilig erfassten Diagnosen für die jungen Erwachsenen im Vergleich zu denen ohne eine elternteilig dokumentierte Diagnose psychischer Störungen ein etwa 1,6-fach erhöhtes Risiko für eine erstmalige Depressionsdiagnose mit Dokumentation

Depressionsrisiko bei
elternseitig dokumentierten
psychischen Störungen
1,6-fach erhöht

in mindestens zwei ambulanten Behandlungsfällen im Jahr 2015 (OR: 1,60; 95%-KI: 1,52 - 1,68; $p < 0,0001$ bei einem Wald-Chi-Quadrat-Wert von 317; Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Auch nach dieser einfachen Form der Berücksichtigung waren die bei Eltern dokumentierten psychischen Störungen mit einem deutlich erhöhten Depressionsrisiko bei ihren Kindern im jungen Erwachsenenalter verbunden.

In der hier vorrangig dargestellten Modellrechnung zum Risiko der Erstdiagnose einer Depression zeigten auch die drei eingangs erwähnten diagnoseunabhängigen Faktoren Geschlecht, Studienstatus und der Hinweis auf das Versterben eines Elternteils statistisch abgesicherte Einflüsse auf das Depressionsrisiko. Weitere Informationen hierzu sind der Tabelle A 15 im Anhang zu entnehmen. Diese Tabelle enthält auch die vollständigen Angaben zur zweiten Modellrechnung, in der die Risikofaktoren für Depressionen im Jahr 2016 unter Einschluss von bereits vorausgehend von Depressionen betroffenen jungen Erwachsenen ermittelt wurden. Grundsätzlich führt diese zweite Modellrechnung im Hinblick auf die meisten Einflussgrößen zu ähnlichen Ergebnissen. Vor dem Hintergrund der hohen Persistenz von Depressionsdiagnosen wenig überraschend erweisen sich in dieser zweiten Modellrechnung allerdings die bei jungen Erwachsenen im Vorfeld dokumentierten affektiven Störungen als stärkster Prädiktor für nachfolgend dokumentierte Depressionen. Bei der ersten Modellrechnung zu den Erstdiagnosen war das bereits definitionsgemäß weitgehend ausgeschlossen. Bemerkenswert erscheint, dass auch im zweiten Modell, und damit bei einer gleichzeitigen Berücksichtigung aller Diagnosen affektiver Störungen, bei im Vorfeld dokumentierten Diagnosen aus der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ das Risiko für nachfolgende Depressionen weiterhin merklich erhöht ist (OR: 2,21; 95%-KI: 2,14 - 2,28).

Resümee

Resümierend lässt sich im Hinblick auf die Modellrechnungen zu den Risikofaktoren für Depressionen feststellen, dass

- vorausgehend dokumentierte psychische Erkrankung ganz allgemein das Risiko für das erstmalige Auftreten einer Depression im jungen Erwachsenenalter erheblich erhöhen, wobei sich insbesondere die Diagnosen aus der Gruppe „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ als relevant erwiesen und dass
- auch noch im jungen Erwachsenenalter das Vorliegen einer psychischen Störung bei den Eltern als wichtiger Prädiktor für das erstmalige Auftreten einer Depression verifiziert werden konnte. Das Vorliegen einer affektiven Störung bei einem der Elternteile erhöht das Risiko für eine Depression im jungen Erwachsenenalter um 48 Prozent. Waren beiden Elternteile betroffen, war das Risiko der jungen Erwachsenen im Vergleich zu denjenigen ohne entsprechende elterlich erfasste Diagnosen um 88 Prozent erhöht.

Kapitel I

Anhang

I 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 zur Alters- und Geschlechtsverteilung der durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2005 zurückgegriffen (nach Angaben des Statistischen Bundesamtes unter www.gbe-bund.de). Die entsprechend standardisierten Ergebnisse sind durch das Kürzel D2005 gekennzeichnet.

Für Abschätzungen zu aktuellen bevölkerungsbezogenen Kennzahlen für Deutschland und allgemein für Auswertungen zum aktuellsten Beobachtungsjahr 2016 wurde in der Regel auf Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2015 zurückgegriffen (Tabelle I 1). Die entsprechend standardisierten Ergebnisse sind durch das Kürzel D2015 gekennzeichnet.¹ Dafür konnten im Arztreport 2018 detaillierte Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland auf Basis des Zensus aus dem Jahr 2011 genutzt werden, die dem aQua-Institut in den vergangenen Jahren regelmäßig vom Statistischen Bundesamt vorab zur Verfügung gestellt wurden. Angaben zur Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2016 waren während der Erstellung des Arztreports 2018 beziehungsweise bis zum Ende des Jahres 2017 im Statistischen Bundesamt leider noch nicht verfügbar.

Im Report wurden zum Berichtsjahr 2016 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

¹ Im Schwerpunktkapitel können teilweise auch Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland aus weiteren Jahren verwendet werden, die gegebenenfalls analog gekennzeichnet sind.

der nachfolgenden Tabelle) berechnet wurden, um innerhalb des Reports stets vollständig konsistente Angaben verwenden zu können.²

Tabelle I 1: Durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands 2005 und 2015

Altersgruppe	Männer 2005	Frauen 2005	Männer 2015	Frauen 2015
0	356.598	338.768	375.061	355.518
1-4	1.496.093	1.421.631	1.447.074	1.372.364
5-9	2.037.981	1.933.777	1.813.897	1.717.837
10-14	2.156.023	2.045.998	1.902.875	1.799.416
15-19	2.467.847	2.344.022	2.142.081	1.986.336
20-24	2.471.447	2.400.604	2.378.258	2.208.880
25-29	2.435.365	2.363.810	2.725.385	2.551.902
30-34	2.621.256	2.525.406	2.611.584	2.509.430
35-39	3.495.827	3.318.519	2.453.380	2.401.838
40-44	3.663.754	3.489.322	2.564.997	2.522.231
45-49	3.180.692	3.077.093	3.353.393	3.269.711
50-54	2.797.457	2.800.967	3.482.835	3.422.914
55-59	2.330.738	2.344.900	2.964.133	2.981.791
60-64	2.424.215	2.509.020	2.515.715	2.661.847
65-69	2.520.879	2.761.003	2.003.168	2.167.260
70-74	1.667.259	2.017.734	1.953.633	2.244.108
75-79	1.211.137	1.819.227	1.850.607	2.339.036
80-84	652.203	1.499.057	987.318	1.473.280
85-89	221.381	632.291	492.112	980.372
90+	140.834	472.209	157.688	546.154
Gesamt	40.348.986	42.115.358	40.175.194	41.512.225
	insgesamt	82.464.344	insgesamt	81.687.419

Diese bis auf einzelne Personen konsistenten Bevölkerungsangaben wurden angestrebt, um interne Berechnungen und Aufbereitungen von Daten schneller überprüfen zu können.

² Lediglich bei der Berechnung der einleitend im Report erwähnten Anteile der BARMER-Versicherten an der Bevölkerung in den einzelnen Bundesländern 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.

Bezogen auf die Ergebnisinhalte und Aussagen spielen entsprechende Details der Ermittlung von Bevölkerungszahlen keine Rolle. Da zu den einzelnen Ein-Jahres-Altersgruppen 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 aufgrund von Rundungsfehlern 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 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 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 halbwegs 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 beispielweise bei einer überregionalen durchschnittlichen Erkrankungshäufigkeit von 30 Prozent dann eine standardisierte Erkrankungshäufigkeit von $1,2 * 30 \text{ Prozent} = 36 \text{ Prozent}$ für Region A ergeben.

Aufgrund der abweichenden Berechnungswege können so 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 Arztreport 2018 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 Fünf-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 zwischen den Jahren 2005 und 2016 jeweils mehr als 800 Versicherte der BARMER wohnten (unter Ausnahme der Kreise Pirmasens und Hof jeweils sogar mehr als 2.000 Versicherte, in mehr als 99 Prozent der Kreise jeweils mehr als 4.000 Versicherte).

Durch die Verwendung der bereits historischen Kreisaufteilung lassen sich aktuelle Ergebnisse problemlos mit den 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.³

Abkürzungen zur Standardisierung

Abkürzung	Bedeutung
D2005	standardisiert nach durchschnittlicher Bevölkerung Deutschlands 2005
D2015	standardisiert nach durchschnittlicher Bevölkerung Deutschlands 2015
D20..	standardisiert nach einer jeweils genannten durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands aus einem anderen Jahr
stand.	alters- (und gegebenenfalls geschlechts-) standardisiert – siehe dazu die Erläuterungen im Anhang

³ Eine mit Quellenangabe frei nutzbare Kartendarstellung zu Kreisen in Deutschland ist vom Bundesamt für Kartographie und Geodäsie verfügbar (Ausgabe 2010): www.geodatenzentrum.de/auftrag/services/archiv/de1001/VK-BRK-A3.pdf

Tabelle I 2: Übersicht zu den ICD10-Diagnosekapiteln

ICD10-Kapitel	ICD9*-Diagnoseklasse	ICD10 Ziffern	Beschreibung
I	I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	II	C00-D48	Neubildungen
III	(IV)	D50-D89	Krankh. d. Blutes u. d. blutbildenden Organe sowie Störungen mit Beteil. des Immunitätssystem
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 des 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-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	V-Code	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen u. zur Inanspruchnahme d. Gesundheitswesens führen

* ICD9-Diagnoseklasse mit der inhaltlich größten Übereinstimmung zum angeführten ICD10-Diagnosekapitel

Tabellenanhang

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

Tabelle A 1: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2016 in Prozent

Alter	Männer	Frauen	Gesamt*
0	99,5	99,7	99,6
1-4	99,2	99,1	99,2
5-9	95,7	95,4	95,6
10-14	91,1	92,0	91,5
15-19	89,6	95,6	92,5
20-24	86,2	96,9	91,4
25-29	84,2	96,8	90,3
30-34	84,3	96,2	90,1
35-39	84,9	95,6	90,2
40-44	85,7	95,1	90,4
45-49	86,7	95,0	90,8
50-54	88,3	95,4	91,8
55-59	90,3	95,5	92,9
60-64	92,8	95,9	94,4
65-69	94,2	96,1	95,2
70-74	96,2	96,7	96,5
75-79	97,5	97,6	97,6
80-84	98,1	98,1	98,1
85-89	98,3	98,3	98,3
90+	98,2	98,6	98,5
Gesamt*	90,1	96,1	93,1

Quelle: BARMER-Daten, * standardisiert D2015

Tabelle A 2: Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2016

Alter	Männer	Frauen	Gesamt*
0	6,08	5,81	5,95
1-4	6,17	5,77	5,98
5-9	5,25	4,90	5,08
10-14	4,62	4,75	4,68
15-19	4,50	7,94	6,15
20-24	4,29	8,99	6,55
25-29	4,22	9,18	6,62
30-34	4,46	9,39	6,87
35-39	4,89	9,33	7,09
40-44	5,42	9,28	7,33
45-49	5,97	9,57	7,75
50-54	6,76	10,66	8,69
55-59	7,93	11,16	9,55
60-64	9,29	11,81	10,59
65-69	10,62	12,63	11,66
70-74	12,42	13,31	12,90
75-79	14,00	14,10	14,06
80-84	14,74	13,82	14,19
85-89	14,29	12,36	13,00
90+	12,87	10,71	11,19
Gesamt*	7,07	10,03	8,57

Quelle: BARMER-Daten, * standardisiert D2015

Tabelle A 3: Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2016

Alter	Männer	Frauen	Gesamt*
0	11,9	11,3	11,6
1-4	10,4	9,6	10,0
5-9	8,3	7,4	7,8
10-14	7,4	7,2	7,3
15-19	6,9	12,1	9,4
20-24	6,5	13,3	9,8
25-29	6,7	14,5	10,5
30-34	7,4	15,6	11,4
35-39	8,6	15,6	12,1
40-44	9,9	15,5	12,7
45-49	11,0	16,1	13,5
50-54	12,6	18,1	15,3
55-59	15,0	19,4	17,2
60-64	17,8	20,8	19,3
65-69	20,4	22,3	21,4
70-74	24,4	24,7	24,6
75-79	28,1	27,3	27,7
80-84	30,9	29,1	29,8
85-89	31,8	29,1	30,0
90+	31,5	29,0	29,5
Gesamt*	13,0	17,6	15,4

Quelle: BARMER-Daten, * standardisiert D2015

Tabelle A 4: Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2016
in Euro

Alter	Männer	Frauen	Gesamt*
0	492	476	484
1-4	373	341	357
5-9	324	266	296
10-14	311	278	295
15-19	247	414	328
20-24	217	431	320
25-29	231	514	368
30-34	262	580	418
35-39	302	579	439
40-44	346	561	453
45-49	396	580	487
50-54	462	650	555
55-59	561	712	637
60-64	669	754	713
65-69	765	800	783
70-74	929	903	915
75-79	1.086	1.013	1.045
80-84	1.178	1.047	1.100
85-89	1.177	1.009	1.065
90+	1.154	970	1.011
Gesamt*	484	636	561

Quelle: BARMER-Daten, * standardisiert D2015; unter Annahme eines einheitlichen Punktwertes von 10,4361 Cent

Tabelle A 5: Fachgebietskodierungen und anteilige Verteilung von Abrechnungsziffern nach drei Zuordnungsvarianten und Gruppierung von Fachgebieten 2016

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffern- bezogen in Prozent	fallbezogen in Prozent	BSNR* bezogen in Prozent	Gruppierung
01	Allgemeinmediziner (Hausarzt)	22,65	22,73	25,72	Hausarzt Allgemeinmedizin
02	Arzt/Praktischer Arzt (Hausarzt)	2,78	2,78	2,23	Hausarzt Allgemeinmedizin
03	Internist (Hausarzt)	10,77	10,75	9,27	Hausarzt Internist
04	Anästhesiologie	0,54	0,54	0,49	Sonstige
05	Augenheilkunde	4,27	4,28	4,29	Augenarzt
06	Chirurgie	1,05	1,05	0,98	Chirurgie
07	Gefäßchirurgie	0,19	0,19	0,17	Chirurgie
08	Viszeralchirurgie	0,07	0,07	0,05	Chirurgie
09	Kinderchirurgie	0,05	0,05	0,04	Chirurgie
10	Orthopädie	4,16	4,17	4,45	Orthopädie
11	Unfallchirurgie	0,62	0,62	0,58	Chirurgie
12	Chirurgie/Rheumatologie	0,22	0,21	0,17	Chirurgie
13	Plastische Chirurgie	0,05	0,05	0,04	Chirurgie
14	Thoraxchirurgie	0,00	0,00	0,00	Chirurgie
15	Frauenheilkunde	7,64	7,64	7,65	Gynäkologie
16	Gynäkologische Endokrinologie u. Reproduktionsmed.	0,04	0,04	0,04	Gynäkologie
17	Gynäkologische Onkologie	0,03	0,03	0,02	Gynäkologie
18	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	0,02	0,02	0,02	Gynäkologie
19	Hals-Nasen- Ohrenheilkunde	2,98	2,98	2,99	HNO
20	Phoniatrie	0,06	0,06	0,05	HNO

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffern- bezogen in Prozent	fallbezogen in Prozent	BSNR*- bezogen in Prozent	Gruppierung
21	Geschlechtskrankheiten	2,96	2,96	2,93	Hautarzt
22	Humangenetik	0,03	0,03	0,02	Sonstige
23	Internist	1,16	1,12	0,86	Internist (FA)
24	Angiologie	0,13	0,13	0,10	Internist (FA)
25	Endokrinologie und Diabetologie	0,20	0,21	0,19	Internist (FA)
26	Gastroenterologie	0,57	0,56	0,45	Internist (FA)
27	Hämatologie und Onkologie	0,72	0,72	0,59	Internist (FA)
28	Kardiologie	0,98	0,96	0,90	Internist (FA)
29	Nephrologie	0,80	0,81	0,88	Internist (FA)
30	Pneumologie	0,71	0,71	0,68	Internist (FA)
31	Innere Medizin/ Rheumatologie	0,54	0,54	0,42	Internist (FA)
32	Geriatric	0,00	0,00	0,00	Internist (FA)
33	Infektiologie	0,00	0,00	0,00	Internist (FA)
34	Kinderarzt (Hausarzt)	3,05	3,05	2,86	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	Neonatalogie (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)	0,07	0,07	0,06	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	0,03	Kinder- und Jugendmedizin

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffern- bezogen in Prozent	fallbezogen in Prozent	BSNR* bezogen in Prozent	Gruppierung
43	Neonatologie (Facharzt)	0,03	0,03	0,02	Kinder- und Jugendmedizin
44	Neuropädiatrie (Facharzt)	0,02	0,02	0,02	Kinder- und Jugendmedizin
45	Kinder-Pneumologie (Facharzt)	0,01	0,01	0,01	Kinder- und Jugendmedizin
46	Kinder- und Jugendmedi- zin mit Schwerpunkt und Teilnahme an haus- und fachärztlicher Versorgung	0,20	0,20	0,20	Kinder- und Jugendmedizin
47	Kinder- und Jugendpsychi- atrie/-psychotherapie	0,28	0,28	0,27	Kinder- und Jugendmedizin
48	Laboratoriumsmedizin	12,55	12,70	14,20	Labormedizin
49	Mikrobiologie	1,43	1,31	0,34	Labormedizin
50	Mund-Kiefer- Gesichtschirurgie	0,05	0,05	0,05	Chirurgie
51	Nervenheilkunde	1,28	1,28	1,28	Neurologie - Nervenheilkunde
52	Neurochirurgie	0,22	0,22	0,17	Neurologie - Nervenheilkunde
53	Neurologie	0,90	0,90	0,89	Neurologie - Nervenheilkunde
54	Nuklearmedizin	0,49	0,49	0,31	Radiologe - Nuklearmedizin
55	Neuropathologie	0,03	0,03	0,00	Pathologe
56	Pathologie	0,74	0,74	0,65	Pathologe
57	Physikalische und Rehabilitative Medizin	0,24	0,23	0,18	Sonstige
58	Psychiatrie und Psychotherapie	0,70	0,70	0,63	Neurologie - Nervenheilkunde
59	Forensische Psychiatrie	0,00	0,00	0,00	Neurologie - Nervenheilkunde
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,17	0,17	0,16	Neurologie - Nervenheilkunde
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	0,19	0,19	0,18	Neurologie - Nervenheilkunde
62	Radiologie	1,79	1,78	2,04	Radiologe - Nuklearmedizin

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffern- bezogen in Prozent	fallbezogen in Prozent	BSNR*- bezogen in Prozent	Gruppierung
63	Kinderradiologie	0,01	0,01	0,01	Radiologe - Nuklearmedizin
64	Neuroradiologie	0,04	0,04	0,01	Radiologe - Nuklearmedizin
65	Strahlentherapie	0,33	0,33	0,33	Radiologe - Nuklearmedizin
66	Transfusionsmedizin	0,28	0,28	0,21	Sonstige
67	Urologie	2,58	2,57	2,50	Urologie
68	Psychologischer Psychotherapeut	1,07	1,07	1,06	Psychotherapeut
69	Kinder- und Jugendlichen- Psychotherapeut	0,23	0,23	0,23	Psychotherapeut
70	z. fr. Verfügung der KVen	0,03	0,03	0,03	Sonstige
71	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
72	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
73	z. fr. Verfügung der KVen	0,05	0,05	0,00	Sonstige
74	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
75	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
76	z. fr. Verfügung der KVen	0,08	0,08	0,08	Sonstige
77	z. fr. Verfügung der KVen	0,02	0,02	0,02	Sonstige
78	z. fr. Verfügung der KVen	0,03	0,03	0,02	Sonstige
79	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
80	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
81	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
85	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
89	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
90	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffern- bezogen in Prozent	fallbezogen in Prozent	BSNR* bezogen in Prozent	Gruppierung
91	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
93	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
98	z. fr. Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
99	sonstige Fachgruppen	0,20	0,19	0,15	Sonstige
00	unbekannt	3,41	3,41	3,40	unbekannt
Gesamt		100	100	100	

Quelle: BARMER-Daten, standardisiert D2015; * BSNR: Betriebsstättennummer

**Tabelle A 6: Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen:
Anteil Betroffene nach Geschlecht und Alter 2016 in Prozent**

Alter	Anteil mit Abrechnung einer Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen beziehungsweise mit abgerechneter zytologischer Untersuchung (EBM 01733)		
	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	56,6	55,9	0,0
25-29	65,7	65,1	0,0
30-34	64,5	64,0	0,0
35-39	61,2	60,7	0,0
40-44	58,0	57,3	0,0
45-49	57,3	56,5	10,7
50-54	53,8	52,9	16,1
55-59	47,6	46,7	19,9
60-64	44,3	43,4	24,3
65-69	43,2	42,3	29,4
70-74	39,1	38,0	34,0
75-79	33,3	32,3	37,2
80-84	21,7	21,0	35,0
85-89	10,4	10,0	28,9
90+	3,9	3,8	19,9
Gesamt*	40,5	39,9	11,4

Quelle: BARMER-Daten, * standardisiert D2015

**Tabelle A 7: Früherkennungsleistungen Darmkrebs EBM 01734, 01740, 01741:
Betroffene nach Alter 2016 in Prozent**

Alter	EBM 01734		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	24,9	6,1	0,0	0,0	0,0	0,0
55-59	15,2	6,9	17,4	11,1	3,5	3,1
60-64	11,7	7,9	8,8	8,1	2,0	2,0
65-69	11,0	8,9	8,3	7,9	2,2	2,1
70-74	9,7	9,3	7,5	7,6	1,9	1,8
75-79	8,9	9,8	6,8	7,2	1,3	1,4
80-84	6,6	8,8	5,5	6,3	0,5	0,7
85-89	3,7	7,1	4,3	5,5	0,1	0,3
90+	1,6	4,6	3,0	4,6	0,0	0,0
Gesamt*	5,8	3,2	3,4	2,7	0,7	0,6
zusammen*	4,5		3,0		0,7	

Quelle: BARMER-Daten, * standardisiert D2015
 EBM 01734: Untersuchung auf Blut im Stuhl
 EBM 01740: Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms
 EBM 01741: Totale Koloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungsrichtlinien

**Tabelle A 8: Früherkennungsleistungen EBM 01732, 01745-6, 01750 (nur Frauen):
Betroffene nach Alter 2016 in Prozent**

Alter	EBM 01732		EBM 01745,6		EBM 01750	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
15-19	0,0	0,0	0,4	0,3	0,0	
20-24	0,0	0,0	0,9	0,5	0,0	
25-29	0,0	0,0	1,1	0,6	0,0	
30-34	0,0	0,0	1,1	0,7	0,0	
35-39	18,5	14,7	14,5	10,6	0,0	
40-44	21,9	18,1	16,3	12,6	0,0	
45-49	23,3	20,0	17,1	13,5	0,0	
50-54	24,6	21,9	17,5	14,5	23,9	
55-59	25,9	23,6	17,9	15,5	26,1	
60-64	27,5	25,5	18,6	17,0	26,2	
65-69	29,1	27,3	20,1	19,0	25,5	
70-74	29,9	28,5	20,6	20,5	2,5	
75-79	29,8	28,7	19,8	21,2	0,0	
80-84	28,3	27,9	17,2	19,7	0,0	
85-89	24,4	25,5	13,4	16,8	0,0	
90+	19,2	21,1	9,7	13,5	0,0	
Gesamt*	16,5	14,1	11,6	9,8	7,0	
zusammen*	15,3		10,7			

Quelle: BARMER-Daten, * standardisiert D2015

EBM 01732: Gesundheitsuntersuchung

EBM 01745-6: Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs

EBM 01750: Röntgenuntersuchung im Rahmen des Mammographie-Screening

**Tabelle A 9: Studierende in Deutschland im Wintersemester 2015/2016
nach Bundesländern**

Bundesland	Studierende insgesamt			darunter im 1. Hochschulsesemester		
	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt
Schleswig-Holstein	29.716	27.696	57.412	4.599	4.470	9.069
Hamburg	49.902	47.979	97.881	6.493	6.644	13.137
Niedersachsen	103.928	96.031	199.959	16.766	17.413	34.179
Bremen	19.100	17.224	36.324	3.373	3.241	6.614
Nordrhein- Westfalen	395.597	356.143	751.740	53.888	52.358	106.246
Hessen	128.710	115.612	244.322	17.145	17.311	34.456
Rheinland-Pfalz	60.176	61.283	121.459	8.249	8.657	16.906
Baden-Württemberg	190.506	168.619	359.125	33.003	31.119	64.122
Bayern	193.654	182.834	376.488	33.324	32.966	66.290
Saarland	15.754	15.084	30.838	2.371	2.530	4.901
Berlin	88.148	87.769	175.917	12.571	14.135	26.706
Brandenburg	23.881	25.514	49.395	3.575	3.917	7.492
Mecklenburg- Vorpommern	19.756	18.785	38.541	2.897	3.007	5.904
Sachsen	61.745	51.536	113.281	9.745	9.334	19.079
Sachsen-Anhalt	27.921	27.033	54.954	4.251	4.514	8.765
Thüringen	25.632	24.531	50.163	4.257	4.466	8.723
bundesweit	1.434.126	1.323.673	2.757.799	216.507	216.082	432.589
18 bis 25 Jahre	867.624	880.315	1.747.939	189.855	192.896	382.751

Quelle: Statistisches Bundesamt (2016); Studierende an Hochschulen im Wintersemester 2015/2016; Fachserie 11 Reihe 4.1

Tabelle A 10: Ambulante und stationäre Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2005 und 2016

E*	ICD10	Diagnosen mit unterschiedlichen Abgrenzungen aus unterschiedlichen Bereichen (vergleiche Spalten rechts)	Betroffene je 100.000 Versicherten					
			a) amb. Diag. in min. zwei Fällen		b) Diag. bei stat. KH-Behandlungen		c) Hauptdiag. zu stat. KH-Beh.	
			2005	2016	2005	2016	2005	2016
2	F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	142	145	31	33	6	8
3	F06	Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit	59	72	11	13	3	4
3	F07	Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns	49	50	15	10	3	3
2	F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1.205	2.058	818	998	355	501
3	F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	99	159	352	513	203	296
3	F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	98	263	136	322	36	90
3	F15	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein	9	69	20	137	5	35
3	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	715	1.457	258	248	0	0
3	F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	283	288	166	156	91	82
2	F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	414	315	192	141	147	105
3	F20	Schizophrenie	241	158	149	94	116	70
3	F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	45	40	26	32	16	22
3	F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose	116	61	10	4	2	1
2	F3	Affektive Störungen	2.149	4.695	308	784	145	405

E*	ICD10	Diagnosen mit unterschiedlichen Abgrenzungen aus unterschiedlichen Bereichen (vergleiche Spalten rechts)	Betroffene je 100.000 Versicherten					
			a) amb. Diag. in min. zwei Fällen		b) Diag. bei stat. KH-Behandlungen		c) Hauptdiag. zu stat. KH-Beh.	
			2005	2016	2005	2016	2005	2016
3	F31	Bipolare affektive Störung	48	85	17	23	9	15
3	F32	Depressive Episode	1.660	3.674	218	501	95	237
3	F33	Rezidivierende depressive Störung	315	1.065	89	328	42	169
3	F34	Anhaltende affektive Störungen	199	397	14	20	2	2
2	F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4.739	8.048	425	654	207	269
3	F40	Phobische Störungen	360	728	47	121	13	20
3	F41	Andere Angststörungen	987	1.905	87	141	27	40
3	F42	Zwangsstörung	147	322	23	49	10	14
3	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	1.095	2.567	224	318	112	140
3	F44	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]	45	90	22	43	11	21
3	F45	Somatoforme Störungen	1.878	2.893	86	112	37	38
3	F48	Andere neurotische Störungen	360	556	7	12	2	3
2	F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	784	1.088	116	148	41	49
3	F50	Essstörungen	542	694	91	112	36	43
3	F51	Nichtorganische Schlafstörungen	55	159	9	18	3	4
3	F52	Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit	128	132	1	2	0	0
3	F54	Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	41	82	10	13	0	0
2	F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	728	1.356	250	397	93	142
3	F60	Spezifische Persönlichkeitsstörungen	486	907	218	302	81	112
3	F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen	18	69	32	61	9	14
3	F63	Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle	23	97	9	35	2	4

E*	ICD10	Diagnosen mit unterschiedlichen Abgrenzungen aus unterschiedlichen Bereichen (vergleiche Spalten rechts)	Betroffene je 100.000 Versicherten					
			a) amb. Diag. in min. zwei Fällen		b) Diag. bei stat. KH-Behandlungen		c) Hauptdiag. zu stat. KH-Beh.	
			2005	2016	2005	2016	2005	2016
3	F66	Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung	74	39	1	2	0	0
3	F68	Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	44	63	3	2	0	0
3	F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	69	143	1	1	0	0
2	F7	Intelligenzstörung	363	537	58	73	8	12
3	F70	Leichte Intelligenzminderung	90	143	24	34	4	7
3	F71	Mittelgradige Intelligenzminderung	64	87	13	16	3	4
3	F79	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung	191	321	11	13	0	1
2	F8	Entwicklungsstörungen	327	1.282	26	61	4	5
3	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	77	348	2	6	0	0
3	F81	Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	80	366	4	7	0	0
3	F82	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	41	169	4	3	0	0
3	F83	Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen	46	142	7	15	1	0
3	F84	Tief greifende Entwicklungsstörungen	72	319	10	31	2	5
3	F89	Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung	48	208	1	4	0	0
2	F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	495	2.260	49	134	17	24
3	F90	Hyperkinetische Störungen	231	1.515	16	83	3	8
3	F91	Störungen des Sozialverhaltens	59	157	11	12	4	2
3	F92	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	35	107	12	17	7	9

E*	ICD10	Diagnosen mit unterschiedlichen Abgrenzungen aus unterschiedlichen Bereichen (vergleiche Spalten rechts)	Betroffene je 100.000 Versicherten					
			a) amb. Diag. in min. zwei Fällen		b) Diag. bei stat. KH-Behandlungen		c) Hauptdiag. zu stat. KH-Beh.	
			2005	2016	2005	2016	2005	2016
3	F93	Emotionale Störungen des Kindesalters	34	216	4	12	1	3
3	F95	Ticstörungen	29	85	2	6	1	0
3	F98	Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	139	449	7	11	1	2
3	F99	Psychische Störung ohne nähere Angabe	126	94	3	2	0	1
1	F	Psychische und Verhaltensstörungen	9.344	15.593	1.539	2.063	923	1.382

Quelle: Daten der BARMER zu n = 773.036 Versicherten (2005) beziehungsweise n = 680.706 Versicherten (2016) mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen im Alter von 18 bis 25 Jahren; Standardisierung D2015BL1); * E: Ebene der ICD-Klassifikation (1 = Kapitel, 2 = Diagnosegruppen, 3 = dreistellige ICD10-Diagnose); berichtet werden Betroffenenraten zu Personen mit a) gleichartigen Diagnosen im Rahmen der ambulanten ärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung in mindestens zwei Fällen, mit b) mindestens einer Diagnose im Rahmen einer stationären Behandlung im Krankenhaus ohne Berücksichtigung von Einweisungs- und Aufnahmediagnosen sowie c) mit mindestens einer vollstationären Behandlung im Krankenhaus unter einer entsprechenden Hauptdiagnose.

Tabelle A 11: Geburtsjahrgang 1996 – Prädiktion der Erstaufnahme eines Studiums im Zeitraum von August 2014 bis 2016: Einfluss des Geschlechts und der Merkmale von zugeordneten Elternteilen

Merkmal, Merkmalsausprägung	Model 1 (SOZ)		Model 3 (SOZ-DIAG)	
	Odds-Ratio	95-Prozent-Konfidenzintervall	Odds-Ratio	95-Prozent-Konfidenzintervall
Merkmale der jungen Erwachsenen				
Geschlecht	Wald-Chi-Quadrat: 176,8 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 270,2 ($p < 0,0001$)	
- männlich (Referenzkategorie)	1	-	1	-
- weiblich	1,27	1,23-1,31	1,45	1,39-1,52
Elternmerkmale:				
freiwillig versichert	Wald-Chi-Quadrat: 316,6 ($p < 0,000101$)		Wald-Chi-Quadrat: 275,0 ($p < 0,0001$)	
- kein Hinweis vorhanden (Referenzkategorie)	1	-	1	-
- Hinweis vorhanden	1,59	1,51-1,68	1,56	1,48-1,64
höchster Ausbildungsabschluss eines Elternteils	Wald-Chi-Quadrat: 1713,6 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 1530,6 ($p < 0,0001$)	
- Abschluss unbekannt	0,97	0,93-1,02	0,99	0,94-1,04
- ohne beruflichen Ausbildungsabschluss	0,65	0,58-0,73	0,68	0,60-0,76
- Anschluss einer anerkannten Berufsausbildung (Referenzkategorie)	1	-	1	-
- Meister-/Techniker- oder gleichwertiger Fachschulabschluss	1,44	1,34-1,54	1,41	1,31-1,52
- Bachelor	2,37	1,92-2,94	2,34	1,88-2,91
- Diplom/Magister/ Master/Staatsexamen	2,86	2,71-3,02	2,79	2,64-2,95
- Promotion	3,36	2,83-3,99	3,03	2,55-3,61
Alter der Mutter bei Geburt des zugeordneten Kindes	Wald-Chi-Quadrat: 436,9 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 372,8 ($p < 0,0001$)	
- Alter unbekannt	0,71	0,65-0,78	0,70	0,64-0,76
- 17 bis 19 Jahre	0,27	0,22-0,34	0,29	0,23-0,37
- 20 bis 24 Jahre	0,53	0,48-0,57	0,54	0,50-0,60
- 25 bis 29 Jahre	0,80	0,74-0,85	0,79	0,73-0,85
- 30 bis 34 Jahre	0,97	0,91-1,04	0,95	0,89-1,02

Merkmal, Merkmalsausprägung	Model 1 (SOZ)		Model 3 (SOZ-DIAG)	
	Odds-Ratio	95-Prozent-Konfidenzintervall	Odds-Ratio	95-Prozent-Konfidenzintervall
- 35 bis 39 Jahre (Referenzkategorie)	1	-	1	-
- 40 bis 44 Jahre	0,91	0,79-1,04	0,94	0,82-1,08
- 45 Jahre und älter	0,64	0,38-1,10	0,65	0,38-1,12
Alter des Vaters bei Geburt des zugeordneten Kindes	Wald-Chi-Quadrat: 111,2 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 102,3 ($p < 0,0001$)	
- Alter unbekannt	1,07	1,01-1,15	1,09	1,02-1,16
- 17 bis 19 Jahre	0,32	0,19-0,52	0,35	0,21-0,57
- 20 bis 24 Jahre	0,70	0,61-0,80	0,73	0,63-0,83
- 25 bis 29 Jahre	0,86	0,80-0,93	0,88	0,81-0,95
- 30 bis 34 Jahre	0,96	0,90-1,03	0,96	0,90-1,03
- 35 bis 39 Jahre (Referenzkategorie)	1	-	1	-
- 40 bis 44 Jahre	1,02	0,93-1,13	1,04	0,95-1,15
- 45 Jahre und älter	1,06	0,93-1,22	1,08	0,94-1,24
Gesamtmodellgüte				
- c-Wert (Fläche unter der ROC-Kurve)	0,656		0,695	

Quelle: Daten der BARMER zu $n = 69.798$ Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen Quartalen der Jahre 2013 bis 2016, darunter $n = 18.068$ Personen mit Studienaufnahme im Zeitraum von August 2014 bis Ende 2016; Schätzungen von Einflüssen ausgewählter Merkmale auf die Wahrscheinlichkeit der Erstaufnahme eines Studiums in logistischen Regressionsmodellen, Model 3 unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Diagnosen aus der ambulanten Versorgung im Jahr 2013 (vergleiche Tabelle A 12)

Tabelle A 12: Geburtsjahrgang 1996 – Prädiktion der Erstaufnahme eines Studiums im Zeitraum von August 2014 bis 2016: Einfluss des Geschlechts und von Diagnosen im Jahr 2013

Merkmal, Merkmalsausprägung	Model 2 (DIAG)		Model 3 (SOZ-DIAG)	
	Odds-Ratio	95-Prozent-Konfidenzintervall	Odds-Ratio	95-Prozent-Konfidenzintervall
Merkmale der jungen Erwachsenen				
Geschlecht	Wald-Chi-Quadrat: 298,9 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 270,2 ($p < 0,0001$)	
- weiblich (gegenüber männlich)	1,46	1,40-1,53	1,45	1,39-1,52
Somatische Diagnosen im Alter von 17 Jahren (im Jahr 2013)				
Kapitel 1: Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	Wald-Chi-Quadrat: 150,5 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 107,1 ($p < 0,0001$)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,78	0,74-0,81	0,80	0,77-0,84
Kapitel 2: Neubildungen	Wald-Chi-Quadrat: 36,7 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 19,3 ($p < 0,0001$)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,21	1,34-1,29	1,15	1,08-1,23
Kapitel 3: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	Wald-Chi-Quadrat: 12,6 ($p = 0,0004$)		Wald-Chi-Quadrat: 9,6 ($p = 0,0019$)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,19	1,08-1,30	1,17	1,06-1,28
Kapitel 4: Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	Wald-Chi-Quadrat: 18,0 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 13,3 ($p = 0,0003$)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,89	0,84-0,94	0,90	0,85-0,95
Kapitel 6: Krankheiten des Nervensystems	Wald-Chi-Quadrat: 53,2 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 49,1 ($p < 0,0001$)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,78	0,73-0,83	0,78	0,73-0,84
Kapitel 7: Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	Wald-Chi-Quadrat: 86,6 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 91,9 ($p < 0,0001$)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,21	1,16-1,26	1,22	1,17-1,27
Kapitel 10: Krankheiten des Atmungssystems	Wald-Chi-Quadrat: 186,8 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 123,6 ($p < 0,0001$)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,78	0,75-0,80	0,81	0,78-0,84
Kapitel 11: Krankheiten des Verdauungssystems	Wald-Chi-Quadrat: 169,9 ($p < 0,0001$)		Wald-Chi-Quadrat: 111,7 ($p < 0,0001$)	

Merkmal, Merkmalsausprägung	Model 2 (DIAG)		Model 3 (SOZ-DIAG)	
	Odds-Ratio	95-Prozent-Konfidenzintervall	Odds-Ratio	95-Prozent-Konfidenzintervall
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,71	0,68-0,75	0,75	0,72-0,80
Kapitel 12: Krankheiten der Haut und der Unterhaut	Wald-Chi-Quadrat: 11,5 (p = 0,0007)		Wald-Chi-Quadrat: 9,9 (p = 0,0017)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,07	1,03-1,11	1,07	1,02-1,11
Kapitel 13: Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	Wald-Chi-Quadrat: 9,3 (p = 0,0023)		Wald-Chi-Quadrat: 5,8 (p = 0,0158)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,94	0,91-0,98	0,95	0,91-0,99
Kapitel 14: Krankheiten des Urogenitalsystems	Wald-Chi-Quadrat: 55,0 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 44,0 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,84	0,80-0,88	0,85	0,81-0,89
Kapitel 15: Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	Wald-Chi-Quadrat: 41,1 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 26,6 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,32	0,23-0,46	0,40	0,28-0,56
Kapitel 18: Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	Wald-Chi-Quadrat: 48,8 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 30,3 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,87	0,84-0,90	0,89	0,86-0,93
Kapitel 19: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	Wald-Chi-Quadrat: 19,7 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 13,8 (p = 0,0002)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,92	0,88-0,95	0,93	0,89-0,96
Psychische und Verhaltensstörungen im Alter von 17 Jahren (im Jahr 2013)				
F10 - F19 (ohne F17): Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	Wald-Chi-Quadrat: 31,2 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 28,7 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,39	0,28-0,54	0,39	0,28-0,55
F17: Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	Wald-Chi-Quadrat: 95,6 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 85,7 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,21	0,15-0,28	0,22	0,16-0,30
F20 - F29: Schizophrenie, schizotyp und wahnhafte Störungen	Wald-Chi-Quadrat: 5,3 (p = 0,0208)		Wald-Chi-Quadrat: 6,5 (p = 0,0105)	

Merkmal, Merkmalsausprägung	Model 2 (DIAG)		Model 3 (SOZ-DIAG)	
	Odds-Ratio	95-Prozent-Konfidenzintervall	Odds-Ratio	95-Prozent-Konfidenzintervall
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,49	0,27-0,90	0,45	0,24-0,83
F30 - F39: Affektive Störungen	Wald-Chi-Quadrat: 12,5 (p = 0,0004)		Wald-Chi-Quadrat: 13,3 (p = 0,0003)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,82	0,73-0,92	0,81	0,72-0,91
F40 - F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Wald-Chi-Quadrat: 10,2 (p = 0,0014)		Wald-Chi-Quadrat: 14,6 (p = 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,90	0,84-0,96	0,88	0,82-0,94
F50 - F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Wald-Chi-Quadrat: 12,3 (p = 0,0005)		Wald-Chi-Quadrat: 8,4 (p = 0,0038)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,29	1,12-1,48	1,24	1,07-1,43
F60 - F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Wald-Chi-Quadrat: 8,5 (p = 0,0036)		Wald-Chi-Quadrat: 7,4 (p = 0,0066)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,78	0,66-0,92	0,78	0,67-0,94
F70 - F79: Intelligenzstörung	Wald-Chi-Quadrat: 49,0 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 46,9 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,09	0,05-0,18	0,10	0,05-0,19
F80 - F89: Entwicklungsstörungen	Wald-Chi-Quadrat: 122,4 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 126,4 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,46	0,40-0,53	0,45	0,39-0,51
F90 - F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Wald-Chi-Quadrat: 191,1 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 179,1 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,52	0,47-0,57	0,52	0,48-0,57
Gesamtmodellgüte				
- c-Wert (Fläche unter der ROC-Kurve)	0,628		0,695	

Quelle: Daten der BARMER zu n = 69.798 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen Quartalen der Jahre 2013 bis 2016, darunter n = 18.068 Personen mit Studienaufnahme im Zeitraum von August 2014 bis Ende 2016; Schätzungen von Einflüssen ausgewählter Merkmale auf die Wahrscheinlichkeit der Erstaufnahme eines Studiums in logistischen Regressionsmodellen, Model 3 unter gleichzeitiger Berücksichtigung von Elternmerkmalen (vergleiche Tabelle A 11)

Tabelle A 13: Anteil junger männlicher und weiblicher Erwachsener mit Depressionen in den Jahren 2006, 2011 und 2016

Männer	Betroffene in Kalenderjahren (Anteil an allen jungen Erwachsenen in Prozent)			Veränderungen (in Prozent vom Wert des Bezugsjahrs)		
	2006	2011	2016	2011 gegenüber 2006	2016 gegenüber 2011	2016 gegenüber 2006
Depression (F32, F33, F34.1; amb. G)	2,86	4,04	5,51	+42	+36	+93
Depression (F32, F33, F34.1; amb. G2)	1,47	2,33	3,54	+58	+52	+141
auch Verordnung von Antidepressiva	0,86	1,48	1,75	+72	+18	+103
Diagnose durch Facharzt oder Psychotherapeut	-	1,43	1,79	-	+25	-
Diagnose durch Facharzt	-	1,09	1,25	-	+15	-
Diagnose durch psychologischen Psychotherapeut	-	0,45	0,72	-	+59	-
Diag. psychol. Psychoth., auch Antidepressiva	-	0,17	0,26	-	+54	-
vollstat. KH-Beh. mit Hauptdiagnose	0,11	0,24	0,32	+111	+36	+188
Diagnose mit Schweregrad	1,38	2,32	3,86	+69	+66	+181
Depression leicht (F3x.0, F34.1)	0,51	0,88	1,48	+71	+69	+188
Depression mittelgradig (F3x.1)	0,68	1,29	2,35	+90	+82	+245
Depression schwer (F3x.2, F3x.3)	0,39	0,65	0,96	+65	+47	+143
Antidepressiva- Verordnung (ATC N06A)	1,42	2,24	2,44	+57	+9	+71
davon bei Pers. ohne gesich. Hinw. auf Depression	0,57	0,76	0,69	+34	-9	+22

Frauen	Betroffene in Kalenderjahren (Anteil an allen jungen Erwachsenen in Prozent)			Veränderungen (in Prozent vom Wert des Bezugsjahrs)		
	2006	2011	2016	2011 gegenüber 2006	2016 gegenüber 2011	2016 gegenüber 2006
Depression (F32, F33, F34.1; amb. G)	6,40	8,10	9,83	+27	+21	+54
Depression (F32, F33, F34.1; amb. G2)	3,25	4,65	6,45	+43	+39	+98
auch Verordnung von Antidepressiva	1,72	2,74	3,12	+59	+14	+81
Diagnose durch Facharzt oder Psychotherapeut	-	2,75	3,45	-	+26	-
Diagnose durch Facharzt	-	1,88	2,17	-	+15	-
Diagnose durch psychologischen Psychotherapeut	-	1,13	1,69	-	+50	-
Diag. psychol. Psychoth., auch Antidepressiva	-	0,41	0,63	-	+54	-
vollstat. KH-Beh. mit Hauptdiagnose	0,19	0,36	0,46	+84	+30	+138
Diagnose mit Schweregrad	2,97	4,50	6,98	+51	+55	+135
Depression leicht (F3x.0, F34.1)	1,24	1,77	2,86	+44	+61	+131
Depression mittelgradig (F3x.1)	1,51	2,60	4,31	+72	+66	+185
Depression schwer (F3x.2, F3x.3)	0,71	1,07	1,54	+50	+43	+115
Antidepressiva- Verordnung (ATC N06A)	2,58	3,94	4,20	+53	+6	+63
davon bei Pers. ohne gesich. Hinw. auf Depression	0,86	1,21	1,08	+40	-11	+25

Quelle: Daten der BARMER zu n = 680.706 bis n = 764.618 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren, einheitliche Standardisierung gemäß D2015BL1; Anteil der Versicherten mit mindestens einer Depressionsdiagnose unter Berücksichtigung von gesicherten Diagnosen aus der ambulanten Behandlung in Praxen und Krankenhäusern sowie von Diagnosen zu stationären Behandlungen im Krankenhaus (amb. G); Anteil mit Diagnose in gegebenenfalls mindestens zwei ambulanten Behandlungsfällen oder einmalig im Krankenhaus (amb. G2) sowie Anteil mit Antidepressiva-Verordnung (N06A); Als Fachärzte wurden Ärzte aus den Fachgruppen 47, 51, 53, 58, 60, 61 gezählt, als Psychotherapeuten (nicht ärztlich) die Fachgruppen 68 und 69.

Tabelle A 14: Junge Erwachsene mit Depressionsdiagnose in Bundesländern 2006, 2011 und 2016

BL	Bundesland	Betroffene mit Diagnose F32, F33 und/oder F34.1 min. zweimalig gesichert ambulant oder im Krankenhaus			
		2006 in Prozent	2011 in Prozent	2016 in Prozent	2016 absolut
01	Schleswig-Holstein	2,67	4,02	5,82	14.524
02	Hamburg	2,77	4,80	6,54	11.134
03	Niedersachsen	2,29	3,48	5,10	36.851
04	Bremen	2,49	4,40	6,66	4.484
05	Nordrhein-Westfalen	2,30	3,56	4,86	81.880
06	Hessen	2,58	3,52	5,33	30.212
07	Rheinland-Pfalz	2,19	3,02	4,20	15.805
08	Baden-Württemberg	2,27	3,37	5,21	55.188
09	Bayern	2,55	3,60	4,61	55.902
10	Saarland	2,09	3,10	3,96	3.499
11	Berlin	3,05	3,99	5,70	18.073
12	Brandenburg	1,51	2,43	4,09	5.860
13	Mecklenburg-Vorpommern	1,52	2,55	4,25	4.470
14	Sachsen	1,72	2,70	4,17	11.736
15	Sachsen-Anhalt	1,45	2,22	4,59	6.806
16	Thüringen	1,61	2,56	4,14	5.937
	bundesweit	2,33	3,45	4,94	362.360

Quelle: Daten der BARMER zu n = 680.706 bis n = 773.036 Versicherten mit nachweislicher Versicherung in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres im Alter von 18 bis 25 Jahren; Standardisierung gemäß D2015BL1J (bundesweite Ergebnisse sowie Hochrechnung absoluter Betroffenzahlen) beziehungsweise gemäß D20151J (Anteile Betroffener in Bundesländern); Betroffene mit Diagnose in gegebenenfalls mindestens zwei ambulanten Behandlungsfällen oder einmalig im Krankenhaus

Tabelle A 15: Risikofaktoren für Depressionen bei jungen Erwachsenen in logistischen Regressionsmodellen

Merkmal, Merkmalsausprägung	Erstdiagnose 2015 (n = 494.867, darunter 7.077 mit Erstdiagnose)		Diagnose 2015 (n = 570.023, darunter 27.608 mit Diagnose)	
	Odds- Ratio	95-Prozent- Konfidenzintervall	Odds- Ratio	95-Prozent- Konfidenzintervall
Allg. Merkmale der jungen Erwachsenen				
Geschlecht	Wald-Chi-Quadrat: 240 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 409 (p < 0,0001)	
- weiblich (Referenzkategorie: männlich)	1,48	1,41-1,56	1,37	1,33-1,41
Hinweis auf Studium	Wald-Chi-Quadrat: 47 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 107 (p < 0,0001)	
- Ja (Referenzkategorie: Nein)	0,81	0,76-0,86	0,82	0,79-0,86
Diagnosen bei jungen Erwachsenen 2011 bis 2014				
F10 - F19 (ohne F17): Psychische und Verhaltens- störungen durch psychotrope Substanzen	Wald-Chi-Quadrat: 69 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 34 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,63	1,45-1,83	1,18	1,12-1,25
F17: Psychische und Verhaltens- störungen durch Tabak	Wald-Chi-Quadrat: 42 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 15 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,48	1,32-1,67	1,14	1,07-1,21
F20 - F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen	Wald-Chi-Quadrat: 10 (p = 0,0015)		Wald-Chi-Quadrat: 25 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,62	1,20-2,19	1,30	1,18-1,44
F30 - F39: Affektive Störungen	Wald-Chi-Quadrat: 0,9 (p = 0,3396)		Wald-Chi-Quadrat: 32801 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,24	0,80-1,91	20,6	20,0-21,3
F40 - F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Wald-Chi-Quadrat: 1232 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 2273 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	2,78	2,62-2,94	2,21	2,14-2,28
F50 - F59: Verhaltensauffällig- keiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Wald-Chi-Quadrat: 125 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 214 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	2,07	1,82-2,35	1,52	1,44-1,61

Merkmal, Merkmalsausprägung	Erstdiagnose 2015 (n = 494.867, darunter 7.077 mit Erstdiagnose)		Diagnose 2015 (n = 570.023, darunter 27.608 mit Diagnose)	
	Odds- Ratio	95-Prozent- Konfidenzintervall	Odds- Ratio	95-Prozent- Konfidenzintervall
F60 - F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Wald-Chi-Quadrat: 36 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 245 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,53	1,33-1,76	1,49	1,42-1,57
F70 - F79: Intelligenzstörung	Wald-Chi-Quadrat: 2,7 (p = 0,1032)		Wald-Chi-Quadrat: 0,1 (p = 0,7158)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	0,83	0,66-1,04	0,98	0,86-1,11
F80 - F89: Entwicklungs- störungen	Wald-Chi-Quadrat: 5,8 (p = 0,0161)		Wald-Chi-Quadrat: 11,1 (p = 0,0009)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,17	1,03-1,32	1,13	1,05-1,22
F90 - F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Wald-Chi-Quadrat: 82 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 31 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose (gegenüber keine)	1,50	1,37-1,63	1,14	1,09-1,19
Diagnosen bei Elternteilen 2005 bis 2015				
F10 - F19 (ohne F17): Psychische und Verhaltens- störungen durch psychotrope Substanzen	Wald-Chi-Quadrat: 4,6 (p = 0,0361)		Wald-Chi-Quadrat: 1,0 (p = 0,3289)	
- gesicherte Diagnose bei min. einem Elternteil (gegenüber keine)	1,11	1,01-1,21	1,03	0,97-1,07
F17: Psychische und Verhaltens- störungen durch Tabak	Wald-Chi-Quadrat: 26 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 14,1 (p = 0,0002)	
- gesicherte Diagnose bei min. einem Elternteil (gegenüber keine)	1,18	1,11-1,25	1,08	1,04-1,12
F20 - F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaft Störungen	Wald-Chi-Quadrat: 8,0 (p = 0,0048)		Wald-Chi-Quadrat: 1,0 (p = 0,3282)	
- gesicherte Diagnose bei min. einem Elternteil (gegenüber keine)	1,24	1,07-1,43	1,05	0,96-1,14
F30 - F39: Affektive Störungen	Wald-Chi-Quadrat: 224 (p < 0,0001)		Wald-Chi-Quadrat: 332 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose bei einem Elternteil (Referenz- kategorie keine)	1,48	1,39-1,56	1,31	1,27-1,36

Merkmal, Merkmalsausprägung	Erstdiagnose 2015 (n = 494.867, darunter 7.077 mit Erstdiagnose)		Diagnose 2015 (n = 570.023, darunter 27.608 mit Diagnose)	
	Odds- Ratio	95-Prozent- Konfidenzintervall	Odds- Ratio	95-Prozent- Konfidenzintervall
- gesicherte Diagnose bei beiden Elternteilen (Referenzkategorie keine)	1,88	1,69-2,09	1,62	1,52-1,73
F40 - F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	Wald-Chi-Quadrat: 13,3 (p = 0,0003)		Wald-Chi-Quadrat: 20 (p < 0,0001)	
- gesicherte Diagnose bei min. einem Elternteil (gegenüber keine)	1,11	1,05-1,17	1,08	1,04-1,12
F50 - F59: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	Wald-Chi-Quadrat: 0,3 (p = 0,5987)		Wald-Chi-Quadrat: 9,4 (p = 0,0021)	
- gesicherte Diagnose bei min. einem Elternteil (gegenüber keine)	1,02	0,94-1,11	1,08	1,03-1,13
F60 - F69: Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	Wald-Chi-Quadrat: 2,2 (p = 0,1355)		Wald-Chi-Quadrat: 0,0 (p = 0,9990)	
- gesicherte Diagnose bei min. einem Elternteil (gegenüber keine)	1,07	0,98-1,18	1,00	0,95-1,06
F70 - F79: Intelligenzstörung	Wald-Chi-Quadrat: 0,0 (p = 0,9627)		Wald-Chi-Quadrat: 1,6 (p = 0,2136)	
- gesicherte Diagnose bei min. einem Elternteil (gegenüber keine)	1,01	0,63-1,64	0,82	0,60-1,12
F80 - F89: Entwicklungsstörungen	Wald-Chi-Quadrat: 0,4 (p = 0,5378)		Wald-Chi-Quadrat: 0,6 (p = 0,4396)	
- gesicherte Diagnose bei min. einem Elternteil (gegenüber keine)	0,87	0,56-1,35	0,91	0,70-1,17
F90 - F98: Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	Wald-Chi-Quadrat: 4,3 (p = 0,0387)		Wald-Chi-Quadrat: 1,8 (p = 0,1745)	
- gesicherte Diagnose bei min. einem Elternteil (gegenüber keine)	1,14	1,01-1,30	1,05	0,98-1,14
Hinweis auf Tod eines Elternteils	Wald-Chi-Quadrat: 6,0 (p = 0,0144)		Wald-Chi-Quadrat: 0,0 (p = 0,8890)	
- Ja (Referenzkategorie: Nein)	1,52	1,09-2,13	1,02	0,81-1,28

Merkmal, Merkmalsausprägung	Erstdiagnose 2015 (n = 494.867, darunter 7.077 mit Erstdiagnose)		Diagnose 2015 (n = 570.023, darunter 27.608 mit Diagnose)	
	Odds- Ratio	95-Prozent- Konfidenzintervall	Odds- Ratio	95-Prozent- Konfidenzintervall
Gesamtmodellgüte				
- c-Wert (Fläche unter der ROC-Kurve)	0,683		0,866	

Quelle: Daten der BARMER zu Versicherten mit nachweislicher Versicherung 2011 bis 2015 jeweils in allen vier Quartalen, 2015 im Alter von 18 bis 25 Jahren; Schätzungen von Einflüssen ausgewählter Merkmale auf die Wahrscheinlichkeit der erstmalig (Modell 1) sowie gegebenenfalls auch wiederholt (Modell 2) ambulant mindestens zweifach dokumentierten Depression 2015 in logistischen Regressionsmodellen

Kapitel II

Verzeichnisse

II Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

BSNR	Betriebsstättennummer
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
FU	Früherkennungsuntersuchung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
HA	Hausarzt (im Sinne hausärztlich niedergelassener Kassenärzte)
ICD10	International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KH	Krankenhaus
KI	Konfidenzintervall (Vertrauensbereich)
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LANR	Lebenslange Arztnummer
OPS	Operationen- und Prozedurenschlüssel
OR	Odds Ratio (Chancen-Verhältnis)
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V)

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Anteil BARMER-Versicherte in Prozent an der durchschnittlichen Bevölkerung in Bundesländern im Jahr 2016.....	28
Abbildung 2.1A:	Anteil Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2007 und 2012.....	51
Abbildung 2.1B:	Anteil Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2016 und 2012	51
Abbildung 2.2:	Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2016.....	53
Abbildung 2.3:	Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2016	54
Abbildung 2.4:	Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2016	55
Abbildung 2.5:	Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2016	56
Abbildung 2.6:	Personen mit Kontakt zu Facharztgruppen je 1.000 Versicherten 2016.....	57
Abbildung 2.7:	Anzahl abrechnender Betriebsstätten je Versicherten 2016.....	63
Abbildung 2.8:	Diagnoseraten nach ICD10-Kapiteln 2016.....	75
Abbildung 2.9:	Anzahl unterschiedlicher dreistelliger Diagnosen pro Kopf nach Geschlecht und Alter 2016.....	88
Abbildung 2.10:	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, EBM-Ziffern 01730, 01731,01733: Betroffene nach Alter 2016	114
Abbildung 2.11:	Früherkennungsleistungen Darmkrebs, EBM-Ziffern 01734, 01740, 01741: Betroffene nach Alter und Geschlecht 2016	117
Abbildung 2.12:	Früherkennungsleistungen gemäß EBM-Ziffern 01732, 01745/01746 und 01750 [nur Frauen]: Betroffene nach Alter 2016	118
Abbildung 3.1:	Studierende in Deutschland im Wintersemester 2015/2016 nach Geschlecht und Alter.....	127
Abbildung 3.2:	Anteil Studierender an der Bevölkerung sowie an Versicherten der BARMER.....	130

Abbildung 3.3:	Einfluss des elterlichen Versicherungsstatus sowie der elterlichen Ausbildung auf die Wahrscheinlichkeit der Erstaufnahme eines Studiums der Kinder im jungen Erwachsenenalter	169
Abbildung 3.4:	Einfluss des Alters der Eltern bei Geburt des Kindes auf die Wahrscheinlichkeit der Erstaufnahme eines Studiums der Kinder im jungen Erwachsenenalter	170
Abbildung 3.5:	Einfluss von Diagnosen psychischer Störungen im Alter von 17 Jahren auf die Wahrscheinlichkeit der nachfolgenden Erstaufnahme eines Studiums im jungen Erwachsenenalter	171
Abbildung 3.6:	Anteil junger Erwachsener mit Depressionen und Antidepressiva-Verordnungen 2005 bis 2016	175
Abbildung 3.7A:	Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Depressionsdiagnosen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands in drei Zeiträumen zwischen 2006 bis 2009	183
Abbildung 3.7B:	Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Depressionsdiagnosen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands in drei Zeiträumen zwischen 2009 bis 2012	184
Abbildung 3.7C:	Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Depressionsdiagnosen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands in drei Zeiträumen zwischen 2013 bis 2016	185
Abbildung 3.8A:	Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Antidepressiva-Verordnungen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands in drei Zeiträumen zwischen 2006 bis 2009	186
Abbildung 3.8B:	Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Antidepressiva-Verordnungen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands in drei Zeiträumen zwischen 2009 bis 2012	187
Abbildung 3.8C:	Regionale Abweichungen der Häufigkeit von Antidepressiva-Verordnungen bei jungen Erwachsenen in Kreisen Deutschlands in drei Zeiträumen zwischen 2013 bis 2016	188

Abbildung 3.9: Inzidenz-Schätzer zu Depressionen bei jungen Erwachsenen im Jahr 2016 nach Ausschluss von Erkrankten in Vorbeobachtungszeiträumen von einem bis zu maximal zehn Jahren.....	203
Abbildung 3.10: Inzidenz-Schätzer für Depressionsdiagnosen nach Geschlecht und Alter bei Studierenden und Nichtstudierenden 2015	205
Abbildung 3.11: Elf-Jahres-Prävalenz-Schätzer für Depressionsdiagnosen nach Geschlecht und Alter bei Studierenden und Nichtstudierenden 2015.....	207
Abbildung 3.12: Elf-Jahres-Prävalenz-Schätzer nach Geschlecht und Alter bei Studierenden und Nichtstudierenden 2015 – ausschließliche Zählung mehrfach dokumentierter Depressionsdiagnosen	209
Abbildung 3.13: Vorausgehend dokumentierte anderweitige Diagnosen psychischer Störungen als Prädiktoren einer nachfolgend dokumentierten Depression bei jungen Erwachsenen 2015	225
Abbildung 3.14: Diagnosen psychischer Störungen bei Elternteilen als Prädiktoren einer dokumentierten Depression bei jungen Erwachsenen 2015.....	227

Tabellenverzeichnis

Tabelle 2.1:	Wesentliche Beobachtungseinheiten und Zählgrößen in Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung	34
Tabelle 2.2:	Trends von Behandlungsraten, Behandlungsfällen und Arztkontakten je Quartal 2005 bis 2016	47
Tabelle 2.3:	Ambulante ärztliche Versorgung 2006 bis 2016	48
Tabelle 2.4:	Ambulante ärztliche Versorgung 2016	49
Tabelle 2.5:	Betroffene, Behandlungsfälle und Leistungstage je 1.000 Versicherten nach Fachgebieten 2016	59
Tabelle 2.6:	Abrechnungsziffern und approximative fall- und versichertenbezogene Kosten nach Fachgebieten 2016	60
Tabelle 2.7:	Anzahl kontaktierter Praxen allgemein und nach Fachgruppen 2016	64
Tabelle 2.8:	Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2016	67
Tabelle 2.9:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen 2006 bis 2016 nach Diagnosekapiteln	70
Tabelle 2.10:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2016	73
Tabelle 2.11:	Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2016	76
Tabelle 2.12:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: häufig kodierte Diagnosegruppen 2016.....	78
Tabelle 2.13:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: häufig kodierte dreistellige Diagnosen 2016	83
Tabelle 2.14:	Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2016.....	89
Tabelle 2.15:	Häufige Zweier-Kombinationen von Diagnosen 2016	91
Tabelle 2.16:	Häufige Zweier-Kombinationen von Erkrankungsdiagnosen 2016.....	92
Tabelle 2.17:	Diagnosen bei Kleinkindern von 0 bis unter 5 Jahren	97
Tabelle 2.18:	Diagnosen: Kinder 5 bis unter 15 Jahre	98
Tabelle 2.19:	Diagnosen: männliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre	100
Tabelle 2.20:	Diagnosen: weibliche Jugendliche 15 bis unter 25 Jahre	101

Tabelle 2.21:	Diagnosen: männliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre	103
Tabelle 2.22:	Diagnosen: weibliche Erwachsene 25 bis unter 40 Jahre	104
Tabelle 2.23:	Diagnosen: männliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre	106
Tabelle 2.24:	Diagnosen: weibliche Erwachsene 40 bis unter 65 Jahre	107
Tabelle 2.25:	Diagnosen: männliche Personen 65 bis unter 80 Jahre	109
Tabelle 2.26:	Diagnosen: weibliche Personen 65 bis unter 80 Jahre	110
Tabelle 2.27:	Diagnosen: männliche Hochbetagte ab 80 Jahre	111
Tabelle 2.28:	Diagnosen: weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre	112
Tabelle 2.29:	Krebsfrüherkennungsuntersuchungsraten in den Bundesländern 2016 nach Männern und Frauen	116
Tabelle 3.1:	Studierende in Deutschland im Wintersemester 2015/2016 nach Geschlecht und Alter	128
Tabelle 3.2:	Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2016	137
Tabelle 3.3:	Anteil junge Erwachsene mit Diagnosen psychischer Störungen in Bundesländern 2016	150
Tabelle 3.4:	Anzahl junge Erwachsene mit Diagnosen psychischer Störungen in Bundesländern 2016	151
Tabelle 3.5:	Diagnosen psychischer Störungen bei Studierenden und nichtstudierenden jungen Erwachsenen	154
Tabelle 3.6:	Geburtsjahrgang 1996 – Diagnosen nach ICD10-Kapiteln 2011, 2013 und 2015 bei Personen mit Erstaufnahme eines Studiums im Zeitraum von August 2014 bis 2016	161
Tabelle 3.7:	Geburtsjahrgang 1996 – Diagnosen psychischer Störungen 2011, 2013 und 2015 bei Personen mit Erstaufnahme eines Studiums im Zeitraum von August 2014 bis 2016	163
Tabelle 3.8:	Anteil junger Erwachsener mit Depressionen in den Jahren 2006, 2011 und 2016	177
Tabelle 3.9:	Anteil Studierende und Nichtstudierende mit Depressionen 2015	178
Tabelle 3.10:	Junge Erwachsene mit Depressionsdiagnose sowie mit Antidepressiva-Verordnung in Bundesländern 2006, 2011 und 2016	180

Tabelle 3.11:	Relative Abweichungen der Häufigkeiten beobachteter von erwarteten Depressionsdiagnosen bei jungen Erwachsenen in Kreisen gruppiert nach dem zusammengefassten Kreistyp nach Daten 2006 bis 2009 sowie 2013 bis 2016.....	189
Tabelle 3.12:	Junge Erwachsene mit Depressionsdiagnosen – gehäuft beobachtete Begleitdiagnosen.....	191
Tabelle 3.13:	Junge Erwachsene mit Depressionsdiagnosen – gehäuft verordnete Arzneimittel.....	197
Tabelle 3.14:	Junge Erwachsene 2011 – Persistenz von Depressionsdiagnosen bis 2016.....	211
Tabelle 3.15:	Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsene 2015 mit sowie ohne Depressionsdiagnosen in unterschiedlichen Abgrenzungen – Anteile der Personen mit Behandlung.....	215
Tabelle 3.16:	Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2015 mit beziehungsweise ohne Depressionsdiagnosen in unterschiedlichen Abgrenzungen – verschiedene Behandlungskennzahlen.....	216
Tabelle 3.17:	Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2015 mit beziehungsweise ohne Depressionsdiagnosen in unterschiedlichen Abgrenzungen – approximative Kosten.....	218
Tabelle 3.18:	Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2015 mit beziehungsweise ohne Depressionsdiagnosen, Studierende gegenüber Nichtstudierenden – Anteile der Personen mit Behandlung.....	220
Tabelle 3.19:	Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2015 mit beziehungsweise ohne Depressionsdiagnosen, Studierende gegenüber Nichtstudierenden – verschiedene Behandlungskennzahlen.....	221
Tabelle 3.20:	Behandlung psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2015 mit beziehungsweise ohne Depressionsdiagnosen, Studierende gegenüber Nichtstudierenden – approximative Kosten.....	222
Tabelle I 1:	Durchschnittliche Bevölkerung Deutschlands 2005 und 2015.....	233
Tabelle I 2:	Übersicht zu den ICD10-Diagnosekapiteln.....	237

Tabelle A 1:	Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2016 in Prozent	238
Tabelle A 2:	Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2016	239
Tabelle A 3:	Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2016	240
Tabelle A 4:	Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2016 in Euro	241
Tabelle A 5:	Fachgebietskodierungen und anteilige Verteilung von Abrechnungsziffern nach drei Zuordnungsvarianten und Gruppierung von Fachgebieten 2016	242
Tabelle A 6:	Abrechnung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Anteil Betroffene nach Geschlecht und Alter 2016 in Prozent	247
Tabelle A 7:	Früherkennungsleistungen Darmkrebs EBM 01734, 01740, 01741: Betroffene nach Alter 2016 in Prozent	248
Tabelle A 8:	Früherkennungsleistungen EBM 01732, 01745-6, 01750 (nur Frauen):Betroffene nach Alter 2016 in Prozent	249
Tabelle A 9:	Studierende in Deutschland im Wintersemester 2015/2016 nach Bundesländern	250
Tabelle A 10:	Ambulante und stationäre Diagnosen psychischer Störungen bei jungen Erwachsenen 2005 und 2016	251
Tabelle A 11:	Geburtsjahrgang 1996 – Prädiktion der Erstaufnahme eines Studiums im Zeitraum von August 2014 bis 2016: Einfluss des Geschlechts und der Merkmale von zugeordneten Elternteilen	255
Tabelle A 12:	Geburtsjahrgang 1996 – Prädiktion der Erstaufnahme eines Studiums im Zeitraum von August 2014 bis 2016: Einfluss des Geschlechts und von Diagnosen im Jahr 2013	257
Tabelle A 13:	Anteil junger männlicher und weiblicher Erwachsener mit Depressionen in den Jahren 2006, 2011 und 2016	260
Tabelle A 14:	Junge Erwachsene mit Depressionsdiagnose in Bundesländern 2006, 2011 und 2016	262
Tabelle A 15:	Risikofaktoren für Depressionen bei jungen Erwachsenen in logistischen Regressionsmodellen	262

Literaturverzeichnis

- Daly, L. (1992): Simple SAS macros for the calculation of exact binomial and Poisson confidence limits. In: *Comp Biol Med* 22 (5). S. 351-361.
- Deutsches Ärzteblatt (2008): 105, Heft 31-32. A1654-1655.
- Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA (2017): Richtlinie über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Online unter www.g-ba.de/informationen/richtlinien/17/.
- Grobe, T. G. (2017): Risikofaktoren für Kopfschmerzen. *BARMER Gesundheitswesen aktuell* 2017, S. 278-304; www.barmer.de/presse/infotehek/studien-und-reports/gesundheitswesen-aktuell/gesundheitswesen-aktuell-2017-133054
- Grobe, T. G., Steinmann, S., Gerr, J. (2017): *BARMER Gesundheitsreport 2017*. (Hrsg. BARMER), S. 153 ff.; www.barmer.de/presse/infotehek/studien-und-reports/gesundheitsreports-der-laender/laenderreports-2017-130728
- SAS (2014): *SAS/STAT(R) 13.2. User's Guide*. SAS Institute Inc., Cary, NC, USA.
- Statistisches Bundesamt (2017a): Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern 2016. Fachserie 12 Reihe 6.2.1; vgl. Tabellenblatt 2.1.1.1; www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankenhaeuser/Krankenhaeuser.html
- Statistisches Bundesamt (2017b): *Gesundheit. Todesursachen in Deutschland 2015*. Fachserie 12 Reihe 4; vgl. Tabellenblatt 2.1.1; www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Todesursachen.html
- Statistisches Bundesamt (2016): Studierende an Hochschulen Wintersemester 2015/2016. Fachserie 11 Reihe 4.1. Wiesbaden 2016 www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/StudierendeHochschulenEndg.html

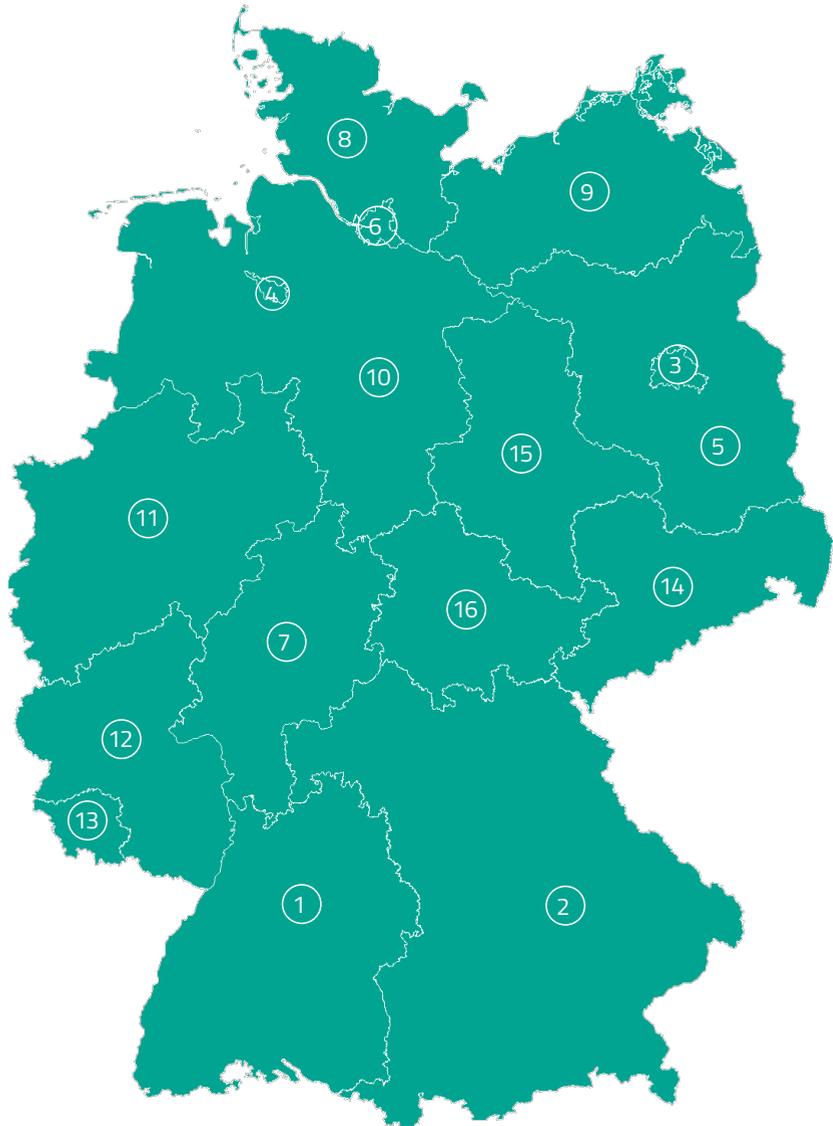
Autorenverzeichnis

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.

Bundesländer Deutschland



- ① Baden-Württemberg
- ② Bayern
- ③ Berlin
- ④ Bremen
- ⑤ Brandenburg
- ⑥ Hamburg
- ⑦ Hessen
- ⑧ Schleswig-Holstein
- ⑨ Mecklenburg-Vorpommern
- ⑩ Niedersachsen
- ⑪ Nordrhein-Westfalen
- ⑫ Rheinland-Pfalz
- ⑬ Saarland
- ⑭ Sachsen
- ⑮ Sachsen-Anhalt
- ⑯ Thüringen