

Versorgungs-Report 2015/2016

„Kinder und Jugendliche“

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

Schattauer (Stuttgart) 2016

Auszug Seite 329-361



16	Daten-Monitoring Depression zur psycho- und pharmako-therapeutischen Inanspruchnahme von Patienten mit Depression	329
	<i>Antje Freytag, Markus Kösters, Max Schmauß, Thomas Becker und Jochen Gensichen</i>	
16.1	Daten-Monitoring zur psycho- und pharmakotherapeutischen Inanspruchnahme von Patienten mit Depression	331
16.2	Datenquellen, Methoden, Operationalisierungen	334
16.2.1	Datenquellen und Methoden	334
16.2.2	Die inzidente Studienpopulation	334
16.2.3	Berücksichtigte Diagnosen.....	334
16.2.4	Ambulante Patienten	335
16.2.5	Schweregrad.....	336
16.2.6	Chronizität der Depressionserkrankung	336
16.2.7	Behandlungssetting/Behandlergruppen/Verordnergruppen.....	337
16.2.8	Psychotherapeutische Leistungen.....	339
16.2.9	Ambulante Arzneimittelverordnungen.....	341
16.3	Ergebnisse.....	343
16.3.1	Behandlungssetting	343
16.3.2	Ambulante Inanspruchnahme von Antidepressiva und Psycho-therapeutischen Leistungen.....	345
16.3.3	Ambulante Leistungsinanspruchnahme ausschließlich hausärztlich versorgter Patienten	348
16.3.4	Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie	350
16.3.5	Einsatz von Anxiolytika/Hypnotika/Sedativa	354
16.4	Diskussion	355

16 Daten-Monitoring Depression zur psycho- und pharmakotherapeutischen Inanspruchnahme von Patienten mit Depression

Antje Freytag, Markus Kösters, Max Schmauß, Thomas Becker und Jochen Gensichen

Abstract

Der Beitrag untersucht die Inanspruchnahme von Psycho- und Pharmakotherapie durch Patienten mit einer Erstmanifestation einer depressiven Episode. Dabei orientieren sich die Autoren an den QiSA-Qualitätsindikatoren für die ambulante Versorgung von Patienten mit Depression und befassen sich vor allem mit der Frage, von wem und mit welchen therapeutischen Angeboten Patienten innerhalb von zwei Jahren nach einer inzident dokumentierten Depression versorgt wurden. Dazu wurden die Routineabrechnungsdaten von AOK-Versicherten analysiert, die im Jahr 2011 eine neu erkannte und dokumentierte Depressionsdiagnose erhielten.

Der Großteil der AOK-versicherten Patienten mit Depression wurde ambulant versorgt, vorwiegend durch Hausärzte. Etwa ein Drittel der Patienten mit schwerer Depression wird ausschließlich hausärztlich versorgt. Gleichzeitig wurden 20% der Patienten mit leichter bzw. unspezifischer Depression ausschließlich psychiatrisch bzw. psychotherapeutisch („fachärztlich“) versorgt. Etwa die Hälfte der Patienten nahm innerhalb von zwei Jahren eine antidepressive Pharmakotherapie in Anspruch (QiSA-Indikator 5), in der Gruppe der Patienten mit schwerer Depression lag dieser Anteil bei 70%. Von den Patienten mit leichter Depression wurden 40% pharmakologisch behandelt, obwohl die Leitlinienempfehlung vorsieht, Antidepressiva nicht generell zur Behandlung bei leichten depressiven Episoden einzusetzen. Die Dauer der pharmakologischen Therapie erschien im Durchschnitt über alle Schweregrade lediglich bei 25% der Patienten ausreichend lang (QiSA-Indikator 6). Hausärztlich betreute Patienten erreichten dies seltener als fachärztlich betreute. Bei einer gemeinsamen Behandlung durch Haus- und Fachärzte wurden jedoch 52% ausreichend lange behandelt, insbesondere Patienten mit schwerer Depression (59%). Eine sog. „Richtlinienpsychotherapie“ nahmen 9% der Patienten in Anspruch, 27% nicht antragspflichtige, aber sog. „fachgebundene“ psychotherapeutische Gesprächsleistungen und bei 74% wurde mindestens eine Leistung aus der sog. „psychosomatischen Grundversorgung“ abgerechnet (QiSA-Indikator 7). Lediglich 11% der ambulant versorgten Patienten mit schwerer Depression erhielten die

empfohlene Kombinationstherapie aus Psychotherapie und einem Antidepressivum (QiSA-Indikator 8). Gänzlich ohne spezifische Therapie waren 7% der Patienten mit schwerer Depression. Die Bestimmung der Anteile nicht depressionsfachspezifisch versorgter (hausärztlich betreuter) Patienten mit anhaltender Depression (QiSA-Indikator 8) hängt stark vom Quantifizierungsansatz für anhaltende/chronische Depression auf der Basis von Routinedaten ab. Der Einsatz von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa ist bei Patienten mit Depression weit verbreitet (QiSA-Indikator 10).

This article examines the use of psycho- and pharmacotherapy in patients with a first manifestation of a depressive episode. The authors followed the QiSA quality indicators for outpatient care of patients with depression and deal primarily with the question of who treated and which therapy was chosen within two years following a documented depression diagnosis. For this, we analysed routine claims data of AOK insurees who had received a documented diagnosis of a newly detected depression in 2011.

The majority of AOK-insured patients with depression were outpatients, mostly treated by general practitioners. Approximately one third of patients with severe depression was exclusively treated by a GP. At the same time, 20% of patients with a mild or non-specific depression exclusively received psychiatric or psychotherapeutic treatment. About half of the patients received an antidepressant over two years (QiSA Indicator 5), in the group of patients with severe depression, the proportion was 70%. 40% of the patients with mild depression were treated pharmacologically, although the guidelines do not generally recommend the use antidepressants as treatment for mild depressive episodes. Only for 25% of patients across all severity grades the duration of pharmacological therapy seemed sufficiently long (QiSA Indicator 6). GP-supervised patients achieved this less often than those supervised by specialists. However, 52% of those jointly seen by GPs and specialists were treated long enough, particularly patients with severe depression (59%). 9% of patients received psychotherapy according to the German Psychotherapy Directive, 27% other specialist psychotherapeutic conversational services and 74% at least one “psychosomatic primary care” service (QiSA Indicator 7). Only 11% of outpatients with major depression received the recommended combination therapy of psychotherapy and an antidepressant (QiSA Indicator 8). 7% of patients with severe depression remained completely without specific therapy. The determination of the share of GP-supervised patients with persistent depression who received non-specific depression treatment (QiSA Indicator 8) strongly depends on the routine data based quantification approach for persistent/chronic depression. The use of anxiolytics, hypnotics and sedatives in patients with depression is widespread (QiSA Indicator 10).

16.1 Daten-Monitoring zur psycho- und pharmakotherapeutischen Inanspruchnahme von Patienten mit Depression

Beim vorliegenden Beitrag handelt es sich um die erste Ausgabe eines sogenannten „Routinedaten-Monitorings“ zur psycho- und pharmakotherapeutischen Inanspruchnahme von Patienten mit Depression, die bei der AOK versichert sind. Ein Daten-Monitoring schafft die Möglichkeit, Entwicklungen im Zeitverlauf zu beobachten. Der Beitrag schließt an die Inhalte des Versorgungs-Reports 2013/2014 an, der Depression zum Schwerpunktthema hatte¹. Abweichend von diesem früheren Band liegt der Fokus im vorliegenden Beitrag durchgehend auf inzident dokumentierten Depressionserkrankungen. Zudem wurde eine konsequente Differenzierung der Inanspruchnahmeanalysen nach der Spezifizierung der Depressionsdiagnosestellung gemäß ICD-Klassifikation vorgenommen („Schweregrad“). Darüber hinaus rückte neben der antidepressiven Pharmakotherapie die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen in den Vordergrund. Der Darstellung liegt die Auswertung der Routineabrechnungsdaten von insgesamt 16 Mio. Versicherten der AOK in Deutschland aus den Jahren 2009 bis 2013 zugrunde.

Die konkret untersuchten Fragestellungen orientieren sich dabei weiterhin an den QiSA-Qualitätsindikatoren für die ambulante, insbesondere hausärztliche, Versorgung von Patienten mit Depression, Band 6 (Schulz et al. 2013). Die folgenden sechs Indikatoren zur psycho- und pharmakotherapeutischen Behandlung bei Depression sind für die Darstellung der ambulanten Versorgungssituation relevant und praktikabel:

- QiSA-Indikator 5: „Patienten mit Depression, die eine antidepressive Pharmakotherapie durch den Hausarzt erhalten“
- QiSA-Indikator 6 „Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission“
- QiSA-Indikator 7 (in seiner Modifikation für eine Ermittlung anhand von Routinedaten): „Patienten mit Depression, die eine psychotherapeutische Behandlung erhalten, unabhängig vom Verordner“
- QiSA-Indikator 8 (in seiner Modifikation für eine Ermittlung anhand von Routinedaten): „Durchführung einer adäquaten antidepressiven Therapie bei schwergradiger depressiver Episode unabhängig vom Verordner“
- QiSA-Indikator 9: „Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie“
- QiSA-Indikator 10 „Verschreibung von Anxiolytika bzw. Sedativa bei Depression länger als vier Wochen“

Der Indikator 5 „Patienten mit Depression, die eine antidepressive Pharmakotherapie erhalten“ gibt einen Überblick über das Verschreibungsverhalten. Laut Nationaler Versorgungsleitlinie für Unipolare Depression (NVL) (DGPPN 2012) besteht

¹ Kapitel 2: Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland; Kapitel 5: Pharmakotherapie bei Depression.

bei leichter Depression keine klare Indikation für eine medikamentöse antidepressive Therapie, während diese bei schwerer Depression jedoch klar gegeben ist.

Dem Indikator 6 „Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission“ liegt Evidenz zur Rezidivprophylaxe zugrunde (Schulz et al. 2013): Antidepressiva sollen gemäß den Empfehlungen der NVL (DGPPN 2012) mindestens 4 bis 9 Monate über die Besserung der Symptome (Remission) hinaus eingenommen werden, weil sich so das Risiko eines Rückfalls vermindern lässt. In dieser Erhaltungsphase soll die Dosierung der Akutphase fortgeführt werden. Das Rückfallrisiko kann durch eine Erhaltungstherapie um bis zu 70 % gesenkt werden (Geddes et al. 2003). Die Guidelines des National Institute for Health and Care Excellence, der American Psychiatric Association und der Canadian Psychiatric Association empfehlen eine Dauer der Erhaltungstherapie von sechs Monaten (NICE 2004; APA 2000; CPA 2001). Im QiSA-Indikatorenset wird „aufgrund der Komplexität der Patienten“ in der Hausarztpraxis eine Erfüllungsrate von über 60 % bei einer Therapiedauer von mehr als vier Monaten nach Remission als Referenz vorgeschlagen.

Der Indikator 7 „Patienten mit Depression, die eine psychotherapeutische Behandlung erhalten, unabhängig vom Verordner“ erfasst den Anteil der Patienten mit einer depressiven Erkrankung, die wie in der NVL empfohlen eine Psychotherapie erhalten. Die NVL empfiehlt eine Psychotherapie bei akuten leichten bis mittelschweren depressiven Episoden. Ein Referenzwert für diesen Indikator wird nicht vorgegeben.

Darüber hinaus empfiehlt die NVL eine Kombinationsbehandlung aus Psychotherapie und medikamentöser Therapie für Patienten mit akuter schwerer Depression, die mittels des Indikators 8 „Durchführung einer adäquaten antidepressiven Therapie bei schwergradiger depressiver Episode unabhängig vom Verordner“ erfasst werden soll. Als adäquate Behandlung wird dabei entweder eine stationäre Therapie oder eine Kombination aus ambulanter antidepressiver Pharmakotherapie und Psychotherapie gesehen. Als Referenzwert wird im QiSA-Indikatorenset ein Anteil von über 60 % vorgeschlagen. Der QiSA-Indikator 8 wird im Folgenden nur in Näherung bestimmt, da sich der Indikator auf eine Behandlung innerhalb von sechs Monaten bezieht, die hier vorgenommenen Auswertungen sich aber über einen Zeitraum von zwei Jahren erstrecken.

Vor dem Hintergrund einer möglichen Unterversorgung von Patienten mit einer depressiven Erkrankung sollen mit dem Indikator 9: „Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Therapie“ die Patienten erfasst werden, die ausschließlich hausärztlich behandelt wurden und keine depressionsspezifische Therapie erhalten haben. (Zum Verständnis der „anhaltenden Depression“ vgl. Abschnitt 16.2.6). Unter einer depressionsspezifischen Therapie wird dabei im Indikator explizit auch die psychosomatische Grundversorgung verstanden. Der Anteil der Patienten ohne spezifische Therapie sollte gering sein, im QiSA-Indikatorenset wird als Referenz ein Anteil von unter 10 % genannt.

Der Indikator 10 „Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa bei Depression länger als vier Wochen“ wird genutzt, um eine Einschätzung des Ordnungsverhaltens von sedierenden Substanzen zu erhalten. Er bildet vor allem die Empfehlungen der Leitlinien hinsichtlich der Benzodiazepine ab. Bei Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa handelt es sich im Wesentlichen um Benzodiazepine und

Benzodiazepin-verwandte Wirkstoffe wie Zaleplon, Zolpidem und Zopiclon. Die genannten Wirkstoffe sind mit dem Risiko der Toleranzentwicklung bzw. des Entzugsyndroms behaftet und können zur Abhängigkeit führen. Langzeitverordnungen sollten daher vermieden werden. Bei Patienten, die mit diesen Wirkstoffen länger als vier Wochen behandelt werden, ist davon auszugehen, dass sie potenziell abhängigkeitsgefährdet sind (Bundesärztekammer 2007; Glaeske et al. 2007). Gemäß den Arzneimittelrichtlinien bedarf die längerfristige Anwendung (> vier Wochen) einer besonderen Begründung in der ärztlichen Dokumentation. Ziel einer rationalen Therapie sollte es sein, eine möglichst niedrige Anzahl an Patienten mit Depression länger als vier Wochen mit Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa zu behandeln. Als Referenz wird im QiSA-Indikatorenset ein Wert von unter 20% vorgeschlagen.

Basierend auf diesen sechs QiSA-Indikatoren wurden folgende Fragestellungen anhand der Routineabrechnungsdaten der AOK untersucht:

1. In welchem Setting wurden Patienten innerhalb von zwei Jahren nach inzident dokumentierter Depression behandelt: ambulant, stationär oder intersektoral?
2. Von welchen Fachgruppen wurden diese Patienten versorgt: von Hausärzten, Fachärzten für psychische Erkrankungen (zur genauen Auflistung s. Abschnitt 16.2.7), Haus- und Fachärzten oder ausschließlich „unspezifischen“ Fachgruppen.
3. Wie wurden diese Patienten therapeutisch versorgt: mit Antidepressiva, Psychotherapie, Kombinationstherapie aus Antidepressiva und Psychotherapie, keiner Therapie? (vgl. QiSA-Indikatoren 5, 7, 8 und 9)
4. Wie viele Patienten erhielten eine psychopharmakologische Therapie (Akut- plus Erhaltungstherapie) über mindestens sechs Monate (24 Wochen) (vgl. QiSA-Indikator 6)? Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von den verordnenden Fachgruppen (Hausärzte versus Fachärzte)?
5. Welche antidepressiven Wirkstoffe/Wirkstoffgruppen wurden von welchen Fachgruppen verordnet?
6. Wie viele Patienten mit Depression erhielten Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen? (vgl. QiSA-Indikator 10)

Bei allen Analysen erfolgte eine Differenzierung nach dem Schweregrad innerhalb der ICD-Klassifikation. Zusätzlich erfolgte z. B. zu Frage 3 auch eine Differenzierung nach explorativ umgesetzten Aufgriffkriterien für eine anhaltende (chronische) Depression. Die den Fragen zugrunde liegende Operationalisierung wird in den folgenden Abschnitten dargelegt.

16.2 Datenquellen, Methoden, Operationalisierungen

16.2.1 Datenquellen und Methoden

Für die Analysen wurde auf Arzneimittelverordnungen und die Daten der stationären sowie der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung aller AOK-Versicherten zurückgegriffen.² Für stichtagsbezogene Daten (Alter der Versicherten) wurde in der vorliegenden Untersuchung der 01.01.2011 als Stichtag festgelegt. Es werden Abrechnungsdaten aus dem Zeitraum 01.01.2009 bis 31.12.2013 herangezogen, basierend auf den relevanten, jeweils im Zeitraum geltenden Ständen der ICD- sowie der ATC-Klassifikation.

Alle durchgeführten Auswertungen waren statistisch-deskriptiv. Es wurden Häufigkeiten und relative Anteile unter Verwendung von MS Access 2010, MS Excel 2010 sowie IBM SPSS Statistics 21 ermittelt.

16.2.2 Die inzidente Studienpopulation

Die folgenden Auswertungen der psycho- und pharmakotherapeutischen Inanspruchnahme beziehen sich auf die in Kapitel 15 beschriebenen inzidenten Fälle und wurden somit für Patienten vorgenommen, bei denen im Jahr 2011 erstmals eine depressive Episode diagnostiziert wurde. Zur Validierung der Inzidenz wurde, wie zuvor beschrieben, eine zweijährige Diagnosefreiheit vor Beginn der depressiven Episode gefordert.

Neben der klinisch besonderen Bedeutung einer Erstbehandlung wurde die inzidente Population gewählt, da davon auszugehen ist, dass diese gegenüber einer prävalenten Population eine homogenere und damit besser vergleichbare Ausgangslage erwarten lässt. So ist z. B. im Einzelfall nicht zuverlässig vorhersagbar, welche Therapie zum Erfolg führt, sodass eine frühere Behandlung eine große Rolle in der Therapieauswahl spielt (Bauer et al. 2008).

Die Auswertung bezieht sich lediglich auf die administrative, also die kodierte Depression. Depressionen, die möglicherweise behandelt, aber nicht als solche kodiert wurden, werden nicht erfasst.

16.2.3 Berücksichtigte Diagnosen

Für den Aufgriff von Patienten mit Depression als Ersterkrankung wurden die ICD-10 Diagnosen F32* (depressive Ersterkrankung) berücksichtigt. Patienten mit einer inzidenten kodierten Diagnose einer rezidivierende Depression (F33*, F38.1) und/oder einer Dysthymie (F34.1) wurden beim Aufgriff von Patienten mit inzidenter Depression ausgeschlossen. Bei den ambulanten Diagnosen wurden für den Aufgriff ausschließlich als gesichert gemeldete Diagnosen, d. h. keine Verdachtsdiagnosen und keine in Psychiatrischen Institutsambulanzen dokumentierten Diagnosen

² Die Datengrundlage wird in Kapitel 15 dieses Bandes „Prävalenz und Inzidenz depressiver Erkrankungen in Deutschland im Jahr 2012“ ausführlicher dargestellt.

berücksichtigt.³ Bei den stationären Diagnosen wurden für den Aufgriff sowohl Haupt- als auch Nebendiagnosen berücksichtigt (vgl. Abschnitt 15.2.1 in Kapitel 15 dieses Bandes).

Für spezifische Analysen zur Inanspruchnahme wurden mehrere Subpopulationen inzidenter Depressionspatienten gebildet. Zum Versorgungssetting: Die Depression wurde nur dann als stationär versorgt definiert, wenn sie als Hauptdiagnose kodiert wurde.

Pharmako- und Psychotherapieanalysen: Es wurden ausschließlich ambulant versorgte Patienten betrachtet (ohne stationäre Haupt- oder Nebendiagnosen), da die Therapie im Krankenhaus nicht hinreichend bekannt ist.

Die Analysen zur Inanspruchnahme bezogen auch Leistungen und Diagnosen aus PIA ein. Psychische Komorbiditäten blieben unberücksichtigt. Patienten, die wegen Depression aufgegriffen wurden, später aber vielleicht aufgrund einer anderen psychischen Erkrankung weiterbehandelt wurden, erscheinen hier als unterversorgt.

Routinedatenanalysen auf der Basis administrativer Diagnosen müssen grundsätzlich Validitätseinschränkungen hinsichtlich der Diagnosestellung berücksichtigen: Weder können medizinferne Einflüsse (Legitimationen für Verordnungen oder abgerechnete Leistungen) ausgeschlossen werden noch kann die Vollständigkeit und Richtigkeit dokumentierter ICD-klassifizierter Diagnosen überprüft werden.

16.2.4 Ambulante Patienten

Die Analysen zur pharmako- und psychotherapeutischen Inanspruchnahme wurden auf die ambulanten Patienten begrenzt. Als ambulante Patienten wurden Patienten definiert, die im Beobachtungszeitraum keinen voll- oder teilstationären Krankenhaus- oder Rehabilitationsaufenthalt mit der Haupt- oder Nebendiagnose einer Depression aufwiesen. Diese Einschränkung erfolgte, da erstens bei stationären Aufenthalten (insbesondere bei Depression als Nebendiagnose) keine genügend sichere Aussage über die dort erfolgte depressionsspezifische Pharmakotherapie und Psychotherapie möglich ist. Zweitens wurde die Inanspruchnahme von Pharmakotherapie anhand von Arzneimittelverordnungen ermittelt, die für Medikamente, die im Rahmen stationärer Aufenthalte verordnet werden, in den Abrechnungsdaten nicht vorliegen. Versicherte mit ambulanten Operationen im Krankenhaus wurden nicht ausgeschlossen, da eine (nicht ambulante) Verordnung von Antidepressiva zur Behandlung von Depressionen im Rahmen einer ambulanten Operation unwahrscheinlich ist.

³ Technische Standards zur Übermittlung von PIA-Abrechnungsdaten an die Krankenkassen waren im Jahr 2011 noch nicht verbindlich vereinbart. Die Abrechnung erfolgte regional nach sehr unterschiedlichen Verfahren, sodass eine bundesweite Auswertung von PIA-Daten nicht machbar war. Einige wenige PIAs haben zwar nach EBM abgerechnet und in diesen Fällen sind Leistungs- und Diagnosedaten der PIA-Behandlung im hier untersuchten Datenpool enthalten. Diese sind jedoch nicht als solche erkennbar und mit den vorliegenden Informationen des Datenkranzes nach § 295 SGB V ist nicht rekonstruierbar, ob ein Abrechnungsfall aus einer PIA stammt. Auch im Jahr 2012 waren die PIA-Daten noch nicht vollständig auswertbar.

16.2.5 Schweregrad

Für die inzidente Depressionspopulation werden gemäß der ICD-10 Klassifizierung vier Schweregrade der Diagnosespezifizierung unterschieden: 1 = schwer (F32.2/3), 2 = mittelgradig (F32.1), 3 = leicht (F32.0), 4 = nicht spezifiziert (F32.8/9). Für die Bestimmung des Schweregrades wurden die ambulanten gesicherten und stationären Depressionsdiagnosen herangezogen, die für den validierten Aufgriff des Patienten als inzidenten Depressionspatienten relevant waren (2Q3-Kriterium) (vgl. Abschnitt 15.2.1 in Kapitel 15 dieses Bandes). Mögliche Anpassungen des diagnosebezogenen Schweregrades im Behandlungsverlauf wurden nicht berücksichtigt.

16.2.6 Chronizität der Depressionserkrankung

Man geht aktuell davon aus, dass mindestens 50% aller depressiv erkrankten Patienten nach der ersten depressiven Episode im Laufe der folgenden Jahre weitere Erkrankungsepisoden erleben; Studien weisen zudem darauf hin, dass ca. 15 bis 20% aller depressiven Erkrankungen in einen chronischen Verlauf übergehen (DG-PPN 2009; Mikoteit und Hatzinger 2009; Gilmer et al. 2005). Von einem chronischen Verlauf im Sinne der persistierenden depressiven Störung (DSM-5) oder einer anhaltenden Depression (QiSA-Indikator 9) wird gesprochen, wenn die depressive Erkrankung zwei Jahre oder länger ohne Vollremission zwischen den Episoden anhält. Im ICD-10 ist (neben der Dysthymie) keine spezifische Kodierung für die Chronizität der Störung vorgesehen.⁴

Wenig untersucht sind bislang die Behandlungsunterschiede zwischen Depressionen mit wenigen bzw. kurzen Episoden einerseits und chronischen Verläufen andererseits. Der Bertelsmann Faktencheck Depression hat hier einen ersten Vorstoß auf der Basis von Routinedaten gemacht und den chronischen Verlauf als Depressionsdiagnose (F32* und/oder F33*) operationalisiert, die in mindestens sechs von acht aufeinanderfolgenden Quartalen innerhalb eines Beobachtungszeitraums von fünf Jahren bei im Jahr 2011 prävalenten Depressionspatienten kodiert sein musste (Bertelsmann Stiftung 2014). Im vorliegenden Beitrag wurde diese Definition um zwei weitere, ebenfalls an der Anzahl der Quartale mit Depressionsdiagnose orientierte Operationalisierungen ergänzt, um den exploratorischen Charakter derartiger Quantifizierungsansätze und darauf aufbauender Auswertungen deutlich zu machen. Verwendet wurden die Operationalisierungen einer Depressionsdiagnose in „mindestens sechs von acht Quartalen“, „mindestens sieben von acht Quartalen“ und „mindestens acht von acht Quartalen“. Diese drei Operationalisierungsansätze wurden in den Analysen zur Verteilung der Patienten auf das Behandlungssetting, speziell das hausärztliche Setting, explorativ verwendet. Um von einem chronischen Verlauf sprechen zu können, wird klinisch gefordert, dass eine Depression mindestens zwei Jahre vorliegen muss. Die strengste Umsetzung dieser Forderung in der administrativen Diagnosedokumentation besteht darin, dass in acht von acht fortlaufenden Quartalen mindestens jeweils eine Depressionsdiagnose kodiert wor-

⁴ Im DSM 5 wurden die chronische Depression und Dysthymie zur „persistierenden depressiven Störung“ zusammengefasst. Für Erwachsene müssen die depressiven Symptome für einen Zeitraum von zwei Jahren bestehen, um das Kriterium einer persistierenden Störung zu erfüllen.

den sein muss. Die etwas milderen Definitionen erlauben, dass im Verlauf von zwei Jahren auch einmal (7 von 8 Q) oder zweimal (6 von 8 Q) ein Quartal abläuft, ohne dass der Patient einen Arztkontakt hatte, bei dem eine Depressionsdiagnose erfasst wurde – z. B. aufgrund von Urlaub oder Antidepressiva-Verordnungen mit Packungsgrößen, die mehr als ein Quartal abdecken.

Alle genannten Quantifizierungsansätze für chronische Depression können nicht ausschließen, dass auch rein administrativ generierte Dauerdiagnosen vorliegen können. Dauerdiagnosen wurden als EDV-technische Unterstützung in den Praxisverwaltungssystemen etabliert, um Diagnosen aus einem Vorquartal in ein Folgequartal zu übernehmen. Bislang konnte kein Mechanismus implementiert werden, der sicherstellte, dass die Übernahme einer Diagnose aus einem Quartal nur erfolgt, wenn diese erneut die Definition einer Behandlungsdiagnose erfüllt. Somit ist davon auszugehen, dass eine unbestimmte Zahl an Diagnosen mit ausschließlich anamnestischem Charakter in den ambulanten Abrechnungsdaten vorhanden ist. Anamnestische Diagnosen können dazu führen, dass die Häufigkeit chronischer Depressionserkrankungen überschätzt wird, wenn die Chronizität allein anhand der Anzahl von Diagnosequartalen in einem Zeitraum bestimmt wird. Analysen zur Bestimmung eines validen Anteils von Versicherten mit anamnestischen Dauerdiagnosen stehen noch aus.

Denkbar sind Operationalisierungsansätze für chronische Depression in Routinedaten, die nicht ausschließlich auf der Anzahl der Quartale mit Depressionsdiagnose basieren, sondern spezifische Diagnosekodierungen wie z. B. F33* rezidivierende Depression oder die Diagnose einer Dysthymie in einer zeitlichen Abfolge von Depressionsdiagnosen fordern. Eine Validierung möglicher Ansätze steht jedoch ebenfalls noch aus, sodass die Analysen zur Chronizität einen explorativen Charakter haben.

16.2.7 Behandlungssetting/Behandlergruppen/Verordnergruppen

Beim Behandlungssetting wird zunächst zwischen ausschließlich ambulant, ausschließlich stationär sowie intersektoral behandelten Patienten mit Depression unterschieden. Im ambulanten Behandlungssetting wird außerdem differenziert, ob ein Patient ausschließlich hausärztlich, ausschließlich fachärztlich, haus- und fachärztlich oder ausschließlich durch unspezifische Fachgruppen⁵ behandelt wurde.

Behandlergruppen

Die Fachgruppen wurden zu „Behandlergruppen“ zusammengefasst, in Abhängigkeit der Fachgruppen, die die ambulanten Behandlungsfälle im Zeitraum von zwei Jahren ab inzident kodierter Depression (wobei mindestens eine F32*/F33*-Diagnose kodiert war) abrechneten:

1. Ausschließlich Hausärzte (und ggf. „unspezifische“ Fachgruppen)
2. Ausschließlich Fachärzte (und ggf. „unspezifische“ Fachgruppen)
3. Ausschließlich Haus- und Fachärzte (und ggf. „unspezifische“ Fachgruppen)
4. Ausschließlich „unspezifische“ Fachgruppen (sonstige FG)

⁵ Fachgruppe der Ärzte (auch Gebietsbezeichnung) gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern.

Kasten 1

Grundsätzliche Aufteilung der Fachgruppen

Gebietsbezeichnung		Fachgruppe
Hausärzte		01
		02
		03
Fachärzte	Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	47
	Nervenheilkunde	51
	Neurologie	53
	Psychiatrie und Psychotherapie	58
	Forensische Psychiatrie	59
	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	60
	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	61
	Psychologischer Psychotherapeut	68
	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	69
„Unspezifische“ Fachärzte: alle anderen Fachgruppen		

Verordnergruppen

Die Fachgruppen der Ärzte, die innerhalb von zwei Jahren ab inzident kodierter Depression ambulant Antidepressiva verordnet haben, wurden zu „Verordnergruppen“ zusammengefasst:

1. Ausschließlich durch Hausärzte (HA)
2. Ausschließlich durch Fachärzte (FA)
3. Ausschließlich durch „unspezifische“ Fachgruppen (sonstige FG)
4. Ausschließlich durch „Haus- und Fachärzte“

Die Ausschließlichkeit wurde hier gefordert, um das Ordnungsverhalten eindeutig den verordnenden Fachgruppen (Hausärzte, Fachärzte) zuweisen zu können. Bei einer Vermischung der Gruppen mit „fachunspezifischen“ Fachgruppen wäre eine solche Zuordnung nicht möglich.⁶ Die Restgruppe an Mischkombinationen (z. B. Hausärzte und sonstige Fachgruppen) wurden in den Auswertungen aufgrund ihrer Heterogenität nicht berücksichtigt. Für die Analysen zur Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie wurden analog die Ärzte, die Antidepressiva innerhalb von 180 Tagen nach der Index-Verordnung der neu begonnenen Antidepressiva-Therapie ambulant verordnet haben, in Fachgruppen aufgeteilt.

⁶ Die ambulanten Antidepressiva-Verordnungen in PIA wurden unter der Fachgruppe des dortigen Verordners berücksichtigt. Die Fachgruppe 0 wurde als unspezifische Fachgruppe gewertet.

16.2.8 Psychotherapeutische Leistungen

Bei den Analysen zu den ambulant abgerechneten psychotherapeutischen Leistungen wurden unterschieden:

Kasten 2

Psychotherapeutische Leistungen

Ambulant abgerechnete psychotherapeutische Leistungen	EBM-Ziffern
Antragspflichtige Psychotherapie nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
Probatorische Sitzungen	35150
Nicht antragspflichtige, fachgebundene psychotherapeutische Gesprächsleistungen, die von Psychiatern, Nervenärzten, FÄ Neurologie und Psychiatrie abgerechnet werden können, sowie von PIA abgerechnete Behandlungsfälle	21220, 21221, 22220, 22221, 22222, 23220
Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung, die bei Hausärzten oder unspezifischen Fachgruppen die Zusatzqualifikation „psychosomatische Grundversorgung“ erfordert (PsychGV)	35100, 35110

Nicht berücksichtigt wurden:

- Nicht antragspflichtige Ziffern aus Kap. 35 für die Gruppe der FÄ, die diese Ziffern aufgrund einer Zusatzqualifikation im Bereich Psychotherapie abrechnen dürfen
- Psychotherapeutische Gesprächsleistungen, die von Neurologen abgerechnet werden können (16220 Neurologisches Gespräch)
- Regionale Sonderkodes oder Vergütungen für psychotherapeutische Leistungen im selektivvertraglichen Bereich

Es wurden ausschließlich Gebührenordnungspositionen berücksichtigt, zu deren Behandlungsfall eine Diagnose F32*/F33* kodiert war. Außerdem wurden Behandlungsfälle in Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) immer als mindestens eine psychotherapeutische Gesprächsleistung in der Kategorie „nicht antragspflichtige, fachgebundene psychotherapeutische Leistungen“ berücksichtigt.

Die Nennung der oben aufgeführten psychotherapeutischen Gesprächsleistungen erfolgt dreistufig, in der Reihenfolge abnehmender Intensität gemessen an der Gesprächsdauer und dem spezifischen Qualifikationsbedarf, den die Leistung voraussetzt. Die höchste so zu verstehende Intensität kommt dabei der antragspflichtigen Psychotherapie zu, die geringste der psychosomatischen Grundversorgung. Dazwischen liegt das Spektrum der fachgebundenen psychotherapeutischen Leistungen inkl. der probatorischen Sitzungen.

Mit der inzwischen für Fachärzte für Allgemeinmedizin obligatorischen Qualifikation „Psychosomatische Grundversorgung“ werden folgende Ziele verfolgt (Bundesärztekammer 2001):

- Es sollen Hinweise auf psychische Beschwerden erkannt werden. Die häufigen psychischen Erkrankungen sollen im Rahmen einer Basisdiagnostik, auch unter Einsatz von zeiteffizienten (Fragebogen)-Instrumenten, zuverlässig diagnostiziert werden.

- Es soll sicher entschieden werden, ob die Weiterbehandlung in der Hausarztpraxis erfolgen kann oder ob eine zeitnahe fachspezialistische Behandlung veranlasst werden muss.
- Die Umsetzung adäquater basistherapeutischer Maßnahmen soll in der (Haus-) Arztpraxis sichergestellt werden.
- Die zuverlässige Kooperation im psychosozialen Versorgungssystem soll gesichert werden, insbesondere soll bei einer hausärztlichen Behandlung die Abstimmung zwischen Psychotherapeuten, psychiatrischen Fachspezialisten und weiteren unterstützenden Professionen gefördert werden.

Zwei typische Aspekte der Allgemeinmedizin sind für die psychosomatische Grundversorgung wichtig: Die „erlebte Anamnese“ und das „aktiv abwartende Offenhalten“ sind wesentliche Bestandteile des umfassenden diagnostischen hausärztlichen Vorgehens und des nachhaltigen therapeutischen Prozesses in der Hausarztpraxis. Die lange, vertrauensvolle Verbindung über alle Lebensphasen hinweg bietet eine ganzheitliche Einordnung von Beschwerden, aber auch wichtige Hinweise für die nachhaltige Planung der Therapie. Auch das „aktiv abwartende Offenhalten“ kann an die enge Bindung zum Patienten anknüpfen und den Verlauf als Diagnostikum nutzen. Bei gleichzeitig aktiv gestarteten basistherapeutische Maßnahmen und kurzfristiger Beobachtung kann das „aktiv abwartende Offenhalten“ zur Vermeidung einer zu frühen Medikalisierung von einfachen Beschwerden beitragen (Gensichen et al. 2013).

Psychotherapeutische Verfahren – wie Verhaltenstherapie, psychoanalytische und tiefenpsychologisch orientierte Therapie – sind im Unterschied zu den Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung „Anschlussverfahren“, die nicht durch Hausärzte abgerechnet werden können, sofern sie keine entsprechende Zusatzqualifikation (z. B. fachgebundene Psychotherapie) erworben haben. Das Weiterbildungscurriculum der „psychosomatische Grundversorgung“ für Hausärzte, aber auch für weitere Fachspezialisten (u. a. Gynäkologie, Orthopädie oder Dermatologie) sieht Kurse mit mindestens 80 Ausbildungsstunden vor, in denen die Möglichkeit zur fachlichen Reflexion von Erfahrungen im Umgang mit psychischen Beschwerden besteht (sog. „Balint-Gruppen“, 35 h). Neben den psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen und posttraumatischen Belastungen werden „somatoforme Störungen“ adressiert.

Die Einflüsse von Patientenpräferenzen auf die Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen bei Depression lassen sich anhand von Routinedaten nicht identifizieren.

Als weitere Limitationen der Analysen zur psychotherapeutischen Versorgung anhand der genannten Daten, die allesamt zu einer Unterschätzung des Versorgungsgrades führen, seien erwähnt:

- Die verfügbare Datenbasis enthält keine Daten zur Rehabilitation über die Rentenversicherung, die in der Versorgung depressiver Patienten eine nicht unbedeutende Rolle spielten.
- Die verfügbare Datenbasis enthält keine Daten zur PIA-Versorgung vor 2013 (bzw. keine für 2011 und nur lückenhafte für 2012).
- Unberücksichtigt blieben selektivvertragliche Angebote, die u. a. in Baden-Württemberg 2011 durch den Selektivvertrag für die Psychotherapie, Neurolo-

gie und Psychiatrie („PnP-Vertrag“) für AOK-Versicherte eine große Rolle spielen dürften. (Durch den Vertrag wurden 2011 bis 2013 über 3 000 Versicherten kurzfristig ein Psychotherapie-Platz vermittelt).

- Unberücksichtigt blieben schließlich auch Psychotherapien mit Kostenerstattung durch die AOK, die in letzter Zeit deutlich zugenommen haben und daher auch zahlenmäßig relevant sein dürften.

16.2.9 Ambulante Arzneimittelverordnungen

Ambulante Arzneimitteldaten sind in der genannten Datenquelle verfügbar, wenn eine Verordnung vorliegt und diese auch abgerechnet wurde, d. h. der Patient die verordneten Medikamente abgeholt hat. Es bleibt allerdings unklar, ob die komplette Packung aufgebraucht wurde. Die zeitliche Zuweisung einer Arzneimittel-Verordnung zu den jeweiligen Auswertungszeiträumen erfolgte anhand des Verordnungsdatums.

Identifikation von Antidepressiva und Schlafmitteln

Antidepressiva-Verordnungen wurden anhand der folgenden ATC-Kodes identifiziert (WHO 2011): N06AA Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer (Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva (TCA); N06AB Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI); N06AF Monoaminoxidasehemmer, nichtselektiv; N06AG Monoaminoxidase-A-Hemmer; N06AX Andere Antidepressiva. Verordnungen von Neuroleptika (N06C) und Lithium (N05AN01) wurden lediglich hinsichtlich ihrer Häufigkeit der Verordnung geprüft, nicht aber in die Analysen zur Therapiedauer einbezogen.

Die Identifikation von Schlafmittel-Verordnungen erfolgte anhand der im Anhang aufgeführten ATC-Kodes (WHO 2011). Folgende ATC-Kodes fanden Berücksichtigung: N05B Anxiolytika; N05C Hypnotika und Sedativa. Benzodiazepine, die als Antiepileptika Verwendung finden und einen anderen ATC-Kode aufweisen, wurden nicht erfasst.

Neu begonnene Antidepressiva-Therapie

Eine Antidepressiva-Therapie galt als neu begonnen, wenn im Zeitraum von sechs Monaten (zwei Quartalen) vor der ersten Antidepressiva-Verordnung (Index-Verordnung) ab der inzident kodierten Depression (der Index-Diagnose) keine ambulante antidepressive pharmakotherapeutische Verordnung erfolgt war.

Dauer der Antidepressiva-Therapie

Die Therapiedauer wurde in Näherung über ein Hilfskonstrukt gemessen: Gezählt wurde die Anzahl verordneter definierter Tagesdosen (defined daily dose, DDD) innerhalb eines Zeitraums von 180 Tagen. Dabei wurde auf die definierten Tagesdosen gemäß den Festlegungen des WiDo zurückgegriffen, die auf der WHO-Definition beruhen und auf den deutschen Arzneimittelmarkt angepasst wurden. Die DDD ist eine Messgröße, die der angenommenen durchschnittlichen Tagesdosis zur Behandlung ihrer Hauptindikation entspricht. Diese Dosis entspricht nicht unbedingt der empfohlenen Tagesdosis, da die DDD auf Grundlage der Verordnungen verschiedener Länder ermittelt wird (WHO 2003). Die Reichweite einer Verordnung

stellt eine Näherung zur Therapiedauer dar. Sie wurde über die in der verordneten Packung enthaltene Wirkstoffmenge bestimmt, die in Relation zur DDD gesetzt wurde. Die Näherung basiert auf der Annahme, dass der Patient im Durchschnitt über den betrachteten Zeitraum täglich eine DDD einnimmt, die DDD also tatsächlich der mittleren Erhaltungsdosis entspricht. In Fällen, in denen die durchschnittlich eingenommene Wirkstoffmenge pro Tag von der DDD nach oben abweicht, wird die Therapiedauer überschätzt. In Fällen, in denen die tatsächliche durchschnittlich eingenommene Wirkstoffmenge pro Tag von der DDD nach unten abweicht, wird die Therapiedauer unterschätzt. Da die Standarddosis bei vielen Antidepressiva höher als die DDD liegt (Bauer et al. 2013; Schmauß et al. 2012) – z. B. beläuft sich bei Sertralin die empfohlene Standarddosis auf zwei DDD – (Schmauß et al. 2012), dürften die Berechnungen auf Basis der DDD die tatsächliche Therapiedauer eher überschätzen.

Die Therapiedauer wurde über alle verordneten Antidepressiva hinweg ermittelt. Die wirkstoffübergreifende Betrachtung lässt Substanzwechsel und Präparatwechsel unberücksichtigt, sodass ein Substanzwechsel bei ausreichend hoher Dosierung als kontinuierliche Therapie in die Analyse einfließt. Therapieabbrüche vor Aufbrauchen einer Packung in Kombination mit einer vorzeitigen Verordnung einer neuen Packung bzw. eines anderen Präparates wirken sich daher erhöhend auf die anhand des beschriebenen Messansatzes ermittelte Therapiedauer aus.

Schwellenwert für die Mindestdauer einer Antidepressiva-Therapie von sechs Monaten

Gemäß den Empfehlungen der NVL Unipolare Depression sollte eine Therapie vier bis neun Monate über die Besserung der Symptome (Remission) hinaus als Rezidivprophylaxe weitergeführt werden (DGPPN 2012). Daten zur Symptomverbesserung liegen in den Routinedaten jedoch nicht vor. Daher wurde, ausgehend von einer Akuttherapie von sechs bis zwölf Wochen (Schmauß et al. 2012), eine Therapiedauer von insgesamt sechs Monaten (bzw. 24 Wochen) als Näherung an den unteren Schwellenwert von vier Monaten der Rezidivprophylaxe gewählt.

Dauer der Einnahme von Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa

Die Therapiedauer bei Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa⁷ wurde analog zur Bestimmung der Therapiedauer bei Antidepressiva (s. o.) gemessen. Es wurde die Anzahl an DDDs ermittelt, die innerhalb eines Zeitraums von 180 Tagen nach der ersten Verordnung des Schlafmittels im Jahr 2011 (Index-Verordnung) insgesamt verordnet wurden. Anhand der WHO DDD Definition wurde die Anzahl der Tage ermittelt, für die die Verordnungen ausgereicht haben, um die mittlere Erhaltungsdosis (eine DDD) zu gewährleisten. Anders als bei Antidepressiva, die meistens regelmäßig, d. h. ohne (größere) Einnahmepausen eingenommen werden, ist bei Schlafmitteln jedoch eher davon auszugehen, dass diese nach Bedarf eingenommen werden. Der gewählte Messansatz für die Therapiedauer ist deshalb für Schlafmittel mit noch größeren Einschränkungen verbunden, da es wahrscheinlich ist, dass die

⁷ Im Folgenden wird die Gruppe der Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa aufgrund der besseren Lesbarkeit auch zu „Schlafmittel“ subsumiert.

Verordnungen nicht kontinuierlich, sondern verteilt über den gesamten Zeitraum von 180 Tagen eingenommen wurde. Der ermittelte Anteil an Patienten, die innerhalb einer Spanne von 180 Tagen für mindestens 28 Tage Schlafmittel Verordnungen aufweisen, stimmt deshalb nicht mit einer kontinuierlichen Einnahme gemäß dem QiSA-Qualitätsindikator 10 überein. Eine genauere Abbildung des Indikators anhand eines komplexen Algorithmus zur Berechnung kontinuierlicher Verordnungen konnte in diesem Beitrag nicht geleistet werden.

Limitation der Routinedaten hinsichtlich der betrachteten Indikatoren

Routinedatenanalysen auf der Basis ambulanter Arzneimittelverordnungen sind grundsätzlich dadurch begrenzt, dass die Indikation, für die die Arzneimittel verordnet wurden, nicht dokumentiert ist. Bekannt sind lediglich die im Rahmen des Behandlungsquartals dokumentierten Diagnosen, in das die Arzneimittelverordnungen fallen (vgl. Abschnitt 16.2.2). Es ist daher bei den folgenden Ausführungen zu berücksichtigen, dass Antidepressiva nicht ausschließlich bei Depression, sondern auch bei Angststörungen, (neuropathischen) Schmerzen oder Schlafstörungen eingesetzt werden (Bramesfeld et al. 2010; Alonso et al. 2004; Jacobi et al. 2004). Darüber hinaus lassen sich anhand von Routinedaten die Einflüsse von Patientenpräferenzen auf die Inanspruchnahme nicht identifizieren.

16.3 Ergebnisse

16.3.1 Behandlungssetting

Die untersuchte Studienpopulation entspricht der in Kapitel 15 beschriebenen Population von 177 305 Patienten mit einer inzident kodierten Depressionsdiagnose im Jahr 2011.

Tabelle 16–1 zeigt, dass die Mehrzahl der 177 305 Patienten mit einer inzidenten Depressionsdiagnose im Jahr 2011 in den folgenden zwei Jahren ausschließlich im ambulanten Bereich behandelt wurde (86,1 %). Weitere 13,1 % der Patienten wurden sowohl ambulant als auch stationär versorgt (intersektoral), 0,8 % der Betroffenen wurden ausschließlich voll- oder teilstationär versorgt. Bei den stationären Krankenhaus- und (medizinischen) Rehabilitationsaufenthalten wurden nur Fälle mit der Hauptdiagnose einer Depression berücksichtigt.⁸ Bei der ambulanten Behandlung wurden nur Abrechnungsfälle berücksichtigt, zu denen eine F32*/F33*/F34.1-Diagnose dokumentiert war. Die Daten aus PIA wurden im ambulanten Setting – so sie vorlagen – berücksichtigt.

⁸ Werden stationäre und teilstationäre Nebendiagnosen berücksichtigt, erhöht sich der Anteil ausschließlich im stationären Setting versorgter Patienten von 0,8 % auf 8,1 % und der Anteil ausschließlich ambulant versorgter Patienten verringert sich von 86,1 % auf 76 %. Somit ergibt sich ein Anteil von 7,3-Prozentpunkten mit Patienten, bei denen eine Depression während eines Krankenhausaufenthaltes nur als Nebendiagnose kodiert wurde, jedoch im Zeitraum von zwei Jahren nicht auch eine (gesicherte) Depressions-Diagnose in der ambulanten Versorgung kodiert wurde.

Tabelle 16–1

Behandlungssetting nach dem Schweregrad der Depression (innerhalb von zwei Jahren ab Erstdiagnose im Jahr 2011)

Schweregrad	Anzahl Patienten	Nur ambulant	Nur stationär	Intersektoral
1	22 606	68,7 %	3,2 %	28,1 %
2	43 329	84,1 %	1,1 %	14,8 %
3	16 261	81,6 %	0,4 %	18,1 %
4	95 109	91,9 %	0,1 %	8,0 %
Insgesamt	177 305	86,1 %	0,8 %	13,1 %

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

Die Differenzierung nach dem Schweregrad der Depression zeigt, dass Patienten mit schwerer Depression deutlich häufiger stationär bzw. intersektoral versorgt wurden als Patienten mit mittelgradiger oder leichter Depression. Der Anteil der nur ambulant versorgten Patienten war hingegen bei unspezifisch kodierter Depression mit 91,9% deutlich am höchsten.

Tabelle 16–2 zeigt, bei welchen Fachgruppen die ausschließlich im ambulanten Behandlungssetting versorgten Patienten mit erstmals im Jahr 2011 dokumentierter Depression (N = 152 621) in den folgenden zwei Jahren ab Erstdiagnose wegen einer Depression in Behandlung waren. 61,2% der Patienten wurden hausärztlich (bzw. inkl. Mitbehandlung durch unspezifische Fachgruppen) versorgt. Eine alleinige fachspezifische Behandlung fand in 11,2% der Fälle statt. Parallel bzw. gemeinschaftlich haus- und fachärztlich versorgt wurden 20,4% der Patienten. Ein Anteil von 7,2% der Patienten mit inzidenter Depressionsdiagnose befand sich im Verlauf von zwei Jahren allein in der Behandlung sonstiger Fachgruppen.

Schwere Fälle wurden zu 43,3% haus- und fachärztlich bzw. zu 21,2% allein fachspezifisch versorgt. Der Anteil ausschließlich hausärztlich versorgter Patienten mit schwerer Depression lag dennoch bei knapp einem Drittel (32,7%). Erwäh-

Tabelle 16–2

Ambulantes Behandlungssetting nach Behandlergruppen und dem Schweregrad der Depression (innerhalb von zwei Jahren ab Erstdiagnose im Jahr 2011)

Schweregrad	Anzahl Patienten	Allein hausärztlich versorgt ¹	Allein fachärztlich versorgt ¹	Allein haus- und fachärztlich versorgt ¹	Allein durch sonstige Fachgruppen versorgt
1	15 532	32,7 %	21,2 %	43,3 %	2,7 %
2	36 438	44,6 %	19,1 %	33,6 %	2,7 %
3	13 265	58,6 %	14,2 %	16,9 %	10,3 %
4	87 386	73,5 %	5,6 %	11,4 %	9,4 %
Insgesamt	152 621	61,2 %	11,2 %	20,4 %	7,2 %

¹ Fachunspezifische Mitbehandlung möglich

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

Tabelle 16–3

Ambulantes Behandlungssetting (innerhalb von zwei Jahren ab Erstdiagnose im Jahr 2011) nach der Chronizität der Depressionserkrankung

Chronizitäts-Definition: x von 8Q mit F32*-Dx ¹	Anzahl Patienten	Allein hausärztlich ² versorgt	Allein fachärztlich ² versorgt	Allein haus- und fachärztlich ² versorgt	Allein durch sonstige Fachgruppen versorgt
Mindestens 6Q8	62 542	62,2 %	8,9 %	26,0 %	3,0 %
Mindestens 7Q8	50 649	63,2 %	8,6 %	25,6 %	2,6 %
8Q8	32 247	65,1 %	8,3 %	24,4 %	2,2 %
Im Vergleich: alle Patienten	152 621	61,2 %	11,2 %	20,4 %	7,2 %

¹ Gemeint sind: F32*/F33*/F34.1

² Fachunspezifische Mitbehandlung möglich

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

nenswert ist auch der Anteil von insgesamt 14,2 % der leichten bzw. 5,6 % der unspezifischen Fälle, die ausschließlich fachspezifisch versorgt wurden.

Differenzierende Auswertungen nach den zuvor genannten explorativ festgelegten Chronizitätskriterien (Vorliegen von Depressionsdiagnosen in mindestens sechs, sieben oder acht der acht Quartale des jeweiligen individuellen Beobachtungszeitraums) ergaben, dass für 38,1 % mind. 6Q8, für 30,8 % mind. 7Q8 bzw. für 19,6 % mind. 8Q8 der Patienten ein chronischer Verlauf identifiziert wurde.

Tabelle 16–3 zeigt, wie sich diese Patienten mit chronischer Depression auf die ambulanten Behandlungssettings verteilen. Dabei wird unabhängig vom gewählten Chronizitätskriterium deutlich, dass der überwiegende Teil der chronisch depressiven Patienten durch die Hausärzte ohne fachspezifische Behandlung versorgt wird. Etwa ein Viertel der chronisch depressiven Patienten wurde durch Hausärzte und fachspezifische Behandler begleitet; dieser Anteil war höher als in der Gesamtgruppe (26 % vs. 20 %). Eine Versorgung ausschließlich durch sonstige Fachgruppen erfolgte bei Patienten mit chronischer Depression nur selten.

16.3.2 Ambulante Inanspruchnahme von Antidepressiva und Psychotherapeutischen Leistungen

Die Inanspruchnahme von ambulanten Leistungen wurde für die Teilpopulation von Patienten mit erstmals im Jahr 2011 dokumentierter Depression untersucht, die im Verlauf von zwei Jahren ab Erstdiagnose nicht wegen Depression (Hauptdiagnose) bzw. mit einer Nebendiagnose Depression voll- oder teilstationär behandelt wurden bzw. einen depressionsbedingten medizinischen Rehabilitationsaufenthalt hatten (Begründung/Definition s. Abschnitt 16.2.8). Dies waren 134 729 von 177 305 Patienten (76 %).

Tabelle 16–4 zeigt, dass insgesamt 51,6 % dieser Patienten eine ambulante antidepressive Pharmakotherapie erhielten. Berechnet man diesen Indikator für Patienten, die ausschließlich von Hausärzten versorgt wurden, so resultiert ein Anteil von 45,9 %. (QiSA-Indikator 5). Abhängig von der Definition der psychotherapeutischen Versorgung erhielten insgesamt zwischen 9,2 % und 73,6 % der Patienten

Tabelle 16-4

Inanspruchnahme bei ambulanten Patienten (innerhalb von zwei Jahren ab Erstdiagnose im Jahr 2011)

Schweregrad	Anzahl Patienten	Anti-depressiva ¹	Richtlinien-psychotherapie ²	Psychotherapie oder ähnliche Leistungen ³	Psychotherapie oder ähnliche Leistungen ³ oder PsychGV ⁴	Keine Anti-depressiva und keine Psychotherapie oder Ähnliches ⁴
1	12 916	69,0 %	14,0 %	60,4 %	84,6 %	7,2 %
2	30 492	62,7 %	20,7 %	50,2 %	80,5 %	8,4 %
3	10 853	40,0 %	14,5 %	27,9 %	73,9 %	16,2 %
4	80 468	46,2 %	3,4 %	13,4 %	69,1 %	16,2 %
Insgesamt	134 729	51,6 %	9,2 %	27,4 %	73,6 %	13,6 %

¹ Ambulante antidepressive Pharmakotherapie (mindestens eine VO)

² Mindestens einmal abgerechnete Gebührenordnungsziffer für antragspflichtige ambulante Richtlinien-Psychotherapie

³ Wie ² oder mindestens einmal abgerechnete GOP für probatorische Sitzung oder ambulante psychotherapie-ähnliche fachärztliche Gesprächsleistungen oder Aufenthalt in einer PIA

⁴ Wie ³ oder mindestens einmal abgerechnete GOP für psychosomatische Grundversorgung

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

mindestens einmal eine psychotherapeutische Gesprächsleistung (QiSA-Indikator 7). Bei 9,2% Patienten wurde innerhalb von zwei Jahren ab Erstdiagnose mindestens eine antragspflichtige Psychotherapiesitzung abgerechnet, während der Anteil der Patienten unter Berücksichtigung anderer fachspezifischer, aber nicht antragspflichtiger Gesprächsleistungen (inkl. probatorischer Sitzungen und Konsultationen in PIA) auf 27,4% steigt. Berücksichtigt man darüber hinaus die psychosomatische Grundversorgung, die v. a. durch Hausärzte mit der entsprechenden Zusatzqualifikation abgerechnet wird, so erhielten 73,6% aller ambulanten und inzidenten Depressionspatienten innerhalb von zwei Jahren psychotherapeutische Maßnahmen. Patienten mit schwerer Depression wurden analog zu 14,0%, 60,4% bzw. 84,6% mit entsprechenden psychotherapeutischen Maßnahmen versorgt (QiSA-Indikator 7).

Bei fast allen aufgeführten Leistungskategorien stieg der Inanspruchnahmegrad mit zunehmenden Schweregrad. Eine Ausnahme bildet die antragspflichtige Richtlinien-Psychotherapie, die bei Patienten mit schwerer Depression zu 14,0% ebenso häufig abgerechnet wurde wie bei leichten Fällen (14,5%), aber weniger häufig als bei Patienten mit mittelgradiger Depression (20,7%).

Ein Anteil von 13,6% der Patienten wird weder medikamentös noch in irgendeiner Weise psychotherapeutisch versorgt.

Tabelle 16-5 zeigt die Häufigkeit der medikamentösen Monotherapie. Wenn man lediglich die Richtlinien-Psychotherapie berücksichtigt, wurden insgesamt 46,2% der ambulanten Patienten allein medikamentös behandelt. Zieht man weitere fachspezifische psychotherapeutische Leistungen hinzu, erhielten noch 31,6% der Patienten eine ausschließlich medikamentöse Behandlung. Bezieht man auch die psychosomatische Grundversorgung als psychotherapeutische Behandlung ein, sank der Anteil ausschließlich medikamentös behandelter Patienten auf 12,9%.

Tabelle 16–5

Inanspruchnahme ambulanter antidepressiver Pharmakotherapie als Monotherapie bei ambulanten Patienten (innerhalb von zwei Jahren ab Erstdiagnose im Jahr 2011)

Schwere-grad	Anzahl Patienten	Nur Antidepressiva ¹ , keine Richtlinien-Psychotherapie ²	Nur Antidepressiva ¹ , keine Psychotherapie oder ähnl. Leistungen (PsychGV möglich) ³	Nur Antidepressiva ¹ , keinerlei Psychotherapie oder ähnliche Leistungen ⁴
1	12 916	58,1 %	19,8 %	8,3 %
2	30 492	50,8 %	26,4 %	11,1 %
3	10 853	34,3 %	24,4 %	9,9 %
4	80 468	44,2 %	36,4 %	14,6 %
Insgesamt	134 729	46,2 %	31,6 %	12,9 %

¹ Ambulante antidepressive Pharmakotherapie (mindestens eine VO)

² Mindestens einmal abgerechnete Gebührenordnungsziffer für antragspflichtige ambulante Richtlinien-Psychotherapie

³ Mindestens einmal abgerechnete GOP für probatorische Sitzung oder ambulante psychotherapieähnliche fachärztliche Gesprächsleistungen oder Aufenthalt in einer PIA

⁴ Mindestens eine abgerechnete GOP für psychosomatische Grundversorgung

Tabelle 16–6 zeigt die Häufigkeit, mit der psychotherapeutische Leistungen als Monotherapie zum Einsatz kommen. Bei schweren Depressionen betrug der Anteil der Patienten mit monotherapeutischer Psychotherapie gemäß Tabelle 16–6 zwischen 3,1 % und 23,8 %.

Tabelle 16–6

Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie als Monotherapie bei ambulanten Patienten (innerhalb von zwei Jahren ab Erstdiagnose im Jahr 2011)

Schwere-grad	Anzahl Patienten	Nur Richtlinien-Psychotherapie ² und keine Antidepressiva ¹	Nur Psychotherapie oder ähnliche Leistungen ³ und keine Antidepressiva ¹	Nur Psychotherapie oder ähnliche Leistungen ³ oder PsychGV ⁴ und keine Antidepressiva ¹
1	12 916	3,1 %	11,1 %	23,8 %
2	30 492	8,7 %	13,9 %	28,9 %
3	10 853	8,8 %	12,3 %	43,8 %
4	80 468	1,4 %	3,6 %	37,6 %
Insgesamt	134 729	3,8 %	7,3 %	34,8 %

¹ Ambulante antidepressive Pharmakotherapie (mindestens eine VO)

² Mindestens einmal abgerechnete Gebührenordnungsziffer für antragspflichtige ambulante Richtlinien-Psychotherapie

³ Mindestens einmal abgerechnete GOP für probatorische Sitzung oder ambulante psychotherapieähnliche fachärztliche Gesprächsleistungen oder Aufenthalt in einer PIA

⁴ Mindestens einmal abgerechnete GOP für psychosomatische Grundversorgung

Tabelle 16–7

Inanspruchnahme einer Kombinationstherapie aus antidepressiver Pharmakotherapie und Psychotherapie bei ambulanten Patienten (innerhalb von zwei Jahren ab Erstdiagnose im Jahr 2011)

Schweregrad	Anzahl Patienten	Richtlinienpsychotherapie ² UND Antidepressiva ¹	Psychotherapie oder ähnliche Leistungen ³ UND Antidepressiva ¹	Psychotherapie oder ähnliche Leistungen ³ oder PsychGV ⁴ UND Antidepressiva ¹
1	12 916	10,9 %	49,2 %	60,8 %
2	30 492	11,9 %	36,3 %	51,6 %
3	10 853	5,7 %	15,6 %	30,1 %
4	80 468	2,0 %	9,8 %	31,5 %
Insgesamt	134 729	5,4 %	20,0 %	38,7 %

¹ Ambulante antidepressive Pharmakotherapie (mindestens eine VO)

² Mindestens einmal abgerechnete Gebührenordnungsziffer für antragspflichtige ambulante Richtlinien-Psychotherapie

³ Mindestens einmal abgerechnete GOP für probatorische Sitzung oder ambulante psychotherapieähnliche fachärztliche Gesprächsleistungen oder Aufenthalt in einer PIA

⁴ Mindestens einmal abgerechnete GOP für psychosomatische Grundversorgung

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

Die Verteilung von Kombinationstherapien aus Pharmakotherapie und psychotherapeutischen Leistungen zeigt Tabelle 16–7. Die im Sinne der Leitlinien-Empfehlung als adäquat zu bezeichnende Kombinationstherapie kam bei 10,9% der Patienten mit schwerer Depression zur Anwendung. Berücksichtigt man darüber hinaus auch andere psychotherapeutische Leistungen, steigt dieser Anteil auf 49,2% bzw. 60,8% (QiSA-Indikator 8).

16.3.3 Ambulante Leistungsanspruchnahme ausschließlich hausärztlich versorgter Patienten

Die ausschließlich hausärztlich versorgten ambulanten Patienten wurden einer genaueren Analyse unterzogen. Tabelle 16–8 zeigt, dass ein Anteil von 43% dieser Patienten Antidepressiva erhielten (QiSA-Indikator 5).

Ein Anteil von 19,7% dieser Patienten erhielt weder Antidepressiva noch psychotherapeutische Leistungen. Im Vergleich zu allen inzidenten ambulanten Depressionspatienten war der Anteil der nicht spezifisch behandelten Patienten um etwa 6 Prozentpunkte höher. Der Anteil der nur hausärztlich versorgten Patienten mit schwerer Depression ohne spezifische Therapie betrug 18,6%. Dieser Anteil war im Vergleich zu dem aller Patienten mit schwerer Depression (7,2%) deutlich erhöht.

43% der ausschließlich hausärztlich versorgten Patienten wurden pharmakotherapeutisch versorgt, 62,5% erhielten Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung. Bei 1,4% der inzidenten Depressionspatienten, die ausschließlich in hausärztlicher Versorgung waren, wurden besondere fachgebundene psychotherapeutische Leistungen durch speziell psychotherapeutisch Zusatzqualifizierte Hausärzte abgerechnet.

Tabelle 16–8

Inanspruchnahme bei ausschließlich hausärztlich versorgten Patienten (innerhalb von zwei Jahren ab Erstdiagnose im Jahr 2011), Teilgruppe von N=134 729

Schweregrad	Anzahl Patienten	Anti-depressiva ¹	PsychGV ⁴	Psychotherapie ² oder ähnliche Leistungen ³	Nur Antidepressiva ¹ (keine Psychotherapie ² oder ähnl. Leistungen ³ , aber ggf. PsychGV ⁴)	Keine Antidepressiva ¹ und keine Psychotherapie ² /ähnl. Leistungen ³ / PsychGV ⁴
1	3 482	45,9%	63,0%	3,2%	43,7%	18,6%
2	11 617	50,0%	60,9%	3,1%	48,2%	18,2%
3	5 443	33,1%	61,5%	1,3%	32,5%	24,7%
4	54 026	42,3%	62,9%	1,0%	41,7%	19,6%
Insgesamt	74 568	43,0%	62,5%	1,4%	42,2%	19,7%

¹ Ambulante antidepressive Pharmakotherapie (mindestens eine VO)

² Mindestens einmal abgerechnete Gebührenordnungsziffer für antragspflichtige ambulante Richtlinien-Psychotherapie

³ Mindestens einmal abgerechnete GOP für probatorische Sitzung oder ambulante psychotherapieähnliche fachärztliche Gesprächsleistungen oder Aufenthalt in einer PIA

⁴ Mindestens einmal abgerechnete GOP für psychosomatische Grundversorgung

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

Tabelle 16–9

Ausschließlich hausärztlich versorgte Patienten (innerhalb von zwei Jahren ab Erstdiagnose im Jahr 2011) ohne Antidepressiva- oder Psychotherapie, nach Anzahl Diagnosequartale

xQ mit F3*-Dx in 8Q	Anzahl Patienten	Patienten ohne Antidepressiva und ohne irgendeine Psychotherapie/ ähnl. Leistungen/ Psych.GV
2Q8	21 212	21,8%
3Q8	10 065	19,8%
4Q8	6 292	20,0%
5Q8	5 384	19,9%
6Q8	5 455	20,8%
7Q8	9 029	17,3%
8Q8	17 131	17,9%
Insgesamt	74 568	19,7%

Versorgungs-Report 2015/2016

WIdO

Tabelle 16–9 gibt einen Einblick, wie sich die nicht spezifisch therapierten Patienten mit Depression hinsichtlich der administrativen Krankheitsdauer verteilen. Unabhängig von der Anzahl an Quartalen mit dokumentierter Depressionsdiagnose liegt der Anteil nicht spezifisch therapierter Patienten jeweils nah am Durchschnittswert von 19,7%. Die Rate nicht spezifisch therapierter Patienten variiert nur leicht mit der Anzahl dokumentierter Diagnosequartale. Ins Auge fällt der große Anteil an

Patienten mit Depressionsdiagnosen in 8 von 8 Quartalen (23 %). Dahinter könnten sich Dauerdiagnosen verbergen.

16.3.4 Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie

Die folgenden Analysen knüpfen an Vorarbeiten aus dem Versorgungs-Report 2013/2014 (Freytag et al. 2014) an. Während in den Vorarbeiten eine prävalente Population aus dem Jahr 2009 untersucht wurde, beziehen sich die aktuellen Analysen auf eine inzidente Population des Jahres 2011. Untersucht wurden die (initialen) Pharmakotherapien der Gruppe der ambulanten Patienten mit inzidenter Depression, die als neu begonnen eingestuft werden konnten. Die Analysen schlossen insgesamt 58 217 Patienten (32,8 % der 177 305 inzidenten Depressionspatienten und 43,2 % der 134 729 ambulanten Patienten) mit neu begonnener Pharmakotherapie ein.

Ähnlich der prävalenten Population im Versorgungs-Report 2013/2014 (Kapitel 5, Tabelle 5–3) erhielten die ambulant behandelten Patienten mit inzident kodierter Depressionsdiagnose im Jahr 2011 Antidepressiva im Rahmen ihrer ersten, neu begonnenen Therapie innerhalb von 180 Tagen nach der Index-Verordnung von folgenden Arztgruppen: Etwa die Hälfte dieser Patienten erhielt diese Antidepressiva-Verordnungen ausschließlich von Hausärzten (51,3 %), 28,4 % ausschließlich von einem Facharzt, 11,8 % von Hausärzten und Fachärzten und 4,5 % von unspezifischen Fachgruppen.

Eine „ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie“ von 24 Wochen gemäß QiSA-Indikator 6 konnte insgesamt für 25,4 % der Patienten beobachtet werden (Tabelle 16–10). Dies waren 3,4 Prozentpunkte mehr als in der prävalenten Population des Jahres 2009 (VR 2013/2014, Kapitel 5, Tabelle 5–6). Bei insgesamt 23,5 % betrug die Therapiedauer mit Antidepressiva weniger als

Tabelle 16–10

Anteil Patienten mit Antidepressiva innerhalb von 180 Tagen, klassiert (Anzahl Tage mit DDDs in Wochen), substanzübergreifend, nach Verordnergruppen

Verordnergruppe	Anzahl Patienten	Anteil Patienten in %		
		Unter 4 Wochen	4 bis 23 Wochen	Mindestens 24 Wochen
1	29 877	31,8 %	51,9 %	16,4 %
2	16 552	17,8 %	52,7 %	29,5 %
3	2 592	36,8 %	44,4 %	18,7 %
4	6 880	2,6 %	45,7 %	51,7 %
Insgesamt*	58 217	23,5 %	51,1 %	25,4 %

(1) Ausschließlich durch Hausärzte (HA)

(2) Ausschließlich durch spezifische Fachärzte (FA)

(3) Ausschließlich durch andere Fachärzte (sonstige FG)

(4) Ausschließlich durch Haus- und Fachärzte

* Andere Mischkombinationen wurden nicht separat ausgewiesen. Deshalb addieren sich die Zeilen 1–4 nicht zu N = 58 217 Patienten

Tabelle 16–11

Anteil Patienten mit Antidepressiva innerhalb von 180 Tagen, klassiert (Anzahl Tage mit DDDs in Wochen), substanzübergreifend, nach Verordnergruppen für die Schweregrade 1, 2 und 3

Verordnergruppe	Anzahl Patienten	Anteil Patienten in %		
		Unter 4 Wochen	4 bis 23 Wochen	Mindestens 24 Wochen
Schweregrad 1				
1	2 286	29,7%	51,5%	18,8%
2	3 731	15,3%	50,3%	34,4%
3	280	27,1%	44,6%	28,2%
4	1 700	1,9%	39,5%	58,6%
Insgesamt	8 379	16,3%	47,8%	35,9%
Schweregrad 2				
1	6 716	29,8%	51,1%	19,1%
2	6 161	14,9%	53,6%	31,5%
3	542	32,8%	43,5%	23,6%
4	2 474	2,3%	43,2%	54,4%
Insgesamt	16 568	19,2%	50,5%	30,3%
Schweregrad 3				
1	2 071	36,3%	50,4%	13,4%
2	1 006	21,2%	54,6%	24,3%
3	190	40,0%	46,3%	13,7%
4	351	2,6%	56,1%	41,3%
Insgesamt	3 761	28,0%	51,9%	20,1%

(1) Ausschließlich durch Hausärzte (HA)

(2) Ausschließlich durch spezifische Fachärzte (FA)

(3) Ausschließlich durch andere Fachärzte (sonstige FG)

(4) Ausschließlich durch Haus- und Fachärzte

* Andere Mischkombinationen wurden nicht separat ausgewiesen. Deshalb addieren sich die Zeilen 1–4 nicht zu N = 58 217 Patienten

vier Wochen. Dieser Anteil fiel damit 2,6 Prozentpunkte geringer aus als im VR 2013/2014.

Der Anteil der Patienten mit ausreichender antidepressiver Therapiedauer ist mit 51,7% besonders hoch in der Gruppe der von Haus- und Fachärzten versorgten Patienten und liegt damit deutlich höher im Vergleich zur gleichen Gruppe bei der Auswertung der prävalenten Patienten des Jahres 2009 im Versorgungs-Report 2013/2014 (Kapitel 5, Tabelle 5–7), in der dieser Anteil 29,4% betrug.

Ergänzend zu den Analysen des VR 2013/2014 wird in Tabelle 16–11 dargestellt, wie sich die Pharmakotherapiedauer in Abhängigkeit vom Schweregrad der Depression darstellt. Demnach erhielten Patienten mit schwerer Depression zu höheren Anteilen eine definitionsgemäß ausreichend lange Antidepressiva-Therapie (35,9%) als Patienten mit mittelgradiger Depression (30,3%) und Patienten mit leichter Depression (20,1%) (QiSA-Indikator 6).

Tabelle 16–12

Verordnete Antidepressiva innerhalb von 180 Tagen nach Index-Verordnungen bei neu begonnener Therapie nach ATC-Kode und Qualifikation der Behandler

Substanz	ATC-Code	Anzahl Patienten	Patienten mit Verordnung in %			Anzahl Verordnungen in %			Anzahl Definierte Tagesdosen (DDD) in %		
		Insgesamt	Insgesamt	HA	FA	Insgesamt	HA	FA	Insgesamt	HA	FA
Citalopram	N06AB04	23 130	27,1%	27,1%	28,5%	28,7%	28,9%	29,8%	41,4%	44,0%	40,3%
Sertralin	N06AB06	2 497	2,9%	1,9%	4,3%	2,9%	1,9%	4,3%	5,5%	3,7%	7,2%
Fluoxetin	N06AB03	1 998	2,3%	1,7%	3,3%	2,4%	1,7%	3,5%	3,6%	2,6%	4,8%
Paroxetin	N06AB05	1 552	1,8%	1,5%	2,4%	1,8%	1,5%	2,4%	2,7%	2,3%	3,2%
Escitalopram	N06AB10	1 519	1,8%	1,5%	1,9%	1,8%	1,5%	1,8%	2,4%	2,0%	2,3%
Fluvoxamin	N06AB08	50	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%
SSRI Insgesamt	N06AB	30 746	36,0%	33,7%	40,5%	37,7%	35,5%	41,9%	55,7%	54,6%	57,9%
Opipramol	N06AA05	12 502	14,7%	18,3%	10,7%	14,1%	17,9%	10,1%	8,1%	10,7%	6,0%
Amitriptylin	N06AA09	8 915	10,5%	11,4%	7,8%	9,7%	10,8%	7,2%	5,6%	6,7%	4,2%
Doxepin	N06AA12	5 257	6,2%	7,4%	4,7%	6,0%	7,2%	4,5%	2,7%	3,4%	2,1%
Trimipramin	N06AA06	4 888	5,7%	5,5%	6,3%	4,9%	4,8%	5,3%	1,9%	1,9%	1,9%
Clomipramin	N06AA04	289	0,3%	0,2%	0,5%	0,4%	0,2%	0,6%	0,2%	0,1%	0,3%
Nortriptylin	N06AA10	163	0,2%	0,1%	0,3%	0,2%	0,1%	0,4%	0,1%	0,0%	0,1%
Maprotilin	N06AA21	180	0,2%	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%
Imipramin	N06AA02	135	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
Dosulepin	N06AA16	1	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TCA Insgesamt	N06AA	32 330	38,0%	43,2%	30,8%	35,7%	41,2%	28,6%	18,8%	22,9%	14,8%
Mirtazapin	N06AX11	14 416	16,9%	16,8%	17,1%	16,7%	16,3%	16,5%	14,9%	15,1%	14,6%
Venlafaxin	N06AX16	3 630	4,3%	3,2%	5,5%	5,0%	3,6%	6,4%	5,5%	3,9%	6,8%
Duloxetin	N06AX21	1 716	2,0%	1,4%	2,4%	2,3%	1,6%	2,6%	2,0%	1,4%	2,1%

Tabelle 16–12

Fortsetzung

Substanz	ATC-Code	Anzahl Patienten		Patienten mit Verordnung in %		Anzahl Verordnungen in %			Anzahl Definierte Tagesdosen (DDD) in %		
		Insgesamt	Insgesamt	HA	FA	Insgesamt	HA	FA	Insgesamt	HA	FA
Agomelatin	N06AX22	1 541	1,8%	1,3%	2,1%	1,8%	1,4%	2,1%	2,3%	1,8%	2,3%
Bupropion	N06AX12	316	0,4%	0,1%	0,7%	0,4%	0,1%	0,7%	0,5%	0,1%	0,8%
Trazodon	N06AX05	265	0,3%	0,1%	0,6%	0,3%	0,1%	0,5%	0,1%	0,0%	0,2%
Mianserin	N06AX03	96	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%
Reboxetin	N06AX18	34	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tianeptin	N06AX14	2	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tryptophan	N06AX02	1	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sonstige Insgesamt	N06AX	22 017	25,8%	23,0%	28,6%	26,6%	23,2%	29,0%	25,4%	22,3%	26,9%
Tranlycypromin	N06AF04	10	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Moclobemid	N06AG02	127	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,3%	0,2%	0,1%	0,3%
MAO Insgesamt	N06AF/G	137	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,1%	0,3%	0,2%	0,1%	0,4%
Insgesamt	N06A	85 230*	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

* Wenn ein Patient im betrachteten Zeitraum mehr als eine Substanz eingenommen hat, wird er mehrfach gezählt. Deshalb weicht die Summe von 85 230 Patienten von der Summe der 58 217 Patienten mit neu begonnener Antidepressiva-Therapie (vgl. z. B. Tabelle 16-5) nach oben ab.

DDD = Defined Daily Dose, HA = ausschließlich von Hausärzten verordnet, FA = ausschließlich von Fachärzten verordnet, MAO = Monoaminoxidasehemmer, SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahme hemmer, TCA = Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva

Die innerhalb von 180 Tagen nach Index-VO bei erster, neu begonnener Therapie verordneten Antidepressiva-Substanzen zeigt Tabelle 16–12. Im Vergleich zu den Verordnungen innerhalb von 360 Tagen in der prävalenten Population im Versorgungs-Report 2013/2014 (Kapitel 5, Tabelle 5–5) zeigen sich einige Unterschiede. Insgesamt entfiel unabhängig vom Behandler ein Anteil von 35,7% (im Vergleich: 41,6% im Jahr 2009) der ambulanten Verordnungen auf die tri- und tetrazyklischen Antidepressiva (TCA). Der größte Anteil der Verordnungen entfiel auf die Gruppe der SSRI (37,7%, 2009: 33,4%), gefolgt von den sonstigen Antidepressiva (26,6%, 2009: 24,6%). Die Verordnungen der sonstigen Antidepressiva gehen im Wesentlichen auf Mirtazapin (16,7% der Verordnungen), Venlafaxin (5,0%), Duloxetin (2,3%) sowie Agomelatin (1,8%) zurück. Mit 55,7% entfiel auch diesmal der größte Anteil verordneter Tagesdosen auf SSRI, während auf die sonstigen Antidepressiva 25,4% und die TCA 18,8% entfielen.

Die am häufigsten verordnete Einzelsubstanz war Citalopram, das bei 27,1% (versus 19,1% im VR 2013/2014) der Patienten mit neu begonnener Pharmakotherapie eingesetzt wurde. Bei den Tagesdosen betrug der Anteil für Citalopram 41,4% (versus 30,3% im VR 2013/2014). Im Vergleich der Verschreibungen der Behandlergruppen fällt auf, dass Fachärzte anteilig weniger Patienten mit TCA behandelten als Hausärzte (30,8% zu 43,2% versus 52,5% zu 37,9% im VR 2013/2014). Im Gegenzug dazu war der Anteil der Patienten, denen SSRI oder „Sonstige Antidepressiva“ verordnet wurden, bei den Fachärzten größer (33,7% zu 40,5%, im VR 2013/2014: 29,0% zu 35,0%; 23,0% zu 28,6%, im VR 2013/2014: 18,4% zu 26,6%). Nur 56 Patienten wurde im betrachteten Zeitraum von zwei Jahren nach Erstdiagnose als Index-Wirkstoff ein Neuroleptikum (N06C) verordnet, keinem Patienten Lithium (N05AN01).

16.3.5 Einsatz von Anxiolytika/Hypnotika/Sedativa

Für die Analysen zur Einnahme von Substanzen der Medikamentengruppe Anxiolytika/Hypnotika/Sedativa bei Depression wurden aus der Gruppe der ausschließlich ambulant behandelten Patienten mit Depression diejenigen selektiert, die im Zeitraum von zwei Jahren ab Erstdiagnose mindestens eine Verordnung einer Substanz aus diesem Substanzspektrum erhielten. Im Gegensatz zu den Analysen der Verordnungen von Antidepressiva musste die Schlafmitteltherapie nicht „neu begonnen“ worden sein. Die Einschlusskriterien erfüllten n = 28 559 Patienten, d. h.

Tabelle 16–13

Verordnete Schlafmittel in DDD innerhalb von 180 Tagen nach Index-Verordnung bei ambulanten Patienten

Anzahl verordneter DDD innerhalb von 180 Tagen	Verordnete Schlafmittel	Anteil
Unter 4 Wochen	17 212	60,3 %
4 bis 23 Wochen	9 928	34,7 %
Mindestens 24 Wochen	1 419	5,0 %
Insgesamt	28 559	100 %

18,3 % der ambulanten Patienten mit inzident dokumentierter Depressionsdiagnose. Im Ergebnis erhielten 39,7% dieser Patienten Verordnungen, die bei einer Dosierung von einer DDD für einen Zeitraum von mindestens vier Wochen innerhalb von 180 Tagen ausreichen würde (QiSA-Indikator 10, Tabelle 16–13).

Eine Verschreibung von Anxiolytika bzw. Sedativa, die bei einer DDD pro Tag für einen Zeitraum von mindestens 24 Wochen bzw. einem halben Jahr ausreichen würden, erhielten 5,0% der Patienten mit Depression. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Einsatz von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa über vier Wochen bei Patienten mit inzident dokumentierter Depression mit 39,7% der Patienten zwar verbreitet ist, der Anteil im Vergleich zu der Stichprobe der prävalenten Depressionspatienten (60,6%, Versorgungs-Report 2013/2014) jedoch deutlich geringer ausfällt.

16.4 Diskussion

Die Ergebnisse der Analysen zeigen, dass der Großteil der Patienten mit einer inzidenten Depressionsdiagnose innerhalb von zwei Jahren ausschließlich ambulant behandelt wurde. Lediglich etwa einer von sieben Patienten erhielt darüber hinaus eine voll- oder teilstationäre (Mit-) Behandlung. Der Anteil stationärer Behandlungen war bei schweren Depressionen mit 31 % (s. Tabelle 16–1: nur stationär plus intersektoral) deutlich höher als bei leichten oder mittelgradigen Depressionen (18 % bzw. 16 %). Die ambulante Versorgung wurde überwiegend durch Hausärzte getragen, die insgesamt mehr als 60 % der Patienten ohne Facharztbeteiligung behandelten (s. Tabelle 16–2). Auch 33 % der Patienten mit schwerer Depression wurden ausschließlich hausärztlich versorgt. Schließlich wurden 20 % der Patienten mit leichter bzw. unspezifischer Depression ausschließlich fachärztlich versorgt.

Der Anteil der chronisch erkrankten Patienten wies, je nach gewähltem Chronizitätskriterium, eine breite Spannweite zwischen 20 % (8Q8) und 38 % (6Q8) auf. Auch chronische Patienten wurden überwiegend ausschließlich hausärztlich versorgt. Der Anteil fachärztlich mitbehandelter Patienten war bei chronischen Patienten jedoch höher als in der Gesamtgruppe (s. Tabelle 16–3). Der Anteil der ausschließlich hausärztlich versorgten Patienten nahm mit der Strenge des Chronizitätskriteriums leicht zu. Möglicherweise führt die Verwendung eines Chronizitätskriteriums, das sich an der Anzahl der Diagnosen orientiert, durch die sogenannten „Dauerdiagnosen“ zu deutlichen Überschätzungen des Anteils chronischer Patienten. Der Anteil der ausschließlich in hausärztlicher Behandlung befindlichen Patienten mit Depressionsdiagnosen in 8Q8 zufolge wären dies 12,7% aller Patienten mit inzidenter Depression. Bei den Analysen zur Inanspruchnahme chronischer Patienten verringern sich so die ermittelten Inanspruchnahmequoten künstlich.

Bei der ambulanten Inanspruchnahme zeigt sich, dass über alle Schweregrade hinweg etwa die Hälfte der Patienten mit inzidenter Depression in den folgenden zwei Jahren mindestens einmal eine antidepressive Psychopharmakotherapie in Anspruch genommen hat (52 %). In der Gruppe der Patienten mit schwerer Depression betrug der Anteil mit einer Pharmakotherapie fast 70 %, während der Anteil in der Gruppe der Patienten mit einer leichten Depression immerhin bei 40 % lag (QiSA-

Indikator 5), obwohl die NVL Antidepressiva nicht generell zur Behandlung der leichten Depression empfiehlt. Dieser Anteil fällt gegenüber einer Rate von 45 % aus einer Auswertung von Daten der Barmer GEK aus dem Jahr 2010 (allerdings für prävalente Patienten) (IGES 2012) geringer aus, lag aber deutlich über den kürzlich veröffentlichten Daten des Faktenchecks Depression, der jedoch nur Verordnungen mit ausreichender Dauer bzw. Dosis berücksichtigt hat.

Bei der Auswahl der Antidepressiva zeigen sich im Vergleich zum Versorgungs-Report 2013/2014 (Freytag et al. 2014) insgesamt nur geringfügige Unterschiede (s. Tabelle 16–12). Die Leitsubstanz Citalopram dominierte weiterhin die Verschreibungen: Während ihr Verordnungsanteil bei den prävalenten Patienten mit Depression im Jahr 2009 bei 19 % lag, betrug er bei den inzidenten Patienten des Jahres 2011 27 %. Unverändert behandelten die Hausärzte anteilig mehr Patienten mit TCA im Vergleich zu den Fachärzten, während letztere anteilig häufiger SSRI oder sonstige Antidepressiva verordneten. Im Vergleich zum Versorgungs-Report 2013/2014 fielen die Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten diesbezüglich aber etwas geringer aus. Die hohe Anzahl an Verordnungen in geringen Dosen lässt vermuten, dass insbesondere Hausärzte TCA aufgrund ihrer sedierenden Wirkung häufig zur Behandlung von Schlafstörungen einsetzen, die oftmals dominantes Symptom einer Depression sind. Den überwiegenden Einsatz gering dosierter TCA „in other conditions than depression“ bestätigten auch Lockhart und Guthrie (2011). Andererseits liegt aber auch Evidenz vor, dass eine Therapie mit niedrigen Dosierungen von TCA gegenüber Placebo bei der Depressionsbehandlung wirksam ist (Furukawa et al. 2003). TCA werden zudem oft nicht hoch dosiert, weil höhere Dosen aufgrund von Unverträglichkeiten wie Mundtrockenheit häufig nicht toleriert werden (Bollini et al. 1999).

Im Hinblick auf die Dauer einer Pharmakotherapie lässt sich feststellen, dass lediglich ein Viertel der Patienten ausreichend lange versorgt wurde (25 %). Im Vergleich zur Auswertung 2013/2014 (Freytag et al. 2014) (22,0 %) war diese Quote leicht höher. Betrachtet man nur die Patienten mit schwerer Depression, so lag der Anteil ausreichend langer Pharmakotherapie bei 36 %. Insgesamt lag die Erfüllungsrate weiterhin deutlich unter den im Indikatoren-Set vorgeschlagenen Referenzwerten von 60 bzw. 70 % (**QiSA-Indikator 6**). In Anbetracht dieser Daten sollte – wie bereits im VR 2013/2014 angeregt – überdacht werden, ob die derzeit im hausärztlichen Bereich angestrebte Erfüllungsquote von 60 % für die mindestens 24 Wochen andauernde Therapie realistisch ist. Psychopharmakotherapien fielen bei Hausärzten im Durchschnitt weiterhin kürzer aus als bei Fachärzten (Erfüllungsquoten: 16 % versus 30 %). Bemerkenswert ist die mit 52 % deutlich nach oben abweichende Quote genügend langer Pharmakotherapien bei gemeinschaftlicher Behandlung durch Haus- und Fachärzte, die ebenfalls in der inzidenten Population deutlich höher ausfiel als in der prävalenten Population des VR 2013/2014 (29 %). Sieht man einmal von den möglichen Verzerrungen der ermittelten Quote infolge von Therapieabbrüchen ab (vgl. Abschnitt 16.2.7), erscheint die Kombination aus primär- und sekundärmedizinischer Versorgung inzidenter Depressionspatienten sehr erfolgreich.

Einen neuen Blickwinkel eröffnen die Ergebnisse zur psychotherapeutischen Versorgung von Patienten mit inzident dokumentierter Depression (**QiSA-Indikator 7**). Wertet man neben antragspflichtiger fachgebundener Psychotherapie die

nicht antragspflichtigen psychotherapeutischen Gesprächsleistungen sowie die psychosomatische Grundversorgung auch als psychotherapeutische Leistungen, betrug die durchschnittliche Inanspruchnahmequote 74 % (s. Tabelle 16–4). Schließt man im Sinne einer höheren Anforderung an die Behandlungsintensität die Leistungen der psychosomatischen Grundversorgung aus, so resultierte eine Inanspruchnahmerate von 27 %. Bei Eingrenzung auf die antragspflichtige richtliniengebundene Psychotherapie lag der Inanspruchnahmegrad bei 9 %. Der Vergleich zur entsprechenden Quote von 19 % im Bertelsmann Faktencheck Depression, allerdings innerhalb von drei Jahren bei prävalenten Patienten ermittelt (Bertelsmann Stiftung 2014), lässt vermuten, dass die psychotherapeutische Behandlungswahrscheinlichkeit mit der Länge des betrachteten Behandlungsverlaufs zusammenhängt.

Während sich Empfehlungen der Leitlinien in aller Regel auf antragspflichtige Richtlinienpsychotherapie beziehen, ist es dennoch wahrscheinlich, dass der psychotherapeutische Bedarf und die Patientenpräferenz (Houle et al. 2013) individuell sehr verschieden sind. Die Evidenz zur Wirksamkeit niedrigschwelliger psychotherapeutischer Angebote ist heterogen, sodass es hier nicht möglich ist, abschließend zu beurteilen, ob diese Angebote angemessen sind. Der Versorgungsgrad mit nicht antragspflichtigen, aber fachgebundenen psychotherapeutischen Gesprächsleistungen erscheint insbesondere bei mittelgradigen und schweren Depressionen mit 50 % bzw. 60 % als eher hoch (s. Tabelle 16–4). Und der Versorgungsgrad mit vor allem hausärztlich erbrachten Leistungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung erreicht nahezu 75 %.

Lediglich knapp 11 % der Patienten mit schwerer Depression (s. Tabelle 16–7) erhielten eine Kombination aus antragspflichtiger Richtlinienpsychotherapie und pharmakologischer Behandlung (**QiSA-Indikator 8**), ein Anteil, der mit den Ergebnissen des Bertelsmann-Faktenchecks Depression von 12 % im Einklang steht (Bertelsmann Stiftung 2014). Hier bestätigen unsere Ergebnisse die Auffassung, dass Patienten mit schwerer Depression im Sinne der Leitlinienempfehlung, die sich nur auf antragspflichtige Richtlinienpsychotherapie bezieht, deutlich unterversorgt sind. Allerdings zeigt sich, dass zumindest für fast die Hälfte (49 %) aller Patienten mit schwerer Depression zusätzlich zu einem Antidepressivum zumindest eine nichtantragspflichtige psychotherapeutische Gesprächsleistung abgerechnet wurde, die Patienten also psychotherapeutisch nicht gänzlich unversorgt waren. Aber auch hier fehlen – wie schon zu Indikator 7 ausgeführt – Informationen zur Angemessenheit dieser Angebote. Einen anderen Blickwinkel auf die Versorgung von Patienten mit schwerer Depression gibt der Anteil ohne spezifische Therapie. Bei Berücksichtigung der psychosomatischen Grundversorgung sind dies lediglich 7 % (s. Tabelle 16–4) im Gegensatz zu 18 % wie im Faktencheck, allerdings 18,6 % der nur hausärztlich versorgten Patienten mit schwerer Depression (s. Tabelle 16–8). Hier könnte es sich insbesondere um ältere Patienten handeln, die häufig schwerer behandelbar sind bzw. bei denen die Vermeidung von Polypharmazie im Vordergrund steht. Bei Patienten mit schwerer Depression lag das Durchschnittsalter um 7,3 Jahre höher als dasjenige der gesamten Studienpopulation.

Der **QiSA-Indikator 9** konnte nur in Näherung bestimmt werden: Der Anteil ausschließlich hausärztlich versorgter Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Depressionstherapie (wobei hier die psychosomatische Grundversorgung als spezifische Therapie mitberücksichtigt wurde) lag mit 19,7 % höher als der

Durchschnitt von 13,6% über alle Patienten unabhängig vom Behandler. Die Schwankungen der Quote im Spektrum der geforderten Diagnosequartale schwanken nur geringfügig zwischen 18% und 21%. In allen Fällen wurde die für den QiSA-Indikator 9 geforderte Quote von höchstens 10% überschritten.

Ein weiteres Ergebnis der Berechnungen sind die Anteile monotherapeutisch mit Psychotherapie versorgter Patienten (s. Tabellen 16–5 und 16–6). Ausschließlich psychotherapeutisch versorgt wurden 35%, 7% bzw. 4%, je nachdem, ob die psychosomatische Grundversorgung als psychotherapeutische Gesprächsleistung gewertet wurde, diese ausgeschlossen wurde oder allein die antragspflichtige Psychotherapie zum Einsatz kam. Im Vergleich lag der Anteil der Patienten, die ausschließlich eine antidepressive Pharmakotherapie erhielten, bei 13%, wenn die psychosomatische Grundversorgung als psychotherapeutische Gesprächsleistung gewertet wurde; bei 32%, wenn diese ausgeschlossen wurde und bei 46% bei alleiniger Berücksichtigung der antragspflichtigen Psychotherapie.

Die Ergebnisse liefern Hinweise für die Qualität der Versorgungskoordination bei Patienten mit Depression. So werden insbesondere schwere Fälle stationär versorgt. Der Großteil ambulanter Patienten mit schwerer Depression (43%) und immerhin ein Drittel der Patienten mit mittelgradiger Depression (34%) wurden in Zusammenarbeit von Hausärzten und Fachärzten versorgt. Gleichzeitig scheint mit 33% ein immer noch hoher Anteil schwer depressiver Patienten ausschließlich hausärztlich versorgt zu werden. Ein nicht unerheblicher Anteil von 20% der Patienten mit leichter bzw. unspezifischer Depression wird ausschließlich fachärztlich versorgt. Inwieweit diese ungünstige Nutzung der Kompetenzen durch ausbleibende Überweisungen der Hausärzte, durch Patientenpräferenzen, durch aktive Patientenselektion auf fachärztlicher Ebene oder durch fehlende Versorgungsstrukturen begründet ist, bleibt offen.

Fast 40% der Patienten erhielten Schlafmittel-Verordnungen, die für eine Einnahme von einer DDD über mindestens vier Wochen ausreichen und somit als nicht leitliniengerecht angesehen werden können (**QiSA-Indikator 10**). Der Anteil entspricht dem Doppelten des QISA-Referenzwerts von 20%. Dabei ist die Einschränkung der Berechnung der Therapiedauer über die DDD zu berücksichtigen, da Schlafmittel wahrscheinlich eher nicht kontinuierlich eingenommen werden, sondern nach Bedarf verwendet werden. Die Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa kann klinisch indiziert sein (Dunlop und Davies 2008; Furukawa et al. 2001), dennoch ist eine Langzeitbehandlung mit Benzodiazepinen zu vermeiden. Die Vermutung liegt nahe, dass hier ein riskantes Ordnungsverhalten vorliegt, welches einer eingehenderen Prüfung unter Berücksichtigung der tatsächlich Einnahmefrequenz und Dosis bedarf. Diese Überprüfung kann aber anhand der vorliegenden Routinedaten nicht geleistet werden.

Fasst man die Ergebnisse mit Blick auf die Erfüllungsquoten der gemessenen QiSA-Indikatoren zusammen, so fiel die Quote der Patienten mit ausreichend langer antidepressiver Pharmakotherapie (QiSA-Indikator 6) mit durchschnittlich 25% gemessen an der geforderten Quote von 60% – wie auch im VR 2013/2014 für prävalente Patienten berechnet – sehr niedrig aus, lag bei gemeinschaftlicher Versorgung durch Haus- und Fachärzte mit 52% aber deutlich höher. Begrenzt man den Blick weiter auf die schwere Depression, so wird bei diesen Patienten immerhin eine Quote von 59% erreicht. Kurzfristige und gemäß NVL nicht generell indizier-

te Therapien bei leichter Depression verringern möglicherweise den Mittelwert. QiSA-Indikator 7 zeigt vor allem, dass in der Basisversorgung mehr psychotherapeutische Versorgungsleistungen zu finden sind als erwartet. Der geringe Anteil an kombinationstherapeutisch versorgten Patienten mit schwerer Depression (QiSA-Indikator 8) belegt die in dieser Patientengruppe grundsätzlich bestehende Unterversorgung mit antragspflichtiger Psychotherapie. Gleichzeitig steht dem Patienten mit der psychosomatischen Grundversorgung eine niedrigschwellige psychologische Hilfe zur Verfügung. Die Bestimmung des Anteils ausschließlich hausärztlich versorgter Patienten mit anhaltender Depression ohne spezifische Depressionstherapie fällt leicht unterschiedlich aus in Abhängigkeit von der Routinedaten-spezifischen Quantifizierung der „anhaltenden“, „persistierenden“ bzw. „chronischen“ Depression, übersteigt aber in allen Fällen den geforderten Höchstwert für QiSA-Indikator 9 von 10%. Festzuhalten ist, dass die Validierung von Quantifizierungsansätzen für chronische Depression anhand von Routinedaten noch aussteht. Erste Ansätze wurden hier vorgestellt und liefern wertvolle Hinweise für zukünftige Analysen. Besondere Bedeutung kommt hierbei dem Ausschluss von administrativen Dauerdiagnosen zu. Ihr Nichtausschluss könnte eine erhebliche Überschätzung der Quoten nicht adäquat versorgter Patienten mit anhaltender Depression zur Folge haben. Verhältnismäßig sicher lässt sich feststellen, dass der Anteil an Patienten, die Schlafmittel über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen erhielten, zu hoch ist: Dieser lag mit 40% (weiterhin) deutlich über dem Referenzwert für QiSA-Indikator 10 von 20%.

Die in regelmäßigen Abständen wiederholte Messung der Versorgung von Patienten mit Depression anhand von konsentierten Qualitätsindikatoren (Daten-Monitoring) kann eine wertvolle empirische Informationsgrundlage zur Flankierung zukünftiger Entscheidungen zur Verbesserung der Versorgungsqualität darstellen.

Danksagung

Wir danken Sven Schulz, Florian Wolf und Markus Krause, Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena, für wertvolle Hinweise und Diskussionsbeiträge.

Literatur

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 420: 55–64.
- American Psychiatric Association (APA) Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. In: American Psychiatric Association (APA) (ed). *Practice guidelines for the treatment of people with psychiatric disorders*. Washington: APA 2000; 413–96.
- Bauer M, Monz BU, Montejo AL et al. Prescribing patterns of antidepressants in Europe: results from the Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) study. *Eur Psychiatry* 2008; 23 (1): 66–73.
- Bauer M, Pfennig A, Severus E et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the

- acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry* 2013; 14 (5): 334–85.
- Bertelsmann Stiftung. Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung 2014.
- Bollini P, Pampallona S, Tibaldi G et al. Effectiveness of antidepressants. Meta-analysis of dose-effect relationships in randomised clinical trials. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 297–303.
- Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW. Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis of health insurance data. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45 (3): 329–35.
- Bundesärztekammer. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung – Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung. Die Deutsche Bibliothek 2001, 15.
- Bundesärztekammer. Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“. Berlin: Bundesärztekammer 2007.
- Canadian Psychiatric Association (CPA). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry* 2001; 46 (Suppl 1): 5S-90S.
- DGPPN, BÄK, KBV et al. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression, Langfassung, 2012.
- Dunlop BW, Davis PG. Combination treatment with benzodiazepines and SSRIs for comorbid anxiety and depression: a review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10 (3): 222–8.
- Freytag A, Kösters M, Schmauß M et al. Pharmakotherapie bei Depression. In: Klauber J, Günster C, Gerste B. et al (Hrsg). Versorgungs-Report 2013/2014. Stuttgart: Schattauer-Verlag 2014; 99–123.
- Furukawa T, McGuire H, Barbui C. Low dosage tricyclic antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD003197.
- Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Is antidepressant-benzodiazepine combination therapy clinically more useful? A meta-analytic study. *J Affect Disord* 2001; 65 (2): 173–7.
- Geddes JR, Carney SM, Davies C et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003; 361 (9358): 653–61.
- Gensichen J, Petersen JJ, Von Korff M et al. Cost-effectiveness of depression case management in small practices. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 441–6.
- Gilmer WS, Trivedi MH, Rush AJ et al. Factors associated with chronic depressive episodes: a preliminary report from the STAR-D project. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2005; 112 (6): 425–33.
- Glaeske, G, Schickanz, C. & Gmünder ErsatzKasse (2007). GEK-Arzneimittel-Report 2007: Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005–2006. Bremen, Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag Hippe.
- Houle J, Villaggi B, Beaulieu MD et al. Treatment preferences in patients with first episode depression. *J Affect Disord* 2013; 147 (1-3): 94–100.
- IGES – Institut für Gesundheits- und Sozialforschung. Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen – Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. Berlin: IGES Institut GmbH 2012.
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34 (4): 597–611.
- Lockhart P, Guthrie B. Trends in primary care antidepressant prescribing 1995–2007: a longitudinal population database analysis. *Br J Gen Pract* 2011; 61 (590), e565–72.
- Mikoteit T, Hatzinger M. Chronische Depression. Klassifikation und Behandlungsstrategien. *Z Psychiatrie Psychol Psychother* 2009; (57): 245–51.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression: management of depression in primary and secondary care – NICE guidance. <http://www.nice.org.uk/guidance/cg23>. London 2004.
- Schmauß M, Schramm E, Berger M. Kapitel 10. Unipolare Depression – Pharmakotherapie und Psychotherapie (ICD-10 F3). In: Vorderholzer U, Hohagen F (Hrsg). Therapie psychischer Erkrankungen. 8 Aufl. München und Jena: Urban & Fischer 2012.

- Schulz S, Freytag A, Chenot R et al. Depression: Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Depression. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg). QuiSA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Heidelberg, Göttingen: Universitätsklinikum Heidelberg, AQUA-Institut 2013.
- WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology et al. Introduction to Drug Utilization Research. Oslo 2003.
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index. http://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=N06A. Oslo 2011.

Abkürzungen/Glossar

ATC	Anatomisch-therapeutische-chemische Klassifikation für Arzneimittel
FA	Facharzt: hier Kurzbezeichnung für alle Fachgruppen für psychische Erkrankungen (47 Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, 51 Nervenheilkunde, 53 Neurologie, 58 Psychiatrie und Psychotherapie, 59 Forensische Psychiatrie, 60 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 61 Psychotherapeutisch tätiger Arzt, 68 Psychologischer Psychotherapeut, 69 Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut)
(sonstige) FA	sonstige Fachärzte: hier Kurzbezeichnung für alle Fachgruppen, die nicht Hausärzte (HA) oder Fachgruppen für psychische Erkrankungen sind.
Fachgruppe	Fachgruppe der Ärzte (auch Gebietsbezeichnung) gemäß der Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nach § 75 Absatz 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstättennummern
HA	Hausarzt: Kurzbezeichnung für Ärzte der Fachgruppen 01 Facharzt für Allgemeinmedizin, 02 Praktischer Arzt, 03 Facharzt für Innere Medizin mit hausärztlicher Zulassung)
DDD	Defined Daily Dose (hier immer: Anzahl der in der Verordnung/den Verordnungen enthaltenen DDD)
ICD	International Code of Diseases
MAO	Monoaminoxidase
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
TCA	Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
VO	Verordnung
VR	Versorgungs-Report
VS	Versicherte/r
WIdO	Wissenschaftliches Institut der AOK