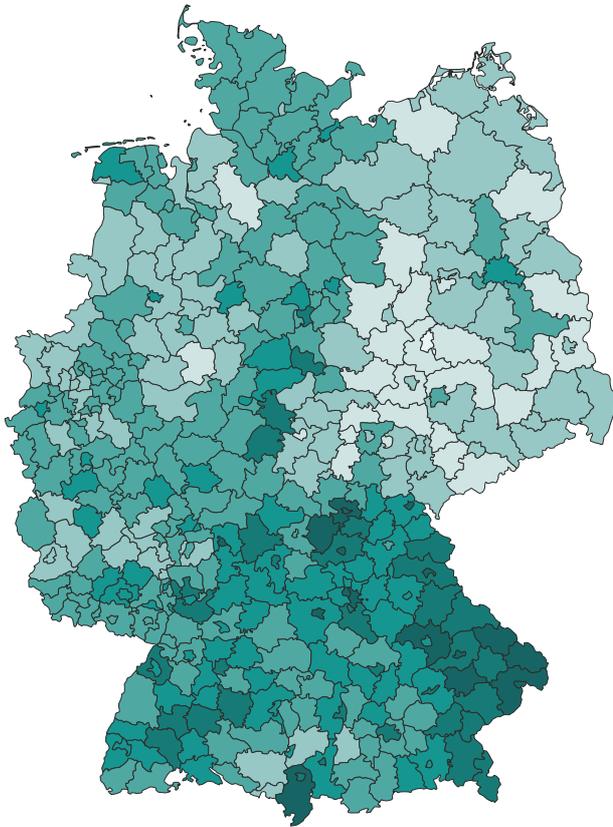


Regionale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung

Ausgewähltes Thema: Häufigkeit von Depressionsdiagnosen im Jahr 2011



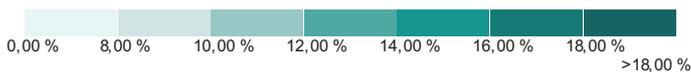
Häufigkeit von Depressionsdiagnosen im Jahr 2011

Die Karte zeigt die Verteilung von allen Depressionsdiagnosen im Jahr 2011. Depressionsdiagnosen werden häufiger im Süden Deutschlands (Bayern und Baden-Württemberg) und in den Großstädten Berlin und Hamburg gestellt, die niedrigsten Raten gibt es im Osten Deutschlands (Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen). Regionale Unterschiede in der Altersstruktur und der Geschlechter wurden rechnerisch ausgeglichen. Die Daten beziehen sich auf den Wohnort der Versicherten. Es wurden Daten von rund 6 Millionen Versicherten der BKK und IKK ausgewertet. Sie können als repräsentativ für die deutsche Bevölkerung betrachtet werden.

Kreise sortiert nach Diagnoserate in %



Legende: Diagnoserate in %



Quelle: Faktencheck Gesundheit 2014, Daten: BKK Routedaten; eigene Berechnung und Darstellung (UKE & EHA, 2014)

Regionale Unterschiede

Insgesamt variiert die Häufigkeit von Depressionsdiagnosen aus der Ebene der Kreise zwischen 7 Prozent und 21 Prozent. Bei 50 Prozent der Kreise liegt die Diagnoserate zwischen 12 Prozent und 15 Prozent. Betrachtet man die regionale Verteilung, ist eine deutliche Verdichtung im Süden und Südosten sowie in den Großstädten Berlin, Hamburg und München zu erkennen. Versicherte in Kreisen in Sachsen-Anhalt erhalten am seltensten die Diagnose Depression, während in einigen Kreisen in Bayern zum Teil mit über 20 Prozent dreimal mehr Depressionsdiagnosen vergeben werden.

Auch auf der Ebene der Bundesländer werden die Ergebnisse bestätigt. Die durchschnittliche Häufigkeit von Depressionsdiagnosen liegt in Deutschland bei 13,4%. Die niedrigsten Diagnoseraten sind in den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Sachsen, Thüringen, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern zu finden (alle ≤ 11 %). Die meisten Depressionsdiagnosen wurden mit 15,8 % in Bayern vergeben, gefolgt von Berlin, Baden-Württemberg und Hamburg.

Die Diagnose- und Behandlungsraten spiegeln das Versorgungsgeschehen in den Regionen wieder und ermöglichen Verbesserungsansätze für die Versorgung der Betroffenen abzuleiten. Dagegen gibt die Diagnosehäufigkeit nur begrenzt Aufschluss darüber, wie häufig Menschen in bestimmten Regionen an einer Depression (tatsächlich) erkranken. Denn in den Daten der Krankenversicherungen werden nur Personen als depressiv Erkrankte erfasst, die krankenversichert sind und die einen Arzt oder Psychotherapeuten aufsuchen, der die depressive Störung erkennt, diagnostiziert und entsprechend in den Abrechnungsdaten der Krankenversicherung dokumentiert. Das bedeutet, dass hierunter auch mögliche Fehldiagnosen sind und/oder vorhandene Depressionen unerkannt bleiben. Aber auch die Fortschreibung einer abgeklungenen Depression in den Daten ist denkbar.

Erklärungsansätze

Die Betrachtung regionaler Unterschiede auf Kreisebene lässt eine genauere Analyse möglicher Einflussfaktoren zu. Dabei zeigt sich, dass die Häufigkeit der Depressionsdiagnosen sowohl mit der regionalen Hausarztdichte als auch mit der Dichte der psychiatrischen und psychosomatischen Fachärzte und der Psychotherapeutendichte positiv zusammenhängt. Dieser Zusammenhang kann jedoch unterschiedlich bewertet werden:

Werden in einer Region mit einer höheren Versorgungsdichte mehr depressive Erkrankungen diagnostiziert, kann dies bedeuten, dass die Diagnostik hier besser erfolgt. Eine andere Erklärung wäre eine Überdiagnostizierung in den Regionen mit hoher Versorgungsdichte: Demnach würde das Versorgungsangebot die „Diagnosestellung“ induzieren. Eine dritte Erklärung wäre, dass die hohe Versorgungsdichte eine Folge der hohen Erkrankungshäufigkeit in der Region ist, somit die Versorgung am jeweiligen Bedarf ausgerichtet ist. Die unterschiedlich ausgeprägten Versorgungsstrukturen können allerdings nur einen Teil der regionalen Unterschiede in der Häufigkeit von Depressionsdiagnosen erklären.

Neue **Versorgungsmodelle**, die u.a. die Erkennungsraten von Depressionen verbessern sollen, werden bislang nur in bestimmten Regionen bzw. Bundesländern und von einzelnen Krankenkassen gefördert. Sie können demnach ebenfalls regionale Unterschiede der diagnostizierten depressiven Erkrankungen erklären.

Weitere Informationen zu diesen Erklärungsansätzen finden Sie im Bereich „Fachinformation/Ursachen und Hintergründe“

Was tun?

Um die großen Versorgungsmängel und regionalen Unterschiede zu verringern, geben die Experten eine Reihe von Verbesserungsansätzen und Handlungsempfehlungen

- Es besteht erheblicher Handlungsbedarf in der **Qualitätsverbesserung der Diagnosestellung** und Verschlüsselung der Diagnosen und der **Weiterqualifizierung der Behandler**.
- **Aufklärung und spezifische Patienteninformationen** können Betroffene darin unterstützen, eine depressive Erkrankung zu erkennen, darüber zu sprechen und frühzeitig den Weg in eine für sie adäquate Versorgung zu finden. **Entscheidungshilfen** unterstützen Betroffene zudem, gemeinsam mit Ihrem Arzt oder Therapeuten, die für die passende und angemessene Behandlung zu finden.
- Die **Bedarfsplanung** zur regionalen Verteilung der Haus- und Fachärzte ist sehr bedeutsam für die strukturellen Voraussetzungen für eine leitliniengerechte Versorgung. Sie muss kontinuierlich hinsichtlich Bedarfsgerechtigkeit untersucht und ggfs. angepasst werden.
- Es müssen verstärkt **vernetzte, integrierte Versorgungsmodelle** entwickelt und umgesetzt werden.
- **Versorgungsforschung** und die Weiterentwicklung innovativer Methoden müssen stärker gefördert werden. Dies hilft Versorgungsdefizite besser zu verstehen und Verbesserungsansätze ableiten zu können.

Weitere Informationen zu diesen Handlungsempfehlungen finden Sie im Bereich „Fachinformation/Handlungsempfehlungen“

Publikationshinweis

Quelle: Faktencheck „Depression - Regionale Unterschiede und ihre Einflussfaktoren“

Erscheinungsdatum: 19. März 2014

Verantwortlich: Eckhard Volbracht, Claudia Haschke, Andrea Fürchtenicht, Bertelsmann Stiftung

Autoren: Dr. phil. Hanne Melchior, Prof. Dr. phil. Holger Schulz, Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter (Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf); Dr. Jochen Walker, Dr. Matthias Ganninger (Elsevier Health Analytics, Berlin)

Reviewer: Dr. rer. nat. Wolfgang Bödeker, Dipl.-Mathematiker (EpiCurus – Institut für System- & Wirkungsanalysen, Essen), Timo Harfst (Psychologischer Psychotherapeut, Wissenschaftlicher Referent der Bundespsychotherapeutenkammer, BPTK), Professor Dr. med. Markus Herrmann, MPH, M.A. (Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin an der O.-v.-Guericke-Universität Magdeburg, Kassenärztliche Praxis für Allgemeinmedizin, Berlin-Wilmersdorf; Prof. Dr. Hans Joachim Salize (Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim, Leiter Arbeitsgruppe Versorgungsforschung); Dipl.-Psych. Jürgen Matzat (Leiter der Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen, Gießen)

Informationen zu den verwendeten Daten, Vorgehen und Methodik unter: www.faktencheck-depression.de/fachinformation

Kontakt

Faktencheck Gesundheit | Bertelsmann Stiftung

Heike Kusch, Sekretariat

Carl-Bertelsmann-Straße 256 133311 Gütersloh

Telefon +49 5241 81-81139

heike.kusch@bertelsmann-stiftung.de

Weitere Informationen unter  www.faktencheck-depression.de