

Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 27

BARMER Arztreport 2021

Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Thomas G. Grobe,
Joachim Szecsenyi



Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 27

BARMER Arztreport 2021

Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Thomas G. Grobe,
Joachim Szecsenyi

Impressum

Herausgeber:

BARMER

Postfach 11 07 04

10837 Berlin

Autoren:

Thomas G. Grobe, Joachim Szecsenyi

aQua – Institut für angewandte

Qualitätsförderung und Forschung

im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen

Konzeption, Redaktion und

fachliche Prüfung:

Nora Hoffmann, Ursula Marschall,

Anna Laura Meyke, Nicole Osterkamp,

Laura Ostwald, Melanie Pankratz,

Christina Wittkop

BARMER, Berlin und Wuppertal

Design und Realisation:

zweiband.media GmbH, Berlin

Druck und Bindung:

Plump Druck & Medien GmbH,

Rheinbreitbach

Printed in Germany

ISBN (Print) 978-3-946199-58-8

ISBN (PDF) 978-3-946199-59-5

Die Datenanalysen bis einschließlich 2016 beziehen sich auf den Datenbestand der vor- maligen BARMER GEK. Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurde überwiegend die gram- matikalisch männliche Sprachform gewählt. Wenn im Text die männliche Sprachform genannt ist, ist damit sowohl die männliche als auch die weibliche Sprachform gemeint. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Her- ausgebers unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Überset- zungen, Mikroverfilmung und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Sys- temen. Die in diesem Buch verwendeten und nicht besonders kenntlich gemachten, durch Dritte geschützten Marken- und Warenzeichen unterliegen den Bestimmungen des jeweils gültigen Kennzeichenrechts und den Besitzrechten der jeweiligen eingetragenen Eigentümer. Änderungen und Irrtümer vorbehalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
Zusammenfassung	8
1 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen	28
1.1 Hintergrund	28
1.2 Verfügbarkeit und Umfang der Daten zur ambulanten Versorgung	31
1.3 Methoden, Standardisierung, Übertragbarkeit	33
2 Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen	38
2.1 Inanspruchnahme in Quartalen und Kalenderjahren	38
2.1.1 Quartalsergebnisse	38
2.1.2 Jahresergebnisse	40
2.1.3 Variationen im Jahresverlauf	42
2.2 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht	45
2.3 Fachärztliche Behandlungshäufigkeit	49
2.3.1 Betroffene und Behandlungsfälle 2019 nach Fachgebieten	49
2.4 Anzahl kontaktierter Ärzte – Arztwechsel	54
2.5 Regionale Variationen der Inanspruchnahme	60
2.6 Ambulante Diagnosen	61
2.6.1 Diagnoseraten	63
2.7 Diagnosen – differenzierte Betrachtung	86
2.7.1 Ambulante Diagnosen und reale Erkrankungshäufigkeiten	86
2.7.2 Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen	88
2.8 Untersuchungen zur Früherkennung	105
2.8.1 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	105
2.8.2 Weitere Früherkennungsuntersuchungen	113

3	Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen	120
3.1	Ambulante Psychotherapien	121
3.2	Ambulante psychotherapeutische Versorgungsstrukturen	124
3.3	Ambulante Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen – Entwicklung seit 2009 und Stand 2019	128
3.3.1	Bundesweite Entwicklung	128
3.3.2	Entwicklung und Stand der ambulanten Psychotherapie in Bundesländern	131
3.3.3	Geschlechts- und altersspezifische Ergebnisse	136
3.3.4	Mittelfristig von Richtlinien Therapien betroffene Kinder und Jugendliche ..	139
3.4	Anlässe für ambulante Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen	141
3.4.1	Methodisches Vorgehen	141
3.4.2	Ergebnisse	142
3.5	Behandlungsverläufe bei Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen	154
3.5.1	Methodisches Vorgehen	154
3.5.2	Ergebnisse zu Betroffenen mit Richtlinien Therapien insgesamt	157
3.5.3	Ergebnisse zu Betroffenen mit Richtlinien Therapien nach Geschlecht und Alter	166
	Anhang	186
	Standardpopulation Bevölkerung	186
	Indirekte Standardisierung, kleinräumige Analyse	188
	Tabellenanhang	191

Verzeichnisse	204
Abkürzungsverzeichnis	204
Abbildungsverzeichnis	206
Tabellenverzeichnis	208
Literaturverzeichnis	211
Autorenverzeichnis	213

Vorwort

Immer mehr Kinder und Jugendliche in Deutschland erhalten eine Psychotherapie. Jeder zehnte junge Mensch unter 25 Jahren begann innerhalb eines Beobachtungszeitraums von elf Jahren eine Psychotherapie. Allein in der Zeit von 2010 bis 2019 ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die eine Therapie erhalten haben, um 46 Prozent auf insgesamt rund 382.000 gewachsen. Diese Zahlen sind alarmierend und Grund genug für die BARMER, einmal genauer hinzusehen. Daher haben wir das Schwerpunktkapitel des diesjährigen Arztreports dem Thema „Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen“ gewidmet.

Für Eltern ist es sicherlich oft schwierig einzuschätzen, ob es sich noch um eine normale kindliche Angst handelt oder ihr Kind bereits an einer Angststörung leidet. Ähnlich schwer dürfte die Unterscheidung zwischen einer gedrückten Stimmung und einer Depression fallen. Erfordern Bauch- und Kopfschmerzen einen Kinder- und Jugend- bzw. Hausarztbesuch, oder sind sie länger andauernd ein Zeichen für einen seelischen Hilfeschrei?

Die gute Nachricht ist, dass das Bewusstsein für solche Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter in den letzten Jahren deutlich gewachsen ist – bei Behandlerinnen und Behandlern sowie bei Eltern und Bezugspersonen. Viele Medien berichten darüber, eine Psychotherapie ist längst kein Stigma mehr, und in Zeiten der Corona-Pandemie ist das Bewusstsein dafür, dass Kinder anders leiden, noch einmal mehr geschärft worden. Trotzdem sollten Eltern und alle anderen Bezugspersonen wie etwa Lehrerinnen und Lehrer unbedingt wachsam bleiben. Schließlich wachsen Kinder und Jugendliche in einem vielfältigen, oft schwer zu verstehenden, immer aber fordernden und zunehmend digitalen Umfeld auf. Für die persönliche Entwicklung sind nicht nur direkte soziale Kontakte wichtig. Für die eigene Rolle im Leben orientieren sie sich auch an völlig unbekanntem Menschen, zum Beispiel in den verschiedensten Social-Media-Kanälen. Prävention, etwa gegen Cybermobbing, kann sehr viel dazu beitragen, dass psychische Probleme erst gar nicht entstehen.

Wie wichtig Achtsamkeit ist, zeigt sich an der Spannbreite von Symptomen, die auf eine psychische Erkrankung bei Kindern und Jugendlichen hinweisen können. Sie machen sich auf sehr unterschiedliche Weise bemerkbar. Ein Indiz kann zum Beispiel sein, dass Kinder sich schwerer konzentrieren können. Ein starker Leistungsabfall in der Schule ist ebenfalls ernst zu nehmen. Manche Kinder und Jugendliche ziehen sich zurück, andere werden aggressiv, einige besonders traurig, andere hyperaktiv. Aber auch extremer Gewichtsverlust oder -zunahme können Hinweise für psychische Probleme sein.

Am häufigsten mussten Kinder und Jugendliche im Jahr 2019 aufgrund von „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ eine Psychotherapie machen, dicht gefolgt von Depressionen und Angststörungen. In all diesen Situationen steigen die Chancen auf Besserung, je früher professionelle Hilfe einsetzt. In diesem Zusammenhang ist es vor allem wichtig, dass Eltern, Bezugspersonen, Ärztinnen und Ärzte sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten hier im Sinne der betroffenen Kinder eng zusammenarbeiten.

Die BARMER setzt mit dem diesjährigen Arztreport und der Analyse der psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen die Arbeit fort, die sie im vergangenen Jahr mit dem Schwerpunkt „Zugang zu Psychotherapie“ begonnen hat. Unser herzlicher Dank gilt dem Autorenteam unter Leitung von Dr. Thomas Grobe vom aQua-Institut Göttingen. Den Autorinnen und Autoren ist es erneut gelungen, einen wichtigen Versorgungsbereich in den Fokus zu nehmen. Den Leserinnen und Lesern des Arztreports wünsche ich eine aufschlussreiche Lektüre.

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorstandsvorsitzender der BARMER
Berlin, im Februar 2021

Zusammenfassung

Besonderheiten und Schwerpunkt

Der BARMER Arztreport 2021 liefert – als Fortführung des seit dem Jahr 2006 erschienenen GEK-Reports ambulante-ärztliche Versorgung und des von 2010 bis 2016 erschienenen BARMER GEK Arztreports sowie der BARMER Arztreporte 2018 bis 2020 – bereits zum 15. Mal einen aktuellen und umfassenden Überblick zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. Traditionell besteht der Arztreport aus wiederkehrenden und jeweils aktualisierten Routineauswertungen sowie aus einem Kapitel zu einem jeweils wechselnden Schwerpunktthema.

Berichtet werden im aktualisierten Routineteil des vorliegenden Reports vorrangig Ergebnisse aus dem Jahr 2019. Grundlage der Auswertungen bildeten anonymisierte Daten zu rund neun Millionen Versicherten der BARMER. Neben Daten ab dem Beobachtungsjahr 2005, die in Form eines einheitlichen Datenbestands nach einer Fusion der BARMER und GEK im Jahr 2010 betrachtet werden konnten, schließen die Auswertungen zum Arztreport ab dem Jahr 2017 auch Daten zu vormaligen Versicherten der Deutschen BKK ein, die mit der BARMER GEK zum 1. Januar 2017 zur neuen BARMER fusionierte.

Die Ergebnisse werden im Arztreport – wie in den vorausgehenden Jahren und sofern nicht explizit abweichend erwähnt – in einer entsprechend der Geschlechts- und Altersstruktur der deutschen Bevölkerung standardisierten Form präsentiert. Für die Standardisierung konnte auf aktuelle Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2019 zurückgegriffen werden, die dankenswerterweise vom Statistischen Bundesamt vorab bereitgestellt wurden. Dies ermöglicht eine Übertragung der Ergebnisse auf die deutsche Gesamtbevölkerung, die unbeeinflusst von der spezifischen Geschlechts- und Altersstruktur der hier konkret betrachteten Versichertenpopulation bleibt. Im diesjährigen Schwerpunktkapitel befasst sich der Report mit der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen.

Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen

Datenvolumina

Die im Report betrachteten Versicherten der BARMER inklusive der vormaligen Versicherten der Deutschen BKK bildeten 2019 – bezogen auf die nachweislich im Inland wohnhaften Versicherten – einen Anteil von etwa 10,7 Prozent der Bevölkerung in Deutschland. Vor dem Hintergrund methodischer Überlegungen beziehen sich Auswertungen zu einzelnen Kalenderjahren im Report jeweils auf genau diejenigen Versicherten, die in allen vier Quartalen des betrachteten Jahres jeweils mindestens einen Tag bei der BARMER (beziehungsweise bis 2016 bei der BARMER GEK) versichert waren. Im Jahr 2019 waren dies 8,97 Millionen Versicherte. Die Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung der Versicherten der BARMER umfassten im Jahr 2019 Angaben zu insgesamt 85,3 Millionen Behandlungsfällen mit 387,0 Millionen dokumentierten Diagnoseschlüsseln und 646,2 Millionen Abrechnungsziffern. Im Gesamtauswertungszeitraum von 2005 bis 2019 konnte auf Angaben zu 1,140 Milliarden Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfällen mit 4,684 Milliarden Diagnoseangaben und 8,625 Milliarden Abrechnungsziffern zurückgegriffen werden. Hiermit ergibt sich eine extrem breite Auswertungsbasis.

Grunddaten und Kennziffern – Behandlungsrate

Innerhalb des Jahres 2019 hatten nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten 93,2 Prozent der Bevölkerung Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Damit lag die Behandlungsrate etwa auf dem Vorjahresniveau. Entsprechend ermittelte Behandlungsraten lagen auch in den vorausgehenden Jahren bereits durchgängig oberhalb von 90 Prozent.

Behandlungsfälle und Arztkontakte

Im Jahr 2019 wurden nach den vorliegenden und unter Zugrundelegung der Bevölkerungsstruktur in Deutschland geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnissen je Person durchschnittlich 8,64 Behandlungsfälle im Rahmen der ambulanten ärztlichen

Versorgung abgerechnet. Ein Behandlungsfall fasst dabei – bedingt durch die quartalsweise Abrechnung der Ärzte – grundsätzlich jeweils alle Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt beziehungsweise in einer abrechnenden Praxis innerhalb eines Quartals eines Jahres zusammen. Dabei spielt es keine Rolle, aus welchen Gründen ein Patient den Arzt innerhalb eines Quartals aufsucht. So würden beispielsweise die Krankschreibung und Behandlung eines Patienten wegen Grippe im Januar sowie mehrmalige Praxisbesuche bei demselben Arzt zur Blutdruckeinstellung im März eines Jahres grundsätzlich im Rahmen ein und desselben Behandlungsfalls abgerechnet.

Durchschnittlich wurden mit den 8,64 Behandlungsfällen bei jedem Versicherten in jedem der vier Quartale des Jahres 2019 Leistungen von etwas mehr als zwei unterschiedlichen Ärzten beziehungsweise Arztpraxen abgerechnet. Die Zahl der Behandlungsfälle erreichte damit 2019 einen neuen Höchststand seit Beginn der Auswertungen zum Jahr 2005.

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

Einfluss von Alter und Geschlecht

Geschlechts- und altersgruppenspezifische Auswertungen zur Inanspruchnahme der ambulanten Versorgung 2019 zeigen vergleichbare Muster wie in zurückliegenden Jahren.

Ausgaben für ärztliche Behandlungen

Im Jahr 2019 galt für einen überwiegenden Teil der ärztlich abgerechneten Leistungen ein vom Erweiterten Bewertungsausschuss bundesweit und kassenübergreifend festgelegter einheitlicher Orientierungspunktwert von 10,8226 Cent je Punkt. Unter Rückgriff auf diese Orientierungspunktwerte ließen sich für das Jahr 2019 approximative jährliche Behandlungskosten in Höhe von durchschnittlich 605,07 Euro pro Versicherten und Jahr

für die ambulante ärztliche Versorgung ermitteln (Kosten für ambulant abgerechnete ärztliche Leistungen inklusive Leistungen von psychologischen Psychotherapeuten, jedoch ohne Kosten für Verordnungen von Arznei- oder Heil- und Hilfsmitteln und ohne zahnärztliche sowie kieferorthopädische Behandlungen). Der entsprechende Wert hatte im Jahr 2017 bei 572,12 Euro und 2018 bei 583,06 Euro gelegen. Von 2017 auf 2018 war es damit zu einem Anstieg der durchschnittlichen jährlichen Behandlungskosten pro Kopf der Bevölkerung um 1,9 Prozent gekommen, von 2018 auf 2019 betrug der Anstieg 3,6 Prozent.

Während männliche Versicherte durchschnittliche Kosten in Höhe von 528 Euro verursachten, lag der Wert für die ambulante-ärztliche Versorgung von Frauen bei durchschnittlich 680 Euro pro Jahr. Angaben zu Ausgaben für Versicherte in einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen sind Abbildung 2.5 sowie Tabelle A 6 im Anhang zu entnehmen. Diese variierten zwischen 240 Euro bei 20- bis 24-jährigen Männern und durchschnittlich 1.245 Euro je Jahr bei Männern im Alter zwischen 80 und 84 Jahren. Während im mittleren Lebensalter die Ausgaben bei Frauen merklich über denen bei Männern liegen, verursachen ab einem Alter von etwa 70 Jahren Männer durchschnittlich höhere Ausgaben. Geschlechts- und altersabhängig unterscheiden sich ambulante Behandlungskosten damit erheblich. Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass altersabhängige Unterschiede in anderen Leistungsbereichen, beispielsweise bei den Krankenhausbehandlungskosten, typischerweise noch stärker ausgeprägt sind.

Behandlungen nach Facharztgruppen

Insgesamt 35,4 Prozent der Behandlungsfälle wurden im Jahr 2019 von allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausärzten abgerechnet (Tabelle 2.4). Ihr geschätzter Anteil an der Vergütung lag bei 31,0 Prozent. Ein einzelner hausärztlicher Behandlungsfall verursachte approximative Kosten in Höhe von gut 60 Euro (Tabelle 2.5), im Jahr 2019 wurden insgesamt durchschnittlich etwa 187 Euro für die hausärztliche Versorgung jedes Versicherten aufgewendet. Überwiegend der hausärztlichen Versorgung zuordnen lassen sich in einer erweiterten Definition zudem die durchschnittlich 33 Euro pro Versicherten, die altersübergreifend im Jahr 2019 für die kinderärztliche Versorgung angefallen sind.

Fall- und damit auch quartalsbezogen die höchsten Kosten fielen mit durchschnittlich 485 Euro für Behandlungsfälle bei psychologischen Psychotherapeuten an (Tabelle 2.5). Dabei ist zu bedenken, dass Leistungen von Psychotherapeuten nicht delegiert werden können und in der Regel fast immer einen langen Patientenkontakt voraussetzen, weshalb Psychotherapeuten zugleich die Berufsfachgruppe mit den therapeutenbezogen geringsten Behandlungsfallzahlen bilden dürften. Im Durchschnitt über alle Versicherten wurden 2019 pro Kopf schätzungsweise etwa 41 Euro pro Jahr (gegenüber 36 Euro im Vorjahr) für die Behandlung bei psychologischen Psychotherapeuten ausgegeben. Weitere Zahlen sind den genannten Tabellen zu entnehmen.

Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten beziehungsweise Arztpraxen

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

Im Jahr 2019 wurden nach altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten bei mehr als der Hälfte der Bevölkerung (55,9 Prozent) Leistungen von vier oder mehr Praxen abgerechnet, nur 44,1 Prozent erhielten innerhalb des Jahres Leistungen von drei oder weniger Praxen. Beschränkt man die Zählung der unterschiedlichen patientenseitig kontaktierten Ärzte beziehungsweise Betriebsstätten auf die Zählung von Praxen mit vorrangig kurativen Fachgruppenzuordnungen (also unter Vernachlässigung der vorrangig diagnostisch im Auftrag tätigen Gruppen wie beispielsweise Radiologen, Pathologen, Labormediziner), hatten noch 40,8 Prozent der Bevölkerung innerhalb des Jahres Kontakt zu vier oder mehr entsprechenden Praxen (Abbildung 2.6). Im Durchschnitt wurden von einem Versicherten im Jahr 2019 3,41 unterschiedliche behandelnde Ärzte beziehungsweise Arztpraxen aufgesucht. Nur 11,3 Prozent der Versicherten suchten mehr als sechs unterschiedliche behandelnde Ärzte auf, und bei etwa 2,4 Prozent der Versicherten wurden Leistungen von zehn oder mehr unterschiedlichen Betriebsstätten behandelnder Ärzte abgerechnet (Abbildung 2.7).

Innerhalb einzelner Fachgruppen wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Ärzte kontaktiert. So hatten nach Hochrechnungen der BARMER-Zahlen im Jahr 2019 64,7 Millionen Einwohner beziehungsweise 77,9 Prozent der Bevölkerung Deutschlands mindestens einmal Kontakt zu einem allgemeinmedizinischen oder interistischen Hausarzt. 57,8 Prozent der hausärztlichen Patienten kontaktierten innerhalb des Jahres genau einen Hausarzt, nur 3,6 Prozent kontaktierten vier oder mehr unterschiedliche Hausarztpraxen. Enthalten sind in dieser Zählung dabei auch alle Wechsel der Arztpraxis, die sich ohne primäre Patientenintention, beispielsweise bei Praxissschließungen während einer Urlaubszeit oder durch den Umzug der Patienten, ergeben. Noch geringere Wechselraten als bei Hausärzten finden sich bei Arztgruppen, die allgemein weniger regelmäßig besucht werden (Tabelle 2.6).

Regionale Variationen

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

Approximative Abschätzungen der Behandlungskosten unter Annahme einheitlicher Punktwerte ergaben nach einer Geschlechts- und Altersstandardisierung – wie bereits im Vorjahr – vorrangig in den Stadtstaaten Hamburg, Berlin und Bremen sowie in Bayern überdurchschnittliche versichertenbezogene Kosten mit Überschreitungen des Bundesdurchschnitts, in den beiden erstgenannten Ländern dabei um mehr als zwölf Prozent. In Bayern lagen die geschlechts- und altersstandardisierten Behandlungskosten 4,2 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Für alle neuen Bundesländer konnten demgegenüber, bereinigt um demografisch bedingte Unterschiede, Behandlungskosten unterhalb des Bundesdurchschnitts ermittelt werden (Tabelle 2.7).

Diagnosen

Diagnoseangaben aus der ambulanten ärztlichen Versorgung bilden aus wissenschaftlicher Sicht grundsätzlich ein ausgesprochen relevantes Datensegment. Seit dem Erhebungsjahr 2008 werden ambulante Diagnoseangaben auch bei der morbiditätsbezogenen Verteilung finanzieller Ressourcen zwischen den Krankenkassen genutzt. Im Mittel wurden je Person im Rahmen der ambulanten Versorgung nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten innerhalb des Jahres 2019 34,6 formal gültige Diagnoseschlüssel (von beliebigen und gegebenenfalls auch unterschiedlichen Ärzten) erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies 2,96 Milliarden dokumentierten Diagnoseschlüsseln. Dabei fanden sich im Jahr 2019 je Person innerhalb des Jahres durchschnittlich 13,2 unterscheidbare Diagnoseangaben (auf dreistelliger ICD-10-Ebene), darunter 10,6 unterschiedliche Diagnoseschlüssel je Person im Sinne von Erkrankungen (Abbildung 2.9). Grundsätzlich sind mit den Daten Aussagen zur bevölkerungsbezogenen Häufigkeit für eine Vielzahl von Erkrankungen möglich, zu denen anderweitig kaum aktuelle oder nur sehr vage Informationen verfügbar sind. Diagnoseangaben zu extrem großen Populationen, wie zu den hier betrachteten Versicherten der BARMER, erlauben zudem Differenzierungen, die anderweitig nicht realisiert werden können.

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

Früherkennungsuntersuchungen

Auch für das Jahr 2019 beinhaltet der Arztreport wieder routinemäßig ermittelte Auswertungsergebnisse zu Früherkennungsuntersuchungen, deren Nutzung über spezifische bundesweit verwendete Abrechnungsziffern in den Daten dokumentiert wird (siehe hierzu Kapitel 2.8 mit Informationen zu Krebsfrüherkennungsuntersuchungen im Sinne von Cervix-Abstrichen und Abtasten der Prostata, zur Früherkennung von Darmkrebs, Brustkrebs und Hautkrebs sowie dem Pulsoxymetrie-Screening, Screening auf Bauchortenaneurysmen und dem Check-up 35). Insbesondere in jüngeren Altersgruppen werden vergleichbare Angebote zu Früherkennungen von Frauen häufiger als von Männern genutzt. Von den aufgezählten Maßnahmen am häufigsten wurden Cervix-Abstriche durchgeführt. Wie im Vorjahr dürften sich auch 2019 rund 16,7 Millionen Frauen in Deutschland einer entsprechenden Untersuchung unterzogen haben, was einem Anteil von knapp 40 Prozent entspricht.

Schwerpunkt: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Nachdem die ambulante psychotherapeutische Versorgung bereits im Arztreport 2020 ausführlich betrachtet wurde, befasst sich der Schwerpunkt des diesjährigen Arztreports speziell mit der ambulanten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ein erster Abschnitt betrachtet die aktuelle Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 24 Jahren sowie deren Entwicklung innerhalb von elf Jahren zwischen 2009 und 2019. Ein zweiter Abschnitt befasst sich mit den Anlässen für Psychotherapien speziell bei Kindern und Jugendlichen. Ein dritter Abschnitt betrachtet Behandlungsverläufe bei Psychotherapien. Dabei sollen sowohl Besonderheiten im Vorfeld einer Psychotherapie als auch typische Behandlungsverläufe nach Einleitung einer Psychotherapie beschrieben und analysiert werden. Den Auswertungen vorangestellt sind kurze allgemeine Erläuterungen zur Psychotherapie sowie zur Entwicklung der Psychotherapeutenzahlen.

Auswertungsbasis

Die Basis der Schwerpunktauswertungen bilden Daten zu jeweils mehr als 1,6 Millionen Kindern und Jugendlichen mit Versicherung bei der BARMER in den Jahren 2009 bis 2019. Um eine möglichst hohe Repräsentativität zu gewährleisten, wurden die Ergebnisse durchgängig nach Strukturangaben zur Bevölkerung in Deutschland standardisiert oder

entsprechend gewichtet. Als Psychotherapien in einem engeren Sinne wurden im Rahmen der Auswertungen sogenannte Richtlinien Therapien betrachtet, die typischerweise immer ein vorab geplantes Kontingent an Therapiestunden umfassen. Als Psychotherapien im erweiterten Sinne wurden bei einigen Auswertungen zudem auch Probatorische Sitzungen (Probesitzungen) sowie die erst seit April 2017 abrechnungsfähigen Psychotherapeutischen Sprechstunden und Psychotherapeutischen Akutbehandlungen berücksichtigt.

Psychotherapeutenzahlen

Bei der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung lassen sich zwei übergeordnete Gruppen, die (nichtärztlichen) psychologischen Psychotherapeuten sowie die ärztlichen Psychotherapeuten unterscheiden. Die Entwicklung der Therapeutenzahlen bis 2018 wurde bereits ausführlich im Arztreport 2020 beleuchtet. Wesentliche Trends aus diesen Jahren haben sich auch 2019 fortgesetzt. So stieg die Zahl der „Psychologischen Psychotherapeuten“ von 2018 bis 2019 nach bundesweiten BARMER-Daten von 21.074 auf 22.104 und die Zahl der „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ von 5.477 auf 5.848. Die genannten Zuwächse in diesen beiden Gruppen psychologischer Psychotherapeuten entsprechen damit in etwa denen der Vorjahre. Gleichfalls ähnlich wie in den Vorjahren ging die Zahl der „Ärzte für Psychotherapie und Psychosomatik“ von 2018 bis 2019 geringfügig von 2.401 auf 2.363 zurück, während die Zahl der „Psychotherapeutisch tätigen Ärzte“ leicht von 3.079 auf 3.113 stieg. Insbesondere die Zahl der psychologischen Psychotherapeuten ist also erneut gestiegen. Diese waren dabei im Jahr 2019 für die Abrechnung von 92,1 Prozent aller Richtlinien Therapieeinheiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 24 Jahren verantwortlich, alle ärztlichen Fachgruppen zusammen nur für 7,9 Prozent.

Häufigkeiten und Zeitemfänge von ambulanten Psychotherapien 2009 bis 2019

Bereinigt um demografische Effekte stieg der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer Psychotherapie im engeren Sinne stetig von 1,31 Prozent im Jahr 2009 auf 1,92 Prozent im Jahr 2019. Innerhalb von elf Jahren hat sich der Anteil der von Richtlinien Therapien betroffenen Kinder und Jugendlichen damit um 46 Prozent vergrößert. Während er bei

männlichen Kindern und Jugendlichen ausgehend von 1,09 Prozent um 33 Prozent stieg, lässt sich bei weiblichen Kindern und Jugendlichen, ausgehend von einem ohnehin höheren Niveau, ein Anstieg von 1,54 auf 2,41 Prozent um 57 Prozent feststellen.

Noch merklich stärker ausgeprägte Anstiege zeigen sich bei den Ergebnissen zu Psychotherapien im erweiterten Sinne, wenn also neben Richtlinien Therapien auch die der Richtlinien Therapie typischerweise vorausgehenden Probatorischen Sitzungen sowie Psychotherapeutische Sprechstunden und Akuttherapien bereits als Psychotherapien berücksichtigt werden. Im Jahr 2019 wurde bei 4,13 Prozent aller Kinder und Jugendlichen mindestens eine entsprechende Leistung abgerechnet. Ein sehr wesentlicher Teil dieser Zunahme resultiert allerdings daraus, dass die erst im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 eingeführten Psychotherapeutischen Sprechstunden seither bei vergleichsweise vielen Kindern und Jugendlichen abgerechnet werden.

Aus den bei einer Abrechnung von Psychotherapien vorgeschriebenen (Mindest-)Therapieminuten lassen sich auch Gesamttherapiezeiten ermitteln. Insgesamt wurden nach entsprechenden Ergebnissen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2019 pro Kopf durchschnittlich 22,3 Therapieminuten abgerechnet. Dies waren 8,8 Minuten beziehungsweise 66 Prozent mehr als 2009. Ein wesentlicher Teil der Therapiezeiten entfiel in allen Jahren auf Psychotherapien im engeren Sinne. Im Jahr 2019 wurden bei Kindern und Jugendlichen pro Kopf durchschnittlich 15,7 Minuten Richtlinien Therapiezeiten abgerechnet und damit 37 Prozent mehr als 2009 (vgl. Abbildung 3.2).

Regionale Unterschiede

Ergebnisse zu Anteilen Betroffener mit Psychotherapien zeigen 2019 im Vergleich zu 2009 eher eine Angleichung von Psychotherapieraten zwischen den Bundesländern. Im Jahr 2019 waren in Berlin mit 2,51 Prozent anteilig die meisten Kinder und Jugendlichen von Richtlinien Therapien betroffen, der geringste Anteil ließ sich für Schleswig-Holstein mit 1,35 Prozent errechnen (vgl. Tabelle 3.3). Ähnliche Ergebnisse zeigen sich zu den durchschnittlich bei Kindern und Jugendlichen pro Kopf abgerechneten Therapieminuten. Die meisten ambulanten Therapieminuten wurden 2019 bei Kindern und Jugendlichen in Berlin mit durchschnittlich 33,5 Minuten für Therapien im erweiterten Sinne und 24,9 Minuten ausschließlich bezogen auf Richtlinien Therapien abgerechnet, womit der

bundesweit ermittelte Durchschnitt bei Richtlinientherapien in Berlin auch 2019 noch um 58 Prozent überschritten wurde (vgl. Tabelle 3.4).

Aufgrund der gewählten Standardisierung lassen sich die Ergebnisse zum Jahr 2019 auch auf Kinder und Jugendliche in Deutschland insgesamt hochrechnen. Innerhalb des Jahres waren in Deutschland schätzungsweise rund 823.000 Kinder und Jugendliche von einer Psychotherapie im erweiterten Sinne betroffen, darunter rund 382.000 auch von einer Psychotherapie im engeren Sinne. Dabei wurden 2019 insgesamt rund 444 Millionen Therapieminuten im Rahmen der ambulanten Versorgung abgerechnet, darunter rund 313 Millionen Therapieminuten im Rahmen von Richtlinientherapien. Betroffene mit einer Richtlinientherapie erhielten innerhalb des Jahres 2019 durchschnittlich 819 Minuten Richtlinientherapie (was bei Einheiten à 50 Minuten etwa 16 Sitzungen entspricht). Überdurchschnittlich lange Richtlinientherapiezeiten ließen sich für Betroffene in Hamburg, Bremen und insbesondere Berlin errechnen (vgl. Tabelle 3.5).

Geschlechts- und altersspezifische Ergebnisse

Bis zum Alter von vier Jahren liegen die Anteile der Kinder auch mit Psychotherapie im erweiterten Sinne unterhalb von einem Prozent, um anschließend mit zunehmendem Alter deutlich anzusteigen. Im Alter von acht bis zwölf Jahren, und damit vor Eintritt der Pubertät, liegen die Raten bei Jungen merklich über denen bei Mädchen. Ab einem Alter von 14 Jahren sind dann Mädchen merklich häufiger als Jungen betroffen. Bei jungen Frauen zeichnet sich ein Altersgipfel im Alter von etwa 17 Jahren ab (vgl. Abbildung 3.3). Auf insgesamt niedrigerem Niveau ähneln die geschlechts- und altersabhängigen Verläufe der Ergebnisse zu Richtlinientherapien denen im Hinblick auf Psychotherapien im erweiterten Sinne. Erst ab einem Alter von sieben beziehungsweise acht Jahren sind mehr als ein Prozent der Jungen und Mädchen von Richtlinientherapien betroffen. Bei Jungen werden die höchsten Raten mit gut 2,8 Prozent im Alter von zehn bis zwölf Jahren erreicht. Mädchen beziehungsweise junge Frauen sind mit einer Rate von knapp 4,8 Prozent am häufigsten im Alter um 17 Jahre betroffen (vgl. Abbildung 3.4). Bis zum Alter von 17 Jahren waren Kindertherapeutenfachgruppen für mehr als 90 Prozent der Richtlinientherapie-Kontakte verantwortlich zu machen, erst Personen ab einem Alter von 23 Jahren erhielten nur noch zu weniger als zehn Prozent eine Richtlinientherapie durch einen spezifischen Kinder- und Jugendtherapeuten.

Mittelfristig von Richtlinien Therapien betroffene Kinder und Jugendliche

Während innerhalb des Jahres 2009 nach standardisierten Auswertungen lediglich 1,31 Prozent der Kinder und Jugendlichen eine Richtlinien Therapie erhielten, stieg der Anteil der von einer Richtlinien Therapie betroffenen Kinder und Jugendlichen bei einer Ausdehnung des Beobachtungszeitraums auf insgesamt elf Jahre auf 10,0 Prozent. Jede zehnte Person aus der betrachteten Gruppe war demnach also innerhalb dieses Beobachtungszeitraums mindestens kurzzeitig von einer Psychotherapie im engeren Sinne betroffen. Weibliche Kinder und Jugendliche waren dabei mit 12,4 Prozent noch merklich häufiger betroffen als männliche mit 7,8 Prozent (vgl. Abbildung 3.5). Psychotherapie betrifft nach diesen Ergebnissen in längeren Zeiträumen also erhebliche Anteile der Kinder und Jugendlichen. Lebenszeitprävalenzen, also die Anteile der jemals im bisherigen Leben von einer Psychotherapie betroffenen, dürften dabei insbesondere in den höheren Altersgruppen noch merklich über den hier genannten Werten liegen. Psychotherapie ist damit als Erfahrung bei Kindern und Jugendlichen keinesfalls außergewöhnlich.

Anlässe für ambulante Psychotherapien

Bei Auswertungen zu Behandlungsanlässen von Psychotherapien, hier beschränkt auf Therapien im engeren Sinne, wurden Diagnosen ausschließlich zu Behandlungsfällen mit erstmaliger Richtlinien Therapie im Jahr 2019 betrachtet (beziehungsweise konkret mit vorausgehend nachweislich zumindest zwei therapiefreien Jahren 2017 und 2018; zu Methoden vgl. Kapitel 3.4.1). Nach bevölkerungsbezogen gewichteten Auswertungen von BARMER-Daten waren in Deutschland 2019 in diesem Sinne etwa 162.000 Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 0 und 24 Jahren erstmals von einer Richtlinien Therapie betroffen. Als Anlässe für Richtlinien Therapien von mindestens 1.000 Kindern und Jugendlichen in Deutschland ließen sich bei der Auswertung insgesamt 19 unterschiedliche dreistellige ICD-10-Diagnosen identifizieren, die zusammen für rund 95 Prozent aller Richtlinien Therapien verantwortlich gewesen sein dürften (vgl. Tabelle 3.6).

Die häufigsten Anlässe für Richtlinien Therapien waren nach den Ergebnissen dieser Auswertung bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2019 „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD-10: F43; Anteil 23,0 Prozent), Depressionen (ICD-10: F32, F33; Anteil 18,4 Prozent), Angststörungen (ICD-10: F41, F40; Anteil

14,0 Prozent), „Emotionale Störungen des Kindesalters“ (ICD-10: F93; Anteil 13,6 Prozent), „Hyperkinetische Störungen“ (ICD-10: F90, zumeist als ADHS bezeichnet; Anteil 5,1 Prozent) sowie „Essstörungen“ (ICD-10: F50; 3,0 Prozent). Bereits die hier genannten Diagnosen mit acht unterschiedlichen dreistelligen ICD-Kodes ließen sich für 77,0 Prozent der 2019 neu begonnenen Richtlinien Therapien verantwortlich machen.

Der Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (F43) kam 2019 bei rund 37.400 betroffenen Kindern und Jugendlichen mit neu begonnener Richtlinien Therapie anteilig eine größere Bedeutung als 2009 zu. Bei der Diagnose sollten immer auch äußere ursächliche Faktoren und Umstände für die beobachteten psychischen Störungen benannt werden können. Ein äußerer Grund kann dabei Mobbing sein. Allerdings ist Mobbing nicht eindeutig mit ICD-10-Kodes dokumentierbar und kann daher in den hier verwendeten Daten nicht als Grund verifiziert werden. Ein überwiegender Teil der Behandlungen erfolgte unter Angabe der vierstelligen Subdiagnose F43.2 „Anpassungsstörungen“. Hierbei handelt es sich gemäß ICD „um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern“. Noch relativ häufig werden Richtlinien Therapien zudem auch unter der Diagnose F43.1 „Posttraumatische Belastungsstörung“ durchgeführt.

Den zweithäufigsten Anlass für Richtlinien Therapien bildeten im Jahr 2019 Depressionen (F32, F33) mit rund 29.800 Betroffenen. Richtlinien Therapien mit der Diagnose von Depressionen betreffen vorrangig ältere Jugendliche, Frauen sind deutlich häufiger als Männer betroffen. Auch Depressionen kamen 2019 als Anlass von Richtlinien Therapien anteilig größere Bedeutungen als im Jahr 2009 zu. Hinzuweisen ist zudem darauf, dass auch eine Reihe von weiteren Diagnosen psychischer Störungen typischerweise mit depressiven Stimmungslagen einhergeht.

Unter einer der beiden dreistelligen ICD-Diagnosen von Angststörungen (F40, F41) wurden insgesamt rund 22.700 Richtlinien Therapien begonnen. Den dritten Rang im Hinblick auf einzelne dreistellige Diagnosen belegten „Emotionale Störungen des Kindesalters“ mit schätzungsweise 22.000 Betroffenen, die vorrangig im jüngeren Alter um elf Jahre

herum als Anlass einer Richtlinientherapie dokumentiert werden und gemäß ICD „in erster Linie Verstärkungen normaler Entwicklungstrends ... und weniger eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene“ umfassen.

Mit einer ADHS-Diagnose F90 begannen 2019 schätzungsweise 8.200 Kinder und Jugendliche vorrangig im Alter von zehn bis zwölf Jahren eine Richtlinientherapie. Rund drei Viertel der Betroffenen sind männlichen Geschlechts. Die Diagnose spielte 2019 als Anlass für eine Richtlinientherapie anteilig eine geringere Rolle als im Jahr 2009.

Auch den „Essstörungen“ (F50) kam 2019 mit etwa 4.900 Betroffenen anteilig eine etwas geringere Bedeutung als 2009 zu. Die Diagnose bildet vorrangig im höheren Alter um 18 Jahre herum den Anlass für eine Richtlinientherapie, wobei mit einem Anteil von 95 Prozent fast ausschließlich Frauen betroffen sind.

Im Hinblick auf seltener kodierte Anlässe von Richtlinientherapien hervorzuheben ist der – wenn auch auf insgesamt niedrigem Niveau – beobachtete erhebliche Zuwachs an Therapien mit der Diagnose F64 „Störungen der Geschlechtsidentität“. Während 2009 erst ein Anteil von 0,06 Prozent der Richtlinientherapien mit einer entsprechenden Diagnose begonnen wurden, waren es 2019 bereits 0,77 Prozent und damit rechnerisch anteilig rund zehnmal mehr. Betroffen waren 2019 schätzungsweise knapp 1.300 und dabei vorrangig ältere Kinder und Jugendliche.

Behandlungsverläufe

Ein letztes Kapitel des Schwerpunkts befasst sich mit Behandlungsverläufen, wobei sektorenübergreifende Daten zu Kindern und Jugendlichen mit neu begonnener Richtlinientherapie im Jahr 2014 über einen Zeitraum von zehn Jahren betrachtet wurden. Zum einen wurde der Verlauf ab dem Tag der ersten Therapiestunde über einen Zeitraum von 1.825 Tagen analysiert, zum anderen wurden auch Daten aus den 1.825 Tagen, also fünf Jahren, im Vorfeld der Therapie betrachtet. Eine erste Gruppe von Analysen liefert zeitlich nach Jahren differenzierte Ergebnisse zur Gesamtgruppe der Betroffenen zu den insgesamt zehn Beobachtungsjahren (vgl. Tabelle 3.7 und 3.8). In einer zweiten Gruppe

von Analysen werden Ergebnisse zum fünfjährigen Nachbeobachtungszeitraum sowie separat auch zum gesamten fünfjährigen Vorfeld der Therapie differenziert nach Geschlechts- und Altersgruppen präsentiert, jedoch ohne dabei auch Ergebnisse zu einzelnen Beobachtungsjahren darzustellen (vgl. ab Tabelle 3.9). Insgesamt liefern die Analysen eine Vielzahl an Ergebnissen, von denen an dieser Stelle nur eine Auswahl stichpunktartig hervorgehoben werden kann.

- Im ersten Jahr ab Start der Richtlinientherapie erhielten Kinder und Jugendliche Therapieeinheiten im Umfang von durchschnittlich 1.228 Minuten, was knapp 25 Therapie-sitzungen mit je 50 Minuten entspricht. Innerhalb der fünf Jahre ab dem Tag der Ersttherapie waren es durchschnittlich insgesamt 2.198 Minuten (vgl. Tabelle 3.8).
- 63,6 Prozent der Kinder und Jugendlichen erhielten mehr als zwei Jahre nach Ersttherapie keine weiteren Richtlinientherapieeinheiten. Hier lässt sich annehmen, dass die Richtlinientherapie innerhalb von maximal zwei Jahren abgeschlossen war. Hinweise auf einen Abschluss der Therapie innerhalb eines Jahres finden sich nur bei 40,7 Prozent (vgl. Tabelle 3.7).
- Gut ein Viertel der Kinder und Jugendlichen (25,7 Prozent) erhielten im ersten Jahr der Richtlinientherapie Psychopharmaka. Im Vorjahr der Richtlinientherapie lag dieser Anteil bereits bei 24,5 Prozent. Auch im fünften Jahr ab Beginn der Richtlinientherapie erhielten noch 21,0 Prozent Psychopharmaka, bei 35,3 Prozent fanden sich Hinweise auf Behandlungen psychischer Störungen aus mindestens einem Versorgungssektor.
- Bei Patienten mit einer Psychopharmaka-Verordnung wurden im Jahr der neu begonnenen Richtlinientherapie pro Betroffenen durchschnittlich 252 Tagesdosen (DDD) an Psychopharmaka verordnet. Bei den individuell auch in den Folgejahren von Psychopharmaka-Verordnungen betroffenen Kindern und Jugendlichen wurden stetig ansteigende Mengen an Psychopharmaka verordnet, was eher auf ungünstige Entwicklungen hindeuten dürfte. Im fünften Jahr ab Start waren es pro Betroffenen durchschnittlich 314 Tagesdosen an entsprechenden Arzneimitteln (vgl. Tabelle 3.8).
- Diagnosen psychischer Störungen wurden in allen zehn Beobachtungsjahren bei jeweils mehr als einem Drittel der betrachteten Kinder und Jugendlichen dokumentiert. Auch im fünften Jahr ab Beginn der Richtlinientherapie waren noch mehr als 60 Prozent von mindestens einer entsprechenden Diagnose betroffen (vgl. Tabelle 3.7).

Eine Differenzierung nach Geschlecht und Altersgruppen führte zudem zu folgenden wesentlichen Ergebnissen:

- Ältere Kinder und Jugendliche waren von den vermeintlichen Therapieabbrüchen häufiger als Jüngere betroffen (vgl. Tabelle 3.9).
- Sehr hohe Stundenkontingente von mehr als 60 Stunden innerhalb von fünf Jahren betrafen insbesondere 5- bis 12-jährige Jungen sowie 5- bis 17-jährige Mädchen (vgl. Tabelle 3.9).
- Bezogen auf die Gesamtgruppe erstreckten sich die Abrechnungen von Richtlinien-therapien innerhalb des fünfjährigen Beobachtungszeitraums über durchschnittlich 579 Tage (vgl. Tabelle 3.9). Bei der Hälfte der Kinder und Jugendlichen erfolgte die letzte abgerechnete Richtlinien-therapie frühestens nach 421 Tagen, die Richtlinien-therapie verteilte sich damit über mindestens 13,8 Monate. Jüngere und weibliche Patienten erhielten Therapien tendenziell häufiger über längere Zeiträume als ältere und männliche Patienten. Bei einem Viertel der Kinder und Jugendlichen erstreckten sich die Abrechnungen von Richtlinien-therapien über einen Zeitraum von mindestens 827 Tagen, was etwa einer Zeit von zwei Jahren und drei Monaten entspricht (vgl. Tabelle 3.11).
- Ein nicht unerheblicher Anteil der Kinder und Jugendlichen wurde innerhalb der fünf Jahre ab Start der Richtlinien-therapie auch mit psychischen Störungen im Krankenhaus behandelt. Besonders hoch lagen die Anteile bei 13- bis 17-jährigen Mädchen, von denen 28,1 Prozent vollstationär behandelt wurden (vgl. Tabelle 3.9).
- Von den Männern und Frauen im Alter ab 18 Jahren erhielten in den fünf Jahren ab Start der Richtlinien-therapie rund 45 Prozent mindestens eine Antidepressiva-Verordnung (vgl. Tabelle 3.9).
- Depressionen (F32, F33) wurden innerhalb von fünf Jahren bei 49,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Richtlinien-therapie dokumentiert, in der Altersgruppe ab 18 Jahre lagen die Raten sowohl bei Männern als auch bei Frauen oberhalb von 70 Prozent.
- Bei rund 37 Prozent der 18- bis 24-jährigen war bereits im Vorfeld der Richtlinien-therapie mindestens einmal die Verordnung eines Antidepressivums dokumentiert. Bei knapp einem Viertel aller 13- bis 17-jährigen Jungen war im Vorfeld der Richtlinien-therapie eine Verordnung von Psychostimulanzien dokumentiert (vgl. Tabelle 3.10).

- 19,4 Prozent der Kinder und Jugendlichen, darunter überwiegend die Älteren, erhielten bereits im Vorfeld der Richtlinientherapie Antidepressiva, darunter die Hälfte mehr als 200 Tage vor dem Start der Richtlinientherapie (vgl. Tabelle 3.10 sowie 3.13).
- Die bei Kindern und Jugendlichen ermittelten durchschnittlichen Zeitspannen zwischen Erstdiagnosen und erstmaligen Richtlinientherapien mit entsprechenden Diagnosen variieren in der Gesamtgruppe diagnoseabhängig zwischen 3,1 Quartalen bei emotionalen Störungen des Kindesalters und 9,5 Quartalen bei hyperkinetischen Störungen/ADHS (vgl. Tabelle 3.10).
- Bezogen auf die näher betrachteten Diagnosen, und unter Ausnahme der altersübergreifend eher selten als Behandlungsanlass von Richtlinientherapien dokumentierten hyperkinetischen Störungen, lässt sich bei nur wenigen Abweichungen positiv formulieren, dass bei der Hälfte der Richtlinientherapie-Patienten die (Therapie-)Diagnose erstmals im Vorquartal oder Quartal der Richtlinientherapie dokumentiert wurde, also die Richtlinientherapie zeitnah zur Diagnosestellung erfolgte (vgl. Tabelle 3.12).
- Ergebnisse zu Verordnungen von Psychostimulanzien sowie Diagnosen hyperkinetischer Störungen/ADHS deuten darauf hin, dass zumindest bis 2014 ADHS-Diagnosen auch Kinder mit einer nachfolgenden Psychotherapie in vielen Fällen primär zunächst pharmakologisch behandelt wurden und Psychotherapien dann häufig erst deutlich nach Beginn der Arzneimitteltherapie begonnen wurden (vgl. Tabelle 3.13 sowie 3.12).

Resümee

Der Schwerpunkt liefert einen umfassenden, aber dennoch zwangsläufig nicht vollständigen Überblick zu Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen. Deren Häufigkeit hat nach den vorliegenden Ergebnissen in den Jahren von 2009 bis 2019 merklich zugenommen. Tendenziell wurden dabei regionale Unterschiede erfreulicherweise eher reduziert. Über längere Beobachtungszeiträume hinweg betreffen Psychotherapien durchaus beachtliche Anteile von Kindern und Jugendlichen. Einzelne Anlässe beziehungsweise Diagnosen spielen geschlechts- und altersabhängig eine recht unterschiedliche Rolle. Ein nicht geringer Teil der Patienten wird auch vor der Richtlinientherapie bereits medikamentös behandelt. Nicht selten sind Therapien umfangreich und erstrecken sich über lange Zeiträume. Therapien über maximal ein Jahr bilden eher Ausnahmen als die Regel.

Bei mehr als 60 Prozent werden auch im Jahr fünf, gerechnet ab Start der Richtlinien-therapie, weiterhin Diagnosen psychischer Störungen dokumentiert. Hinweise auf Behandlungen psychischer Störungen finden sich bei gut einem Drittel, Verordnungen von Psychopharmaka bei gut 20 Prozent. Eine Gesamtbewertung dieser Ergebnisse in einer zweifellos heterogenen Gruppe fällt schwer. Psychische Störungen werden in vielen Fällen als chronische Erkrankungsbilder begriffen, was auch durch die vorliegende Auswertung zu Betroffenen mit einer Psychotherapie belegt wird. Optimierungs- und Forschungsbedarf lässt sich in Anbetracht des vermeintlichen individuellen Leidens primär im Hinblick auf langfristige Verläufe formulieren, insbesondere wenn es im weiteren zeitlichen Verlauf zu ansteigenden Verordnungsvolumen von Psychopharmaka kommt. Nichtsdestotrotz dürften im Detail allerdings auch bei zunächst unauffällig erscheinenden Verläufen noch Verbesserungspotenziale bestehen.

Kapitel 1

Vorbemerkungen zu Routineauswertungen

1 Vorbemerkungen zu Routineauswertungen

1.1 Hintergrund

Nach Angaben der Mitgliederstatistik KM6, veröffentlicht vom Bundesministerium für Gesundheit, waren am 1. Juli 2019 insgesamt 73.009.237 Personen in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert. Als Jahresdurchschnitt wurden in der Mitgliederstatistik KM1 73.052.555 Versicherte ausgewiesen (Stand: 14. April 2020). Vom Statistischen Bundesamt wurde auf Basis von Fortschreibungen des Zensus 2011 die durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland für 2019 insgesamt mit 83.092.962 Personen angegeben.

Gemäß diesen Angaben dürften wie im Vorjahr auch 2019 rund 88 Prozent der Bevölkerung in der Bundesrepublik in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beziehungsweise bei einer gesetzlichen Krankenkasse versichert gewesen sein. Zur Abwicklung von Finanztransfers, die unter anderem zwischen Krankenkassen und Versicherten beziehungsweise Krankenkassen und Leistungserbringern sowie im Rahmen des Risikostrukturausgleichs (RSA) stattfinden, ist die Erfassung einer Vielzahl von Daten notwendig. Ab dem Erfassungsjahr 2008 und mit finanziellen Auswirkungen seit 2009 haben Diagnosen aus der ambulanten und stationären Versorgung sowie Angaben zu Arzneiverordnungen über den direkt morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) auch einen Einfluss auf den Finanzausgleich zwischen den einzelnen Krankenkassen in der GKV. Routedaten der Krankenkassen beinhalten vor diesem Hintergrund und mit ihrer längsschnittlich angelegten Erfassung Informationen, die wichtige Erkenntnisse zum Gesundheitszustand der Bevölkerung und zum Leistungsgeschehen im Rahmen der alltäglichen Versorgung liefern können. Die Erschließung entsprechender Erkenntnisse mit einem Fokus auf die ambulante Versorgung ist Ziel des BARMER Arztreports.

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

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

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

Im vorliegenden BARMER Arztreport 2021 konnten Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung der BARMER aus 15 Jahren von 2005 bis 2019 berücksichtigt werden. In Auswertungen zum Routineteil des Arztreports zum Jahr 2019 flossen Daten zu 8.970.268 Versicherten mit Versicherung bei der BARMER in allen vier Quartalen des Jahres ein, darunter Daten zu 8.884.946 Versicherten mit bekanntem Wohnort in Deutschland. Auf der Basis der Fortschreibungen von Ergebnissen des Zensus 2011 wird die durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland für 2019 vom Statistischen Bundesamt mit 83,09 Millionen Personen angegeben. Der Anteil der regional zugeordneten und bei Auswertungen berücksichtigten BARMER-Versicherten an der Bevölkerung in Deutschland lag auf dieser Grundlage 2019 bundesweit bei etwa 10,7 Prozent.

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

Abbildung 1.1: Anteil der BARMER-Versicherten in Prozent an der durchschnittlichen Bevölkerung in Bundesländern im Jahr 2019



Quelle: BARMER-Daten 2019, Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Bundesländern 2019 (Statistisches Bundesamt 2020)

1.2 Verfügbarkeit und Umfang der Daten zur ambulanten Versorgung

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

Sowohl für krankenkassenseitige als auch für wissenschaftliche Auswertungen stehen Daten aus der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erst mit einer gewissen zeitlichen Verzögerung zur Verfügung. Typischerweise ist nach bisherigen Erfahrungen mit einer weitgehend vollständigen Verfügbarkeit von bundesweiten Daten aus allen KVen erst mehr als sechs Monate nach Ende eines Abrechnungsquartals zu rechnen. Die im Arztreport 2021 präsentierten Auswertungsergebnisse basieren auf Datenlieferungen der KVen bis Juli 2020. Daten für Behandlungen im hier vorrangig betrachteten Jahr 2019 lagen zu diesem Zeitpunkt von allen KVen formal vollständig vor.

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

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

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

Auswertungen können auf 4,7 Mrd. Diagnoseangaben zurückgreifen.

Zu den Versicherten der BARMER wurden allein im aktuell vorrangig betrachteten Jahr 2019 insgesamt 85,3 Millionen ambulante-ärztliche Behandlungsfälle mit 387,0 Millionen Diagnoseeinträgen und 646,2 Millionen Abrechnungsziffern dokumentiert. Die ausgewerteten Daten der BARMER zu den 15 Jahren 2005 bis 2019 umfassen insgesamt 1,140 Millionen Behandlungs- beziehungsweise Abrechnungsfälle mit 4,684 Milliarden Diagnoseangaben und 8,625 Milliarden Abrechnungsziffern. Ergebnisse zur ambulanten Versorgung in den Berichtsjahren von 2005 bis 2016 basieren dabei noch ausschließlich

auf einer Auswertung von Datenbeständen der bis Ende 2016 existierenden BARMER GEK. Bei Auswertungen ab dem Jahr 2017 konnten demgegenüber auch Daten zu vormaligen Versicherten der Deutschen BKK und damit Daten zu weitgehend allen Versicherten der neuen BARMER berücksichtigt werden.

1.3 Methoden, Standardisierung, Übertragbarkeit

Die Auswertungen zum BARMER Arztreport 2021 beruhen in allen berücksichtigten Jahren 2005 bis 2019 auf Daten zur ambulanten Versorgung von mehr als zehn Prozent der Bevölkerung in Deutschland.

Auswertungs- und Bezugspopulationen

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

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

Bei den Auswertungen von BARMER-Daten zum Arztreport 2021 konnten in den einzelnen Kalenderjahren von 2005 bis 2019 nach Anwendung entsprechender Selektions-

regeln und einem Ausschluss von wenigen Versicherten mit inkonsistenten Angaben zum Versicherungsverlauf effektiv Populationen von $n = 8.284.953$ (2008) bis $n = 9.269.057$ (2017) Versicherten berücksichtigt werden. Bei den Auswertungen zum Jahr 2019 wurden $n = 8.970.268$ Versicherte einbezogen.

Geschlechts- und Altersstandardisierung

Standardisierung gemäß
durchschnittlicher Bevöl-
kerung in Deutschland
(D2005 oder D2019)

Um Unterschiede der jeweils betrachteten Untersuchungspopulationen hinsichtlich der Geschlechts- und Altersstruktur im Vergleich zur bundesdeutschen Bevölkerung auszugleichen, wurden alle übergreifend berichteten Ergebnisse geschlechts- und altersstandardisiert oder entsprechende Gewichtungen bei der Auswertung berücksichtigt. Für die Daten der Jahre 2005 bis 2019 wurde bei Darstellungen zu zeitlichen Trends in der Regel auf Angaben des Statistischen Bundesamtes zur durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands im Jahr 2005 zurückgegriffen (Tabelle A 1 im Anhang). Sinngemäß wurden alle Ergebnisse zunächst für einzelne Geschlechts- und Altersgruppen errechnet und dann entsprechend der anteiligen Bedeutung dieser Gruppen in der deutschen Bevölkerung 2005 zusammengefasst. Durch die einheitliche Standardisierung werden Veränderungen der Inanspruchnahme sichtbar, die sich unabhängig von Veränderungen der Altersstruktur ergeben haben. Entsprechend standardisierte Ergebnisse werden durch die Kennung D2005 gekennzeichnet.

Aus standardisierten Ergebnissen lassen sich bei Bedarf relativ einfach absolute Kennziffern zur ärztlichen Versorgung der deutschen Bevölkerung generieren (beispielsweise die Berechnung der absoluten Zahl der Personen mit einer bestimmten Diagnose in Deutschland durch Multiplikation einer berichteten anteiligen [Prozent-]Angabe und der zugehörigen Populationszahl). Um möglichst exakte Ergebnisse für das aktuelle Berichtsjahr 2019 zu erhalten und realistische Hochrechnungen für das Jahr 2019 zu ermöglichen, wurden bei der Standardisierung und Darstellung aktueller Ergebnisse in der Regel Angaben zur durchschnittlichen deutschen Bevölkerung im Jahr 2019 auf Grundlage des Zensus 2011 verwendet. Die Ergebnisse mit einer Standardisierung nach der Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland 2019 werden durch D2019 gekennzeichnet. Im Schwerpunktkapitel werden vor dem Hintergrund inhaltlicher Überlegungen zum Teil auch abweichende Populationen zur Standardisierung verwendet, was gegebenenfalls an den entsprechenden Stellen erläutert wird.

Übertragbarkeit

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

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

[Hochrechnungen auf die
Gesamtbevölkerung](#)

Kapitel 2

Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen

2 Ambulante ärztliche Versorgung – Routineauswertungen

2.1 Inanspruchnahme in Quartalen und Kalenderjahren

2.1.1 Quartalsergebnisse

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

71–78% der Bevölkerung
in jedem Quartal
ambulant versorgt
(2005–2019)

Nach den Ergebnissen auf der Basis von BARMER-Daten kontaktierten in den einzelnen Quartalen der Jahre 2005 bis 2019 zwischen 71 und 78 Prozent der Bevölkerung die ambulante Versorgung. Durchschnittlich wurden bis 2007 je Person und Quartal etwa 1,7 bis 1,8 Behandlungsfälle mit insgesamt gut vier Behandlungstagen beziehungsweise Arztkontakten erfasst. Während die Behandlungsraten und Behandlungsfallzahlen 2008 tendenziell noch höher als in den Vorjahren lagen, ergaben sich bei der Ermittlung der Arztkontakte ab Beginn des Jahres 2008 rechnerisch geringere Werte, die daraus resultierten, dass, bedingt durch die Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen, bei Mehrfachkontakten innerhalb des Quartals häufig keine neuen Leistungsziffern abgerechnet werden konnten.

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

Die Maßzahlen aus dem aktuell vorrangig betrachteten Jahr 2019 zeigen bei der hier gewählten einheitlichen Geschlechts- und Altersstandardisierung, also sinngemäß unter Annahme einer unveränderten Bevölkerungsstruktur, hinsichtlich der Behandlungsraten ähnliche Werte wie im Vorjahr, wobei die Ergebnisse im zweiten Halbjahr leicht über den Vorjahresergebnissen lagen.

Tabelle 2.1: Trends von Behandlungsraten, Behandlungsfällen und Arztkontakten je Quartal 2005 bis 2019

	Jahr*	Quartal			
		I	II	III	IV
Behandlungsrate (in Prozent) ¹	2005	73	72	71	73
	2006	73	72	71	73
	2007	74	73	72	74
	2008	75	74	72	74
	2009	75	73	72	76
	2010	73	73	72	74
	...				
	2015	77	75	74	76
	2016	77	76	74	76
	2017	77	74	74	75
	2018	78	75	74	75
2019	77	75	75	76	
Behandlungsfälle je Person (Mittelwert) ¹	2005	1,75	1,77	1,72	1,77
	2006	1,79	1,76	1,74	1,80
	2007	1,84	1,80	1,79	1,84
	2008	1,85	1,89	1,81	2,01*
	2009	2,06*	1,99*	1,99*	2,05*
	2010	2,01*	2,01*	1,98*	2,00*
	...				
	2015	2,12*	2,03*	2,02*	2,07*
	2016	2,10*	2,11*	2,03*	2,06*
	2017	2,15*	2,04*	2,04*	2,05*
	2018	2,15*	2,05*	2,01*	2,03*
2019	2,14*	2,05*	2,06*	2,06*	
Anzahl Arztkontakte je Person (Mittelwert)	2005	4,3	4,5	4,3	4,5
	2006	4,6	4,3	4,2	4,5
	2007	4,7	4,4	4,4	4,7
	2008	3,4*	3,5*	3,3*	3,5*
	2009	3,7*	3,5*	3,5*	3,7*
	2010	3,6*	3,5*	3,5*	3,6*
	...				
Anzahl Tage mit Leistungsabrechnung je Person (Mittelwert) ¹	2015	3,8*	3,6*	3,6*	3,7*
	2016	3,7*	3,8*	3,6*	3,7*
	2017	3,9*	3,6*	3,6*	3,6*
	2018	3,8*	3,6*	3,5*	3,5*
	2019	3,8*	3,5*	3,6*	3,6*

¹ Werte zu den Jahren 2011 bis 2014 sind dem Arztreport 2020 zu entnehmen.

Quelle: BARMER-Daten 2005 bis 2019, standardisiert D2005; zu den mit * gekennzeichneten Ergebnissen siehe Erläuterungen im Text

2.1.2 Jahresergebnisse

93% der Bevölkerung
suchen mindestens ein-
mal pro Jahr den Arzt auf.

Innerhalb eines gesamten Jahres hat nur ein verhältnismäßig geringer Teil der Versicherten keinen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Etwa 92 bis 93 Prozent der Bevölkerung suchten innerhalb der Jahre 2009 bis 2019 jeweils mindestens einmal jährlich einen Arzt auf.

2019: 8,3 Behandlungsfälle und 14,5 Leistungsabrechnungstage
(D2005)

Innerhalb eines Kalenderjahres resultierten daraus 2019 – nach einer Bereinigung um Effekte der demografischen Veränderungen seit 2005 – je Person 8,3 Behandlungsfälle (im Sinne von Abrechnungen von unterschiedlichen Ärzten und/oder Abrechnungen aus unterschiedlichen Quartalen) mit insgesamt durchschnittlich 14,5 separaten Behandlungstagen beziehungsweise Tagen, an denen mindestens eine bestimmte Leistung oder Pauschale im Rahmen der ambulanten Versorgung abgerechnet wurde.

Tabelle 2.2: Ambulante ärztliche Versorgung 2010 bis 2019

Kalenderjahr	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Behandlungsrate im Kalenderjahr (in Prozent)										
gesamt	92	92	92	93	93	93	93	93	93	93
Männer	88	89	88	90	89	90	90	90	90	90
Frauen	96	96	95	96	96	96	96	96	96	96
Behandlungsfälle je Jahr (Mittelwert)										
gesamt	7,99	8,05	8,00	8,21	8,24	8,25	8,31	8,28	8,25	8,31
Männer	6,47	6,49	6,45	6,64	6,63	6,66	6,71	6,71	6,69	6,76
Frauen	9,46	9,54	9,49	9,72	9,78	9,77	9,84	9,79	9,74	9,80
Anzahl Tage mit Abrechnung von Leistungen je Jahr (Mittelwert)										
gesamt	14,2	14,3	14,3	14,3	14,6	14,7	14,7	14,6	14,4	14,5
Männer	11,8	11,8	11,8	11,9	12,1	12,2	12,2	12,1	12,0	12,1
Frauen	16,5	16,7	16,6	16,7	17,0	17,0	17,1	16,9	16,7	16,8

Quelle: BARMER-Daten 2010 bis 2019, standardisiert D2005

Während in der Zeit bis einschließlich zum Jahr 2007 ärztliche Leistungen nach einem Einzelleistungssystem abgerechnet wurden, wurde ab dem Jahr 2008 eine Abrechnung mit Versicherten- und Grundpauschalen eingeführt (Ergebnisse zu den Jahren 2005 bis 2009 sind in Tabelle 2.2 nicht mehr dargestellt, können aber dem BARMER Arztreport

2017 entnommen werden). Für die Jahresergebnisse ab dem Jahr 2008 gilt, dass trotz der höheren Behandlungsfallzahlen im Vergleich zu den Vorjahren im Zuge der Umstellung der Abrechnung rechnerisch eine geringere Zahl an dokumentierten Arztkontakten resultiert (die im Arztreport immer aus der Anzahl von Kalendertagen mit Abrechnung von Einzelleistungen hergeleitet wurde). Da mit der Einführung von Versicherten- und Grundpauschalen auch mehrere Arztkontakte im Quartal häufig nur noch zu einer einmaligen Dokumentation einer Ziffer für die entsprechende Pauschale führen, kann aus der Anzahl der unterschiedlichen Datumsangaben zu dokumentierten Abrechnungsziffern nicht mehr auf die Anzahl der Tage mit Arztkontakten geschlossen werden. Die hier dargestellten Werte aus den Jahren 2010 bis 2019 dürften dementsprechend die realen Arztkontaktzahlen erheblich unterschätzen. Insbesondere ab dem Jahr 2009 werden allerdings die Zahlen durch die Direktabrechnung von Laborgemeinschaften auch artifiziell in die gegenteilige Richtung beeinflusst.

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

Tabelle 2.3: Ambulante ärztliche Versorgung 2019

	je Person in Prozent	absolut D2019 in Millionen
Behandlungsrate im Kalenderjahr (in Prozent)		
gesamt	93,2	77,4
Männer	90,3	37,0
Frauen	95,9	40,4
Behandlungsfälle je Kalenderjahr (Mittelwert)		
gesamt	8,64	718
Männer	7,21	296
Frauen	10,04	423
Anzahl Tage mit Abrechnung von Leistungen je Jahr (Mittelwert)		
gesamt	15,3	1.269
Männer	13,1	537
Frauen	17,4	731

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

Behandlungsfallzahl
2019 um 1,0% gestiegen

Tabelle 2.3 zeigt Ergebnisse von Hochrechnungen auf der Basis von Daten zu rund 9,0 Millionen Versicherten der BARMER 2019. Demnach hatten, unter der Annahme von den nominell 83,09 Millionen Einwohnern, in Deutschland insgesamt 77,4 Millionen Personen Kontakt zur ambulanten ärztlichen Versorgung. Dabei wurden schätzungsweise 718 Millionen Behandlungsfälle erfasst und in unterschiedlichen Praxen für unterschiedliche Patienten eine oder mehrere Leistungen an 1,269 Milliarden Tagen abgerechnet. Die Ergebnisse der Hochrechnungen zu Inanspruchnahmen im Jahr 2019 liegen damit – an dieser Stelle unter Berücksichtigung von demografischen Veränderungen – auf ähnlichem Niveau wie im Vorjahr (vergleiche Tabelle 2.3 des BARMER Arztreports 2020 auf Seite 49 mit Ergebnissen zum Jahr 2018). Die Behandlungsrate ist 2019 im Vergleich zum Vorjahr um 0,13 Prozent marginal gesunken, während die Anzahl der Fälle und Abrechnungstage je Person und Jahr um 1,01 Prozent und 0,80 Prozent leicht gestiegen sind.

2.1.3 Variationen im Jahresverlauf

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

An einzelnen Kalendertagen kontaktieren > 10% der Bevölkerung einen Arzt.

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

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

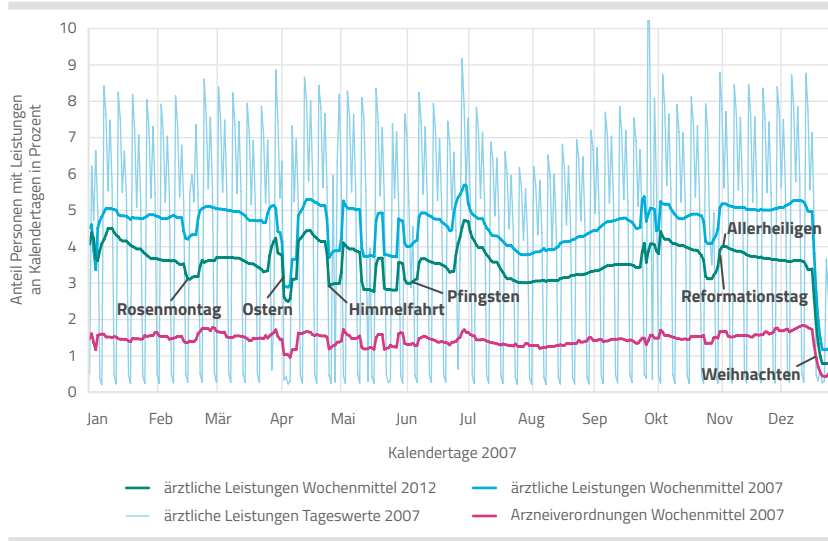
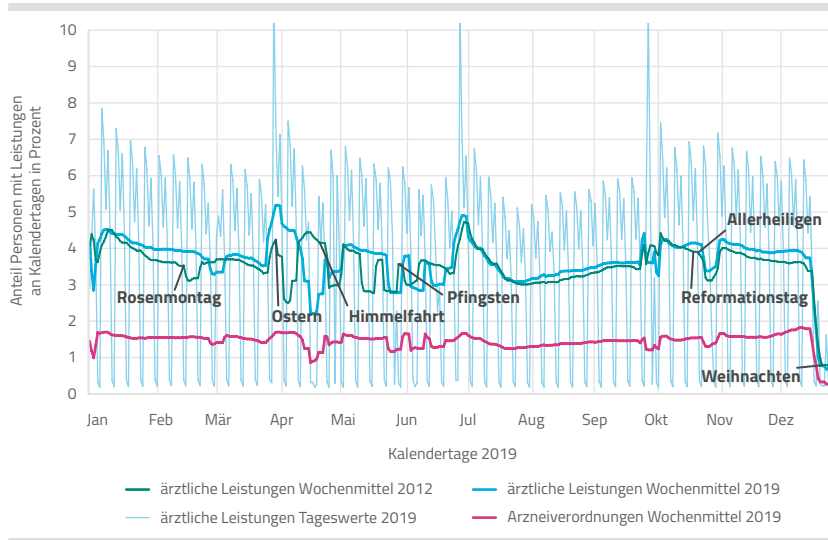


Abbildung 2.1 B: Anteil der Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2019 und 2012



Quelle: BARMER-Daten 2007, 2012 (als Referenz), 2019; standardisiert D2007, D2012, D2019

Eine übersichtlichere Beurteilung der Kontakt- beziehungsweise Abrechnungsraten erlaubt die Darstellung der Ergebnisse im Wochenmittel (siehe dickere blaue Linie, gleitende Mittelwerte über jeweils sieben Tage), womit die ausgeprägten wochenzyklischen Schwankungen ausgeglichen werden. Ergänzend sind in der Abbildung zudem Ergebnisse basierend auf Arzneiverordnungsraten zu Populationsanteilen mit mindestens einer Arzneiverordnung an Kalendertagen – hier ausschließlich im Wochenmittel – dargestellt (magentafarbene Linie). In Abbildung 2.1 B werden analog ermittelte Ergebnisse zum aktuell betrachteten Kalenderjahr 2019 präsentiert. Beide Abbildungsteile beinhalten zudem – auch im Sinne einheitlicher Vergleichswerte – als grüne Linien Darstellungen zu Kontakt- beziehungsweise Abrechnungsraten im Wochenmittel aus dem Jahr 2012. Das Jahr 2012 war das letzte Jahr, in dem die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherungen beim Besuch eines Arztes oder Psychotherapeuten sowie des kassenärztlichen Notdienstes einmal im Quartal die sogenannte Praxisgebühr, eine Zahlung von zehn Euro, entrichten mussten. Die Regelung war im Jahr 2004 in Kraft getreten und wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2013 abgeschafft.

pauschalierte Vergütung
seit 2008

Deutlich wird auf den ersten Blick das insgesamt im Vergleich zum Jahr 2007 merklich niedrigere Niveau der Raten 2012 (und auch 2019). Des Weiteren fallen die 2019 stark ausgeprägten quartalszyklischen Schwankungen mit typischen Höchstwerten in den ersten Tagen eines jeden Quartals auf, die so bereits seit Einführung der pauschalierten Vergütung 2008 häufig beobachtet werden können. Die Veränderungen dürften vorrangig auf die Einführung der Versicherten- und Grundpauschalen und damit auf die veränderte Abrechnung von ärztlichen Leistungen zurückzuführen sein. Während erstmalige Kontakte zu einem Arzt innerhalb eines Quartals weitgehend unverändert auch nach Einführung der Pauschalen durch einen Eintrag in die Abrechnungsunterlagen dokumentiert werden, können nach dem Erstkontakt seit dem Jahr 2008 nur noch seltener EBM-Ziffern separat abgerechnet werden, auch wenn ein Patient noch mehrfach im Quartal die Praxis aufsucht. Insbesondere chronisch kranke Patienten dürften häufig bereits zu Quartalsbeginn ihren Arzt kontaktieren, was auch nach Einführung der Pauschalen regelmäßig in den Abrechnungsdaten erfasst wird, während demgegenüber weitere Kontakte an den Folgetagen seit dem Jahr 2008 nur in besonderen Fällen noch zur Dokumentation von Abrechnungsziffern führen.

Ob sich in Deutschland im Zuge der Veränderungen des EBM ab 2008 die reale Zahl an Arztkontakten verändert hat, lässt sich auf Basis der aktuell verfügbaren Daten nur ausgesprochen schwer beurteilen. Dass die dargestellten quartalszyklischen Schwankungen nach 2008 das reale Kontaktgeschehen nicht vollständig widerspiegeln, verdeutlicht die Gegenüberstellung von Ergebnissen zu Arzneiverordnungsraten 2019. Arzneiverordnungsraten konzentrieren sich auch 2019 in nur geringerem Ausmaß auf Zeiträume nahe dem Quartalsbeginn (magentafarbene Linie in Abbildung 2.1 B).

2.2 Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht

Wesentliche Determinanten der Erkrankungshäufigkeit und damit auch der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der ambulanten Versorgung bilden die Merkmale Alter und Geschlecht. Abbildung 2.2 zeigt die Behandlungsraten im Gesamtjahr 2019 in Abhängigkeit von diesen beiden grundlegenden soziodemografischen Merkmalen.

Abbildung 2.2: Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2019

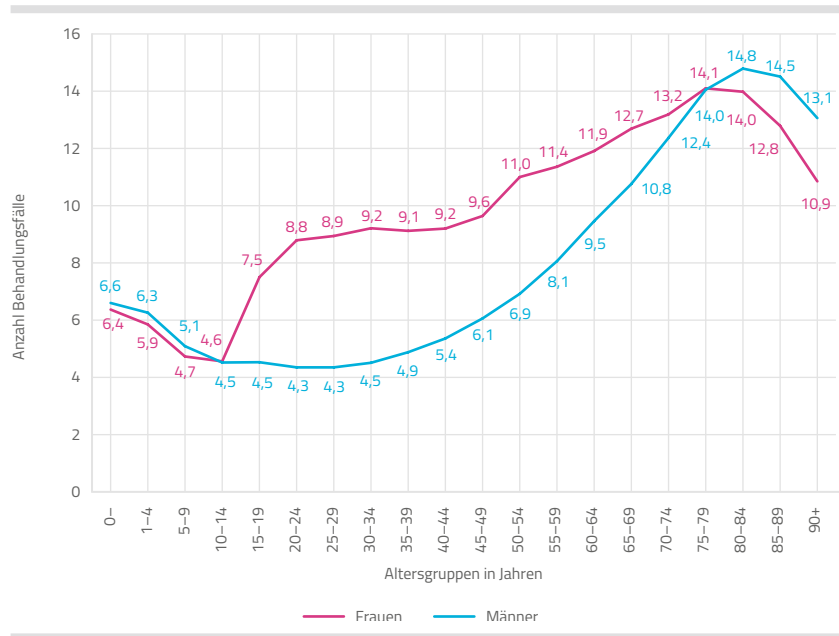


Quelle: BARMER-Daten 2019; siehe auch Tabelle A 3 im Anhang

Altersabhängig kontaktierten 2019 mindestens 91% der Frauen und 85% der Männer einen Arzt.

Die Behandlungsraten innerhalb eines Jahres (sinngemäß: Welcher Anteil der Versicherten hatte innerhalb des Jahres mindestens einmal Kontakt zur ambulanten Versorgung?) liegen in allen Altersgruppen auf einem hohen Niveau. Sie unterschritten im Jahr 2019 bei Frauen in keiner Altersgruppe einen Wert von 90,8 Prozent. Bei Männern findet sich eine minimale Rate von 84,5 Prozent im Alter zwischen 30 und 34 Jahren. Selbst in dieser „selten betroffenen“ Gruppe hatten nach vorliegenden Daten nur weniger als ein Fünftel der Männer innerhalb des Jahres keinen Kontakt zur ambulanten Versorgung. Unterschiede hinsichtlich der Behandlungsraten zwischen Männern und Frauen finden sich insbesondere im gebärfähigen Alter der Frauen.

Abbildung 2.3: Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2019



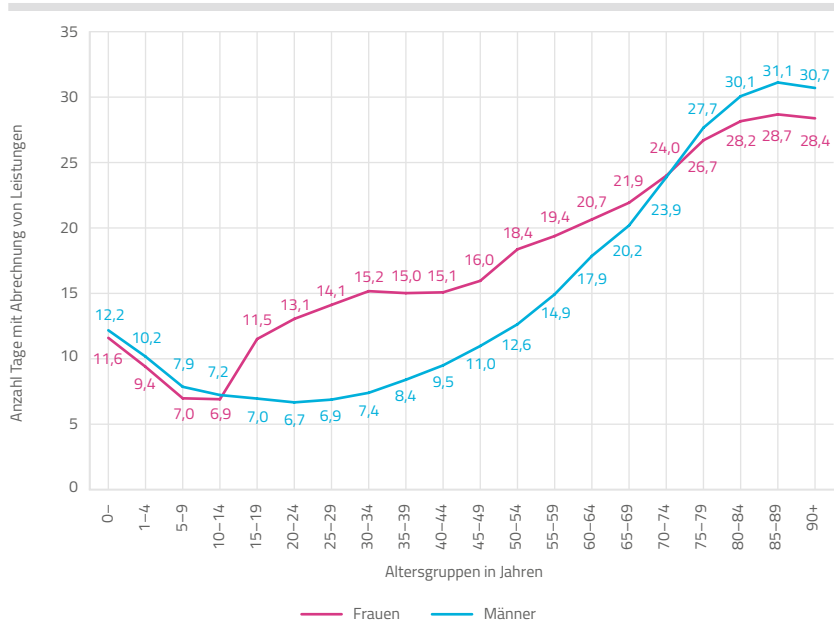
Quelle: BARMER-Daten 2019; siehe auch Tabelle A 4 im Anhang

Ältere Männer nehmen mehr Leistungen in Anspruch als ältere Frauen.

Abbildung 2.3 zeigt die Zahl der durchschnittlich innerhalb des Jahres 2019 abgerechneten Behandlungsfälle je Person (siehe auch Tabelle A 4 im Anhang). Die geringste Zahl an Behandlungsfällen wurde im Jahr 2019 wie in den Vorjahren bei Männern im Alter zwischen 25 und 29 Jahren mit durchschnittlich 4,35 Fällen im Jahr erfasst. Die Fallzahlen

liegen bei Frauen mit 8,94 Fällen in diesem Alter mehr als doppelt so hoch. Auffällig erscheint weiterhin und wie bereits in vorausgehenden Jahren festgestellt, dass die Fallzahlen bei Männern nach Vollendung des 80. Lebensjahres mit 14,79 Fällen je Jahr merklich über denen bei Frauen mit 13,98 liegen. Es dürften demnach von älteren Männern tendenziell Leistungen von mehr unterschiedlichen Ärzten in Anspruch genommen werden als von Frauen.

Abbildung 2.4: Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2019

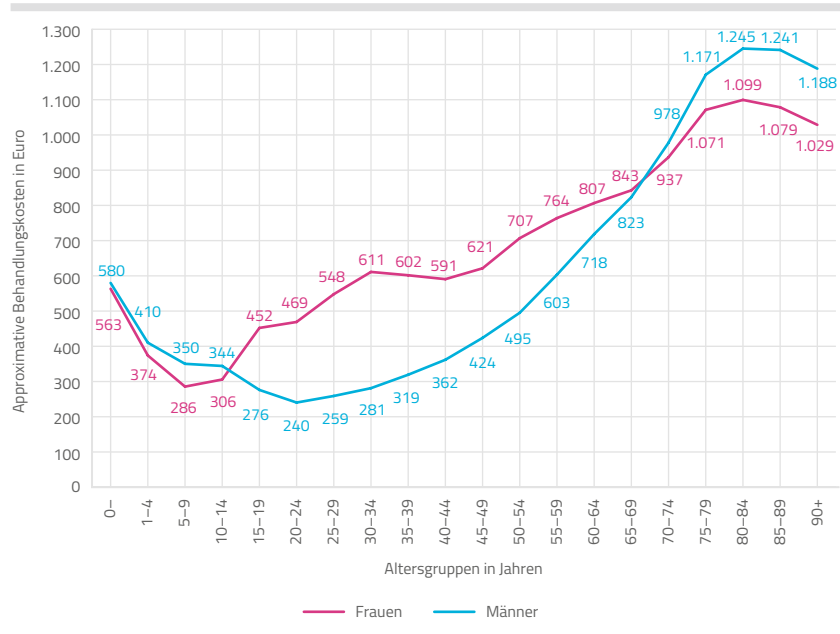


Quelle: BARMER-Daten 2019; siehe auch Tabelle A 5 im Anhang

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

Abbildung 2.4 zeigt entsprechende Ergebnisse für das Jahr 2019. Im Vergleich zu den Ergebnissen zu Behandlungsfallzahlen zeigt sich im Hinblick auf die Tage mit Abrechnung von Leistungen eine noch deutlichere Altersabhängigkeit. Die geringsten Werte finden sich bei 20- bis 24-jährigen männlichen Versicherten. Bei Versicherten aus dieser Gruppe wurde im Jahr 2019 durchschnittlich an 6,7 unterschiedlichen Tagen und/oder in unterschiedlichen Praxen mindestens eine Leistung abgerechnet. Bei 85- bis 89-jährigen Männern, der Gruppe mit dem höchsten Wert, waren es 2019 demgegenüber 31,1 Tage mit mindestens einer Leistungsabrechnung und damit fast fünfmal so viele Tage wie bei den wenig betroffenen jungen Männern (siehe auch Tabelle A 5 im Anhang).

Abbildung 2.5: Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2019



Quelle: BARMER-Daten 2019; siehe auch Tabelle A 6 im Anhang

Ø Behandlungskosten/
Jahr: min. 240€, max.
1.245€

Ein ähnliches Bild ergeben Auswertungen zu approximativ ermittelten ambulanten Behandlungskosten. Für die Berechnungen wurde bei einer Berücksichtigung von abgerechneten Punktwerten der im Jahr 2019 bundeseinheitlich und fachübergreifend gültige Orientierungspunktwert von 10,8226 Cent angenommen. Die geringsten durch-

schnittlichen jährlichen ambulanten Behandlungskosten ließen sich im Jahr 2019 für 20- bis 24-jährige Männer mit 240 Euro berechnen, die höchsten approximativ ermittelten Kosten resultieren bei 80- bis 84-jährigen Männern mit 1.245 Euro (siehe auch Tabelle A 6 im Anhang).

2.3 Fachärztliche Behandlungshäufigkeit

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

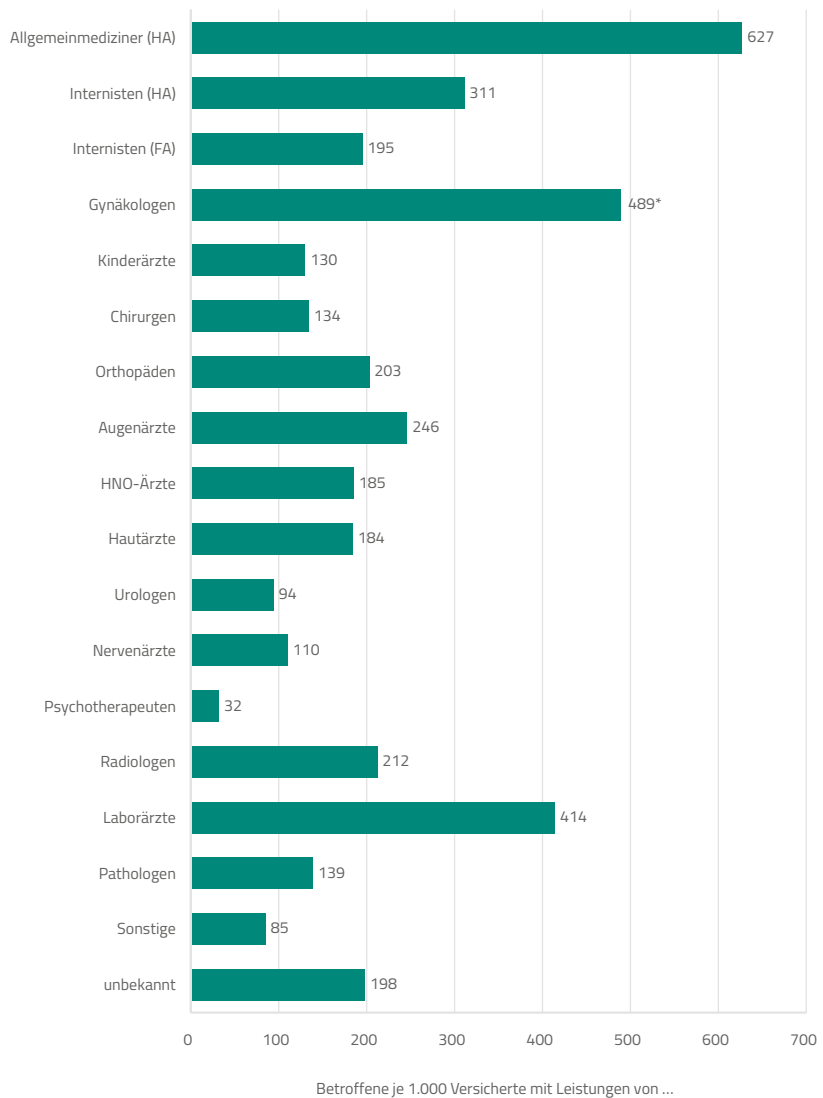
2.3.1 Betroffene und Behandlungsfälle 2019 nach Fachgebieten

Tabelle 2.4 zeigt altersstandardisierte Betroffenenraten und Behandlungszahlen je 1.000 Versicherte nach zusammengefassten Fachgebietskodierungen sowie den Anteil der fachspezifisch abgerechneten Behandlungsfälle an allen Behandlungsfällen im Jahr 2019. Die Betroffenen- beziehungsweise Kontaktraten werden auch in Abbildung 2.6 dargestellt.

Am häufigsten werden hausärztlich tätige Allgemeinmediziner kontaktiert. Von den Versicherten konsultierten 2019 geschlechts- und altersgruppenübergreifend 62,7 Prozent (627 je 1.000) mindestens einmal einen entsprechenden Arzt oder eine entsprechende Ärztin. Zudem suchten 31,1 Prozent mindestens einmal einen hausärztlich niedergelassenen Internisten auf, fachärztlich tätige Internisten wurden demgegenüber nur von 19,5 Prozent der Versicherten innerhalb eines Jahres konsultiert.

2019: 62,7% kontaktierten Allgemeinmediziner, 3,2% Psychotherapeuten.

Abbildung 2.6: Personen mit Kontakt zu Facharztgruppen je 1.000 Versicherte 2019



* Angabe zu Kontakten bei Frauen

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert D2019

Insgesamt entfielen auch im Jahr 2019 mit einem Anteil von 35,4 Prozent mehr als ein Drittel aller abgerechneten Behandlungsfälle auf hausärztlich tätige Allgemeinmediziner oder hausärztlich tätige Internisten. Zur hausärztlichen Versorgung im weiteren Sinne lassen sich zudem mehr als 80 Prozent der Behandlungsfälle aus der Kinder- und Jugendmedizin zählen, die im Jahr 2019 insgesamt 5,1 Prozent aller Behandlungsfälle ausmachten. Verhältnismäßig hohe Fallzahlen finden sich ansonsten insbesondere bei Gynäkologen und Laborärzten mit Fallanteilen von 7,7 und 10,0 Prozent. Bei 3,4 Prozent der Behandlungsfälle war – gegenüber 3,2 Prozent im vorausgehenden Jahr – keine Fachgebietszuordnung der vorrangig behandelnden Ärzte möglich. Diese Konstellation tritt typisch beispielsweise bei Behandlungen in universitären Polikliniken auf, da den dort tätigen Ärzten oftmals keine LANR zugeordnet ist.

Nur 3,2 Prozent der Versicherten (32 je 1.000) hatten Kontakt zu psychologischen Psychotherapeuten, die in der hier gewählten Fachgruppenaufteilung trotz ihrer verhältnismäßig geringen Kontaktraten als einzige nicht-ärztliche Berufsgruppe separat ausgewiesen werden. Auf Behandlungen bei psychologischen Psychotherapeuten entfielen 1,0 Prozent der im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung abgerechneten Behandlungsfälle.

Da psychologische Psychotherapeuten ihre Patienten typischerweise mehrmals im Quartal sehen und Therapiesitzungen jeweils separat je Termin abgerechnet werden, ergibt sich für diese Therapeutengruppe auch 2019 eine vergleichsweise sehr hohe Zahl von durchschnittlich 4,7 Kalendertagen mit Abrechnung von Leistungen je Behandlungsfall. Bei allen übrigen Arztgruppen lag dieser Wert nicht höher als 2,2 (Werte nicht in der Tabelle angegeben, jedoch aus Angaben zu Tagen und Fällen ableitbar). Dies hat zur Folge, dass den psychotherapeutischen Leistungen im Hinblick auf die Leistungstage mit 2,6 Prozent anteilig eine erheblich größere Bedeutung als im Hinblick auf die Abrechnungsfälle zukommt.

Tabelle 2.4: Betroffene, Behandlungsfälle und Leistungstage je 1.000 Versicherte nach Fachgebieten 2019

Fachgebietsbezeichnung	Betroffene je 1.000 Versicherte	Fälle je 1.000 Versicherte	Anteil an allen Fällen in Prozent	Tage* je 1.000 Versicherte	Anteil an allen Tagen in Prozent
Hausarzt Allgemeinmedizin	627	2.146	24,8	4.672	30,6
Hausarzt Internist	311	914	10,6	2.002	13,1
Facharzt Internist	195	460	5,3	866	5,7
Gynäkologie	250	670	7,7	912	6,0
Kinder- und Jugendmedizin	130	442	5,1	777	5,1
Chirurgie	134	210	2,4	353	2,3
Orthopädie	203	378	4,4	681	4,5
Augenarzt	246	435	5,0	537	3,5
HNO	185	307	3,6	403	2,6
Hautarzt	184	330	3,8	452	3,0
Urologie	94	194	2,2	315	2,1
Neurologie – Nervenheilkunde	110	287	3,3	544	3,6
psychologischer Psychotherapeut	32	85	1,0	400	2,6
Radiologie – Nuklearmedizin	212	327	3,8	452	3,0
Labormedizin	414	863	10,0	1.116	7,3
Pathologie	139	165	1,9	170	1,1
Sonstige	85	136	1,6	198	1,3
unbekannt	198	296	3,4	416	2,7
insgesamt	932	8.643	100,0	15.266	100,0

* Kalendertage mit Abrechnung mindestens einer Leistung bei einem Versicherten
Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert D2019

Abweichende Relationen zwischen den Fachgruppen hinsichtlich der Zahl von Abrechnungsfällen resultieren, wenn man die Zahl der dokumentierten Abrechnungsziffern sowie approximative Behandlungskosten betrachtet. Tabelle 2.5 zeigt neben den bereits dargestellten Fallzahlen die durchschnittliche Zahl der dokumentierten Abrechnungsziffern sowie approximative Kosten je Fall. In der vorletzten Spalte werden schließlich approximative durchschnittliche Behandlungskosten je Versicherten für das Jahr 2019 angegeben.

Tabelle 2.5: Abrechnungsziffern sowie approximative fall- und versichertenbezogene Kosten nach Fachgebieten 2019

Fachgebietsbezeichnung	Fälle je 1.000 Versicherte	Abrechnungsziffern je Fall	approximative Kosten je Fall in Euro*	approximative Kosten je Versicherten in Euro*	Anteil an Kosten insgesamt in Prozent
Hausarzt Allgemeinmedizin	2.146	7,73	60	128	21,2
Hausarzt Internist	914	8,36	65	59	9,8
Facharzt Internist	460	8,81	144	66	10,9
Gynäkologie	670	7,47	50	34	5,5
Kinder- und Jugendmedizin	442	6,29	75	33	5,5
Chirurgie	210	7,10	82	17	2,8
Orthopädie	378	7,68	59	22	3,7
Augenarzt	435	6,40	65	28	4,7
HNO	307	6,84	51	16	2,6
Hautarzt	330	6,35	42	14	2,3
Urologie	194	9,38	54	10	1,7
Neurologie – Nervenheilkunde	287	8,64	106	30	5,0
psychologischer Psychotherapeut	85	14,34	485	41	6,8
Radiologie – Nuklearmedizin	327	5,41	139	45	7,5
Labormedizin	863	9,95	29	25	4,2
Pathologie	165	4,49	32	5	0,9
Sonstige	136	6,72	114	15	2,6
unbekannt	296	7,92	49	15	2,4
insgesamt	8.643	7,79	70	605	100,0

* unter Annahme eines einheitlichen Punktwerts von 10,8226 Cent
Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert D2019

Seit der Einführung der Direktabrechnung rechnen insbesondere Laborärzte je Behandlungsfall eine relativ hohe Zahl an EBM-Ziffern ab. Im Jahr 2019 waren es durchschnittlich 9,95 Ziffern je Fall (Tabelle 2.5), was sich auch auf die ausgeprägte Differenzierung der

EBM-Abrechnungsziffern in diesem Bereich zurückführen lässt. Zugleich ist den einzelnen Leistungsziffern bei Laborärzten in der Regel nur ein geringer Punktwert zugeordnet. Hieraus resultiert, dass je „Behandlungsfall“ bei einem Laborarzt durchschnittlich im Facharztvergleich die geringsten approximativen fallbezogenen Kosten in Höhe von 29 Euro anfielen.

höchste Behandlungskosten pro Fall bei psychologischen Psychotherapeuten mit Ø 485 €

Fallbezogen die höchsten Kosten resultierten auch 2019 bei Behandlungen durch psychologische Psychotherapeuten mit 485 Euro je Abrechnungsfall. Bei der Bewertung dieses Ergebnisses ist zu bedenken, dass die mögliche Anzahl der Behandlungsfälle bei einem einzelnen Psychotherapeuten leistungsbedingt sehr begrenzt ist. Während ein einzelner Laborarzt mit seinen angestellten Fachkräften durchaus eine hohe vierstellige Zahl von Abrechnungsfällen innerhalb eines Quartals abarbeiten kann, dürfte ein Psychotherapeut, der sich innerhalb von drei Monaten üblicherweise mehrere Stunden mit einem einzelnen Patienten befasst, in diesem Zeitraum oftmals nicht mehr als 100 unterschiedliche Patienten behandeln.

Ø Ausgaben für die ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung: 605 € je Versicherten

Die letzte Spalte der Tabelle verdeutlicht die approximative Verteilung der jährlichen versichertenbezogenen Kosten für die ambulante Behandlung auf unterschiedliche Facharztgruppen. Insgesamt ergaben sich 2019 nach diesen Berechnungen auf der Basis von BARMER-Daten geschlechts- und altersstandardisiert durchschnittliche Ausgaben für die ambulante Versorgung in Höhe von 605 Euro für jeden Versicherten. Mit 31,0 Prozent entfiel knapp ein Drittel dieser Ausgaben auf Behandlungskosten bei allgemeinärztlichen oder internistischen Hausärzten.

2.4 Anzahl kontaktierter Ärzte – Arztwechsel

Der folgende Abschnitt befasst sich mit der Anzahl unterschiedlicher Ärzte beziehungsweise Praxen, die von einzelnen Versicherten innerhalb eines Jahres aufgesucht werden. Behandlungen eines Arztes lassen sich in den Abrechnungsdaten über die lebenslange Arztnummer des jeweiligen Arztes identifizieren, entsprechend lassen sich patientenbezogen Kontakte zu unterschiedlichen Ärzten unterscheiden und zählen. Zudem lassen

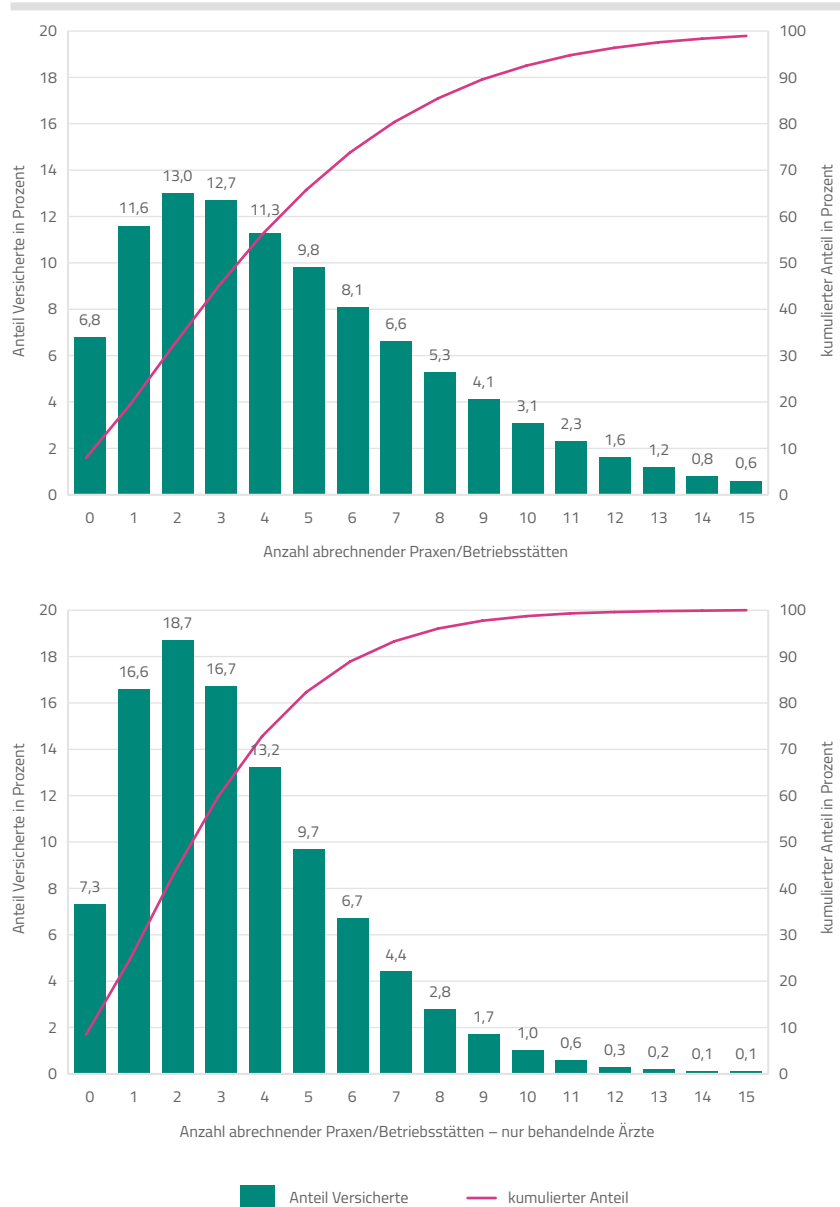
sich Behandlungen in unterschiedlichen Praxen anhand der Betriebsstättennummer unterscheiden. Da bei einer Behandlung durch unterschiedliche Ärzte innerhalb einer Praxis/Betriebsstätte inhaltlich nicht oder kaum von einem Arztwechsel im allgemeinen Wortsinn gesprochen werden kann, wurde für die nachfolgenden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

Einen ersten Überblick zur Anzahl der unterschiedlichen Betriebsstätten, von denen im Jahr 2019 Leistungen bei einzelnen Versicherten abgerechnet wurden, gibt Abbildung 2.7. Während bei der Darstellung im oberen Teil der Abbildung alle Betriebsstätten berücksichtigt wurden, wurden bei der Darstellung im unteren Teil lediglich Betriebsstätten von vorrangig behandelnden Ärzten berücksichtigt. Abrechnungen von vorrangig diagnostisch tätigen sowie nicht eindeutig definierten Arztgruppen (aufgeführt beispielsweise in Tabelle 2.5 ab Zeile „Radiologie – Nuklearmedizin“) blieben in der zweiten Darstellungsvariante also unberücksichtigt.

Neben den durch Balken gekennzeichneten Anteilen der Versicherten mit einer bestimmten Anzahl an unterscheidbaren abrechnenden Praxen (vergleiche links angegebene Achsenskalierung) enthält Abbildung 2.7 als Linien auch Angaben zu den kumulativen Anteilen der Versicherten (vergleiche rechts angegebene Achsenskalierung), die im Jahr 2019 Kontakt zu einer bestimmten maximalen Anzahl an unterschiedlichen Praxen hatten.

Im Verlauf des Jahres 2019 beanspruchten 55,9 Prozent der Bevölkerung beziehungsweise 60,0 Prozent aller Patienten (im Sinne von Personen mit mindestens einem Arztkontakt im Jahr) Leistungen von vier oder mehr unterschiedlichen Betriebsstätten (oder Arztpraxen) beliebiger Fachdisziplinen (siehe Tabelle 2.6).

Abbildung 2.7: Anzahl abrechnender Betriebsstätten je Versicherten 2019



Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert D2019

Beschränkt man die Zählung auf Kontakte zu vorrangig behandelnden Ärzten und schließt so beispielsweise Abrechnungsfälle von Laborärzten, Pathologen, Radiologen und nicht eindeutig definierten Arztgruppen aus, reduziert sich der Anteil mit Kontakten zu vier oder mehr unterschiedlichen Ärzten auf 40,8 Prozent der Bevölkerung beziehungsweise 44,0 Prozent der Patienten. Der Anteil der Bevölkerung mit Kontakten zu maximal drei unterschiedlichen behandelnden Ärzten lag entsprechend bei 59,2 Prozent. Im Durchschnitt wurden von einem Versicherten 3,41 unterschiedliche behandelnde Ärzte beziehungsweise Arztpraxen aufgesucht.

2019: \bar{x} 3,4 Praxen
behandelnder Ärzte wur-
den pro Kopf aufgesucht.

Nur 11,3 Prozent der Versicherten suchten mehr als sechs unterschiedliche behandelnde Ärzte auf, bei 1,4 Prozent der Versicherten wurden Leistungen von mehr als zehn unterschiedlichen Betriebsstätten behandelnder Ärzte abgerechnet. Abrechnungen von mehr als 15 Praxen behandelnder Ärzte fanden sich bei 0,1 Prozent der Versicherten.

Fachgruppenspezifische Auswertungsergebnisse auf der Basis von BARMER-Daten sind nachfolgender Tabelle 2.6 zu entnehmen. Innerhalb einzelner Fachgruppen wird erwartungsgemäß eine geringere Zahl unterschiedlicher Ärzte kontaktiert. So hatten nach Hochrechnungen der geschlechts- und altersstandardisierten Ergebnisse im Jahr 2019 64,7 Millionen Einwohner beziehungsweise 77,9 Prozent der Bevölkerung Deutschlands mindestens einmal Kontakt zu einem allgemeinmedizinischen oder internistischen Hausarzt. 57,8 Prozent der hausärztlichen Patienten kontaktierten innerhalb des Jahres genau einen Hausarzt, nur 3,6 Prozent kontaktierten vier oder mehr unterschiedliche Hausarztpraxen. Enthalten sind in dieser Zählung dabei auch alle Wechsel der Arztpraxis, die sich ohne primäre Patientenintention, beispielsweise bei Praxisschließungen während einer Urlaubszeit oder durch den Umzug der Patienten, ergeben. Noch geringere Wechselraten als bei Hausärzten finden sich bei Arztgruppen, die allgemein weniger regelmäßig besucht werden.

78% der Bevölkerung
in hausärztlicher Ver-
sorgung

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

Tabelle 2.6: Anzahl kontaktierter Praxen allgemein und nach Fachgruppen 2019

	Anzahl der kontaktierten Praxen 2019				
	mindestens 1 Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	≥ 4 Praxen
alle Ärzte					
Population in Prozent	93,2	11,6	13,0	12,7	55,9
Patienten in Prozent	100	12,4	14,0	13,6	60,0
absolut in Tausend	77.409	9.613	10.843	10.535	46.418
vorrangig behandelnde Ärzte					
Population in Prozent	92,7	16,6	18,7	16,7	40,8
Patienten in Prozent	100	17,9	20,2	18,0	44,0
absolut in Tausend	77.067	13.777	15.535	13.845	33.909
Hausärzte (inklusive internistisch tätige)					
Population in Prozent	77,9	45,0	22,8	7,2	2,8
Patienten in Prozent	100	57,8	29,3	9,3	3,6
absolut in Tausend	64.705	37.390	18.982	6.002	2.331
Internisten (ohne hausärztlich tätige)					
Population in Prozent	18,6	14,2	3,4	0,8	0,2
Patienten in Prozent	100	76,0	18,4	4,3	1,2
absolut in Tausend	15.476	11.766	2.850	667	193
Gynäkologen					
Population in Prozent	25,4	12,2	11,1	1,6	0,5
Patienten in Prozent	100	47,9	43,9	6,4	1,8
absolut in Tausend	21.109	10.115	9.260	1.357	376
Augenärzte					
Population in Prozent	24,5	22,3	2,0	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100	91,0	8,0	0,9	0,1
absolut in Tausend	20.329	18.497	1.627	179	26
Orthopäden					
Population in Prozent	21,2	18,3	2,5	0,3	0,1
Patienten in Prozent	100	86,7	11,6	1,5	0,3
absolut in Tausend	17.577	15.232	2.038	263	44

	Anzahl der kontaktierten Praxen 2019				
	mindestens 1 Arzt	1 Praxis	2 Praxen	3 Praxen	≥ 4 Praxen
Hautärzte					
Population in Prozent	18,5	15,6	2,7	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100	84,2	14,4	1,3	0,2
absolut in Tausend	15.368	12.933	2.207	200	27
Hals-Nasen-Ohren-Ärzte					
Population in Prozent	18,3	16,7	1,4	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100	91,2	7,8	0,8	0,1
absolut in Tausend	15.247	13.906	1.195	125	21
Chirurgen					
Population in Prozent	11,6	10,5	1,0	0,1	0,0
Patienten in Prozent	100	90,2	8,9	0,8	0,1
absolut in Tausend	9.673	8.721	862	81	9
Kinderärzte					
Population in Prozent	12,7	9,0	2,7	0,7	0,3
Patienten in Prozent	100	70,8	21,3	5,8	2,2
absolut in Tausend	10.541	7.462	2.242	608	230
Urologen					
Population in Prozent	9,6	9,0	0,6	0,0	0,0
Patienten in Prozent	100	93,8	5,8	0,4	0,1
absolut in Tausend	7.984	7.487	461	32	4
Nervenärzte					
Population in Prozent	10,8	9,4	1,2	0,2	0,0
Patienten in Prozent	100	86,8	11,5	1,5	0,3
absolut in Tausend	9.004	7.813	1.034	134	23
Psychotherapeuten					
Population in Prozent	3,2	2,9	0,2	0,0	0,0
Patienten in Prozent	100	92,5	6,2	0,9	0,4
absolut in Tausend	2.628	2.431	162	25	10

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert D2019

2.5 Regionale Variationen der Inanspruchnahme

Grundsätzlich eignen sich versichertenbezogene Daten von gesetzlichen Krankenkassen aufgrund einer gut definierten Nennerpopulation sehr gut für regionale Vergleiche, sofern in den betrachteten Gebieten eine ausreichende Zahl von Versicherten wohnhaft ist. Da für die nachfolgenden Auswertungen zum Jahr 2019 knapp 9,0 Millionen Versicherte der BARMER berücksichtigt werden konnten, ist diese Bedingung für grundlegende Auswertungen auf Bundeslandebene zweifellos erfüllt. Präsentiert werden auch an dieser Stelle geschlechts- und altersstandardisierte Werte. Sinngemäß wurde also bei der Ermittlung der Ergebnisse rechnerisch in allen Bundesländern eine übereinstimmende Geschlechts- und Altersstruktur zugrunde gelegt – dargestellte Ergebnisunterschiede zwischen den Bundesländern bestehen anschließend gegebenenfalls unabhängig von etwaigen Unterschieden der Geschlechts- und Alterszusammensetzungen zwischen den regional versicherten Populationen.

Die altersstandardisierten Behandlungsraten variierten im Jahr 2019 in den 16 Bundesländern nur leicht zwischen minimal 92,2 Prozent in Berlin und 93,9 Prozent im Saarland. Die geringsten versichertenbezogenen Behandlungsfallzahlen ließen sich, wie bereits im Vorjahr, auch 2019 für Schleswig-Holstein mit 8,23 Fällen pro Person ermitteln. Verhältnismäßig hohe Fallzahlen (5,9 Prozent über dem Bundesdurchschnitt) fanden sich demgegenüber mit etwa 9,15 Fällen je Jahr in Mecklenburg-Vorpommern. Demgegenüber zeigen Auswertungen zu Tagen mit Abrechnungen von Leistungen eine abweichende Konstellation: Trotz geringer Fallzahlen wurden bei dieser Auswertung die mit Abstand höchsten Werte in Schleswig-Holstein erreicht. In den neuen Bundesländern werden trotz der zum Teil überdurchschnittlichen Fallzahlen im Hinblick auf Tage mit Abrechnungen von Leistungen durchgängig unterdurchschnittliche Werte erfasst (Tabelle 2.7).

höhere Kosten in Stadtstaaten, geringere in den neuen Bundesländern

Approximative Abschätzungen der Behandlungskosten unter Annahme einheitlicher Punktwerte von 10,8226 Cent ergeben – wie bereits im Vorjahr – vorrangig in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin sowie weniger deutlich auch in Bremen sowie in Bayern überdurchschnittliche versichertenbezogene Kosten. In den beiden erstgenannten Ländern werden bundesweit ermittelte Kosten pro Versicherten um mehr als zehn Prozent überschritten. In Bayern überschreiten die geschlechts- und altersstandardisierten Behandlungskosten den Bundesdurchschnitt um 4,2 Prozent. In allen

neuen Bundesländern liegen die Behandlungskosten unter dem Bundesdurchschnitt, der nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten 2019 bei etwa 605 Euro lag.

Tabelle 2.7: Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2019

Bundesland	Betroffene in Prozent	Behandlungsfälle je Jahr	Abrechnungstage je Jahr	approximative Kosten je Jahr in Euro
Baden-Württemberg	93,2	8,36 (–3,2%)	15,0 (–1,8%)	594 (–1,8%)
Bayern	93,2	8,78 (1,5%)	15,8 (3,5%)	630 (4,2%)
Berlin	92,2	8,84 (2,3%)	15,1 (–1,2%)	680 (12,4%)
Brandenburg	93,0	8,58 (–0,8%)	13,8 (–9,9%)	554 (–8,5%)
Bremen	92,6	8,62 (–0,3%)	15,5 (1,2%)	628 (3,9%)
Hamburg	92,7	8,84 (2,3%)	15,3 (0,5%)	695 (14,8%)
Hessen	93,5	8,63 (–0,2%)	16,0 (5,0%)	578 (–4,5%)
Mecklenburg-Vorpommern	93,7	9,15 (5,9%)	15,0 (–2,0%)	595 (–1,6%)
Niedersachsen	93,7	8,70 (0,6%)	15,4 (0,8%)	617 (2,0%)
Nordrhein-Westfalen	93,6	8,74 (1,2%)	15,7 (3,0%)	613 (1,4%)
Rheinland-Pfalz	93,5	8,44 (–2,4%)	14,4 (–5,8%)	583 (–3,6%)
Saarland	93,9	8,85 (2,4%)	15,6 (2,4%)	621 (2,7%)
Sachsen	92,3	8,41 (–2,6%)	13,6 (–10,6%)	569 (–5,9%)
Sachsen-Anhalt	93,4	8,76 (1,4%)	14,2 (–7,0%)	579 (–4,4%)
Schleswig-Holstein	93,3	8,23 (–4,8%)	16,6 (8,8%)	580 (–4,1%)
Thüringen	93,0	8,37 (–3,2%)	14,0 (–8,5%)	567 (–6,3%)
bundesweit	93,2	8,64	15,3	605

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert D2019; Werte in Klammern: prozentuale Abweichungen zu bundesweiten Ergebnissen

2.6 Ambulante Diagnosen

Aus wissenschaftlicher Sicht von großem Interesse sind Informationen zu Diagnosen aus der ambulanten ärztlichen Versorgung, mit denen sich die nachfolgenden Abschnitte befassen. Die nachfolgend vorrangig dargestellten Ergebnisse zum Jahr 2019 beruhen auf der Auswertung von Datenlieferungen zu Versicherten der BARMER, zu denen im Rahmen der ambulanten-ärztlichen Versorgung 2019 insgesamt 387 Millionen Diagnose-

einträge dokumentiert wurden. 95,7 Prozent der 2019 dokumentierten Diagnoseschlüssel entsprachen nach Abgleich mit dem aktuellen ICD-10-GM den im Jahr 2019 gültigen Diagnoseangaben. Der überwiegende Anteil formal ungültiger beziehungsweise fehlender Angaben resultierte, wie in den letzten Jahren, aus der Abrechnung von Laborleistungen, bei denen häufig keine Diagnoseangaben gemacht werden.

Ausschlussdiagnosen
bei Analysen nicht
berücksichtigt

Zu allen Diagnoseangaben sollte seit 2004 eine Zuordnung zu einer der vier Einstufungen gesichert (G), Ausschluss (A), Verdacht (V) oder symptomloser Zustand (Z) obligat vorliegen. Entsprechende Zusatzkennzeichen fehlten bundesweit 2004 in GEK-Daten noch bei insgesamt 22 Prozent der gültigen Diagnoseschlüssel, von einigen KVen lagen dabei keinerlei Angaben vor, andere KVen lieferten die Angaben bereits 2004 weitgehend vollständig. 2005 waren in Daten der BARMER GEK noch 5,9 Prozent der gültigen Diagnoseangaben nicht gekennzeichnet. In den Jahren ab 2006 waren Angaben zur Art der Diagnose zu allen gültigen Diagnoseschlüsseinträgen angegeben. In den BARMER-Daten 2019 wurden 91,94 Prozent der Diagnosen als gesichert eingestuft, 3,56 Prozent als symptomlose Zustände, 2,34 Prozent als Verdachtsdiagnosen und 2,17 Prozent als Ausschlussdiagnosen (Ergebnisse zu den Jahren ab 2011 sind dem BARMER Arztreport 2018 auf Seite 68 zu entnehmen). Bei den weiteren Auswertungen wurden alle explizit als Ausschlussdiagnosen gekennzeichneten Einträge nicht berücksichtigt.

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

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

2.6.1 Diagnoseraten

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

Trends, bereinigt um
demografische Effekte

Diagnosekapitel

Tabelle 2.8 listet auf einer übergeordneten Gliederungsebene zunächst alle 20 regulär in gesundheitsbezogenen Statistiken zur Diagnoseerfassung verwendeten Diagnosekapitel der ICD-10. Nicht aufgeführt werden die Kapitel XX und XXII. Das Kapitel XX „Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität“ umfasst keine Diagnosen, sondern äußere Ursachen von Gesundheitsschädigungen (die dann gegebenenfalls zusätzlich erfasst werden können). Äußere Ursachen von Gesundheitsschädigungen werden in Deutschland regulär und ergänzend zu Diagnosen fast ausschließlich in der Todesursachenstatistik erfasst. Das Kapitel XXII „Schlüsselnummern für besondere Zwecke“ beinhaltet nur ausnahmsweise und dann vorläufig und temporär definierte Diagnoseschlüssel, sofern Erkrankungen noch nicht ausreichend in der regulären Systematik der ICD-10 kodiert werden können. Angegeben wird der Anteil der Bevölkerung, bei dem innerhalb der einzelnen Jahre 2010 bis 2019 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung mindestens einmalig eine Diagnose aus dem jeweiligen Diagnosekapitel dokumentiert wurde (unter Vernachlässigung entsprechend gekennzeichnete Ausschlussdiagnosen). Da bei dieser Darstellung alle Ergebnisse einheitlich gemäß der Geschlechts- und Altersstruktur der durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland 2005 standardisiert wurden, ergeben sich an dieser Stelle gegebenenfalls Hinweise auf Entwicklungen von Diagnosehäufigkeiten zwischen 2010 und 2019, die sich unabhängig von demografischen Veränderungen der Bevölkerung ereignet haben. Ergebnisse zu den Jahren von 2005 bis 2009 können dem Arztreport 2016 entnommen werden.

Tabelle 2.8: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen 2010 bis 2019 nach Diagnosekapiteln

ICD-10-Kapitel		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
		Angaben in Prozent									
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	28,4	29,1	29,0	30,3	29,8	30,2	31,1	30,5	31,2	30,8
II	Neubildungen	20,8	20,9	20,8	21,1	21,5	21,4	21,5	21,4	21,5	21,7
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	7,3	7,2	7,2	7,4	7,6	7,7	7,9	8,0	8,0	8,1

ICD-10-Kapitel		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
		Angaben in Prozent									
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	38,3	38,1	38,2	38,9	39,3	39,6	40,1	40,1	40,2	40,3
V	Psychische und Verhaltensstörungen	32,3	32,6	32,9	34,0	35,2	35,7	36,3	36,7	37,0	37,4
VI	Krankheiten des Nervensystems	19,2	19,4	19,5	20,1	20,7	20,9	21,4	21,7	21,9	22,4
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	29,8	29,4	29,3	29,4	29,5	29,2	29,0	28,7	28,4	28,5
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	18,1	17,9	17,8	18,3	18,0	18,2	18,3	18,1	18,1	18,1
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	38,6	38,3	38,1	37,2	37,1	37,1	37,1	36,8	36,8	36,6
X	Krankheiten des Atmungssystems	48,0	48,7	47,6	51,6	48,1	51,1	50,7	50,5	51,7	49,8
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	31,7	31,2	31,0	32,5	32,8	32,9	33,3	32,8	33,0	32,8
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	29,3	29,0	28,8	29,3	29,5	29,3	29,4	29,2	29,1	29,1
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	48,6	48,6	48,4	49,3	49,8	49,7	49,8	49,5	49,2	49,2
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	38,0	37,8	37,6	37,9	38,0	37,9	38,0	37,8	37,7	37,8
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	12,3	12,3	12,4	13,0	13,4	13,6	13,8	13,8	13,8	14,0
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	42,1	42,3	42,3	43,9	44,7	45,2	46,1	46,0	46,5	46,5
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	30,0	30,1	29,5	30,6	30,7	30,5	31,0	30,8	31,1	30,8
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	59,1	60,1	59,9	61,0	61,3	61,3	61,4	61,6	62,3	63,6

Quelle: BARMER-Daten 2010 bis 2019, standardisiert D2005

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

Diagnoserate psychischer Störungen steigt um 16 % (2010–2019)

Ein stetiger Zuwachs ist seit 2010 bei Diagnosen von angeborenen Fehlbildungen, Krankheiten des Nervensystems sowie insbesondere bei psychischen Störungen festzustellen. So stieg – unabhängig von demografischen Veränderungen – im Vergleich zu 2010 der Anteil der Population mit diagnostizierten angeborenen Fehlbildungen und Chromosomenanomalien bis 2019 um 13,5 Prozent, der mit Krankheiten des Nervensystems um 16,8 sowie der Anteil der Population mit diagnostizierten psychischen Störungen um 15,9 Prozent. Auf vergleichsweise niedrigem Niveau lässt sich auch hinsichtlich des Kapitels „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ eine relative Zunahme der Betroffenenrate um 15,2 Prozent feststellen, die auf eine Zunahme von Schwangerschaften und Geburten hindeutet.

Für die Jahre 2013, 2015 und insbesondere 2018 wurden im Hinblick auf Krankheiten des Atmungssystems ähnlich hohe Diagnoseraten wie schon 2009 ermittelt, die sich auf jeweils stark ausgeprägte Grippe- beziehungsweise Erkältungswellen in diesen Jahren zurückführen lassen. 2019 lag die Diagnoserate zu Krankheiten des Atmungssystems deutlich niedriger als 2018, was auf eine nur schwach ausgeprägte Grippe- und Erkältungswelle Anfang 2019 hindeutet.

Tabelle 2.9 zeigt die auf Basis von BARMER-Daten berechneten Diagnoseraten des Jahres 2019 nach Diagnosekapiteln, wobei an dieser Stelle eine Standardisierung nach der Geschlechts- und Altersstruktur in Deutschland 2019 vorgenommen wurde, um ein möglichst realitätsnahes Abbild der Situation in Deutschland im aktuell betrachteten Jahr 2019 zu liefern.

Tabelle 2.9: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2019

ICD-10-Kapitel		Männer	Frauen	gesamt
		Anteile in Prozent		
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	29,1	31,9	30,5
II	Neubildungen	19,6	26,9	23,3
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	6,6	10,4	8,5
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	36,2	49,1	42,7
V	Psychische und Verhaltensstörungen	34,2	42,2	38,3
VI	Krankheiten des Nervensystems	20,8	26,7	23,8
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	26,5	33,5	30,0
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	18,2	20,1	19,2
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	37,3	42,6	40,0
X	Krankheiten des Atmungssystems	48,0	50,9	49,5
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	33,2	35,8	34,5
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	26,0	33,4	29,8
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	46,9	55,0	51,0
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	22,6	54,9	39,0
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	0,0	4,4	2,2
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	0,8	0,7	0,7
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	13,1	15,9	14,5
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	42,0	53,7	47,9
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	29,9	33,0	31,5
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	51,2	78,4	65,0

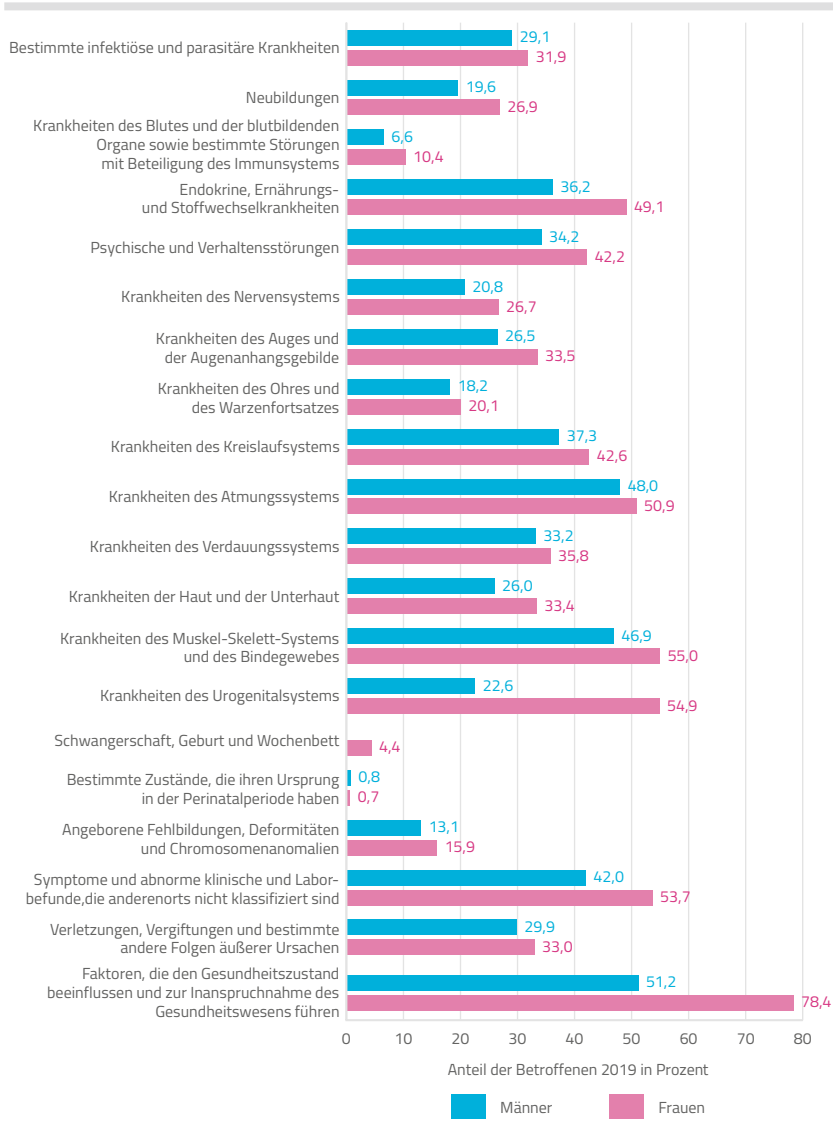
Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert D2019

Unterschiede zu den vorausgehend bereits in Tabelle 2.8 berichteten geschlechtsübergreifenden Ergebnissen für das Jahr 2019 resultieren aus der abweichenden Geschlechts- und Altersstandardisierung. Die in Tabelle 2.9 zusätzlich ausgewiesenen geschlechtsspezifischen Diagnoseraten zeigen, dass Frauen von Diagnosen aus nahezu allen Kapiteln häufiger als Männer betroffen sind (siehe Abbildung 2.8). Die einzige und anteilig wenig relevante Ausnahme auf der hier betrachteten Gliederungsebene von Diagnosen bilden „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“, von denen Männer geringfügig häufiger als Frauen betroffen sind. Am häufigsten betroffen, nämlich zu gut drei Vierteln, sind Frauen von einer Diagnoseschlüsselvergabe aus dem Kapitel 21 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“. Entsprechende Schlüssel werden vorrangig im Kontext mit der Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen vergeben und enthalten insofern keine direkten Erkrankungshinweise. Mehr als die Hälfte aller Frauen erhalten innerhalb eines Jahres mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel 13 „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“, dem Kapitel 14 „Krankheiten des Urogenitalsystems“ sowie dem Kapitel 18 „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde“. Auch von Diagnosen aus dem Kapitel 10 „Krankheiten des Atmungssystems“ waren im Jahr 2019 mehr als die Hälfte der Frauen betroffen. Im Hinblick auf dieses Diagnosekapitel fanden sich bei Männern die höchsten Diagnoseraten. Knapp die Hälfte der Männer erhielt 2019 eine Diagnose aus dem Kapitel 10 „Krankheiten des Atmungssystems“. Ähnlich häufig wurden bei Männern Diagnosen, die den ICD-Kapiteln 13 „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ und 21 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen“ zuzuordnen sind, gestellt.

42,4 Mio. Personen mit Krankheiten des Muskel- Skelett-Systems

Die zuvor geschlechts- und altersstandardisiert ermittelten Anteile lassen sich durch Multiplikation mit den zugehörigen Bevölkerungszahlen zur Abschätzung der absoluten Anzahl von Personen in Deutschland mit bestimmten Diagnoseangaben nutzen. Tabelle 2.10 beinhaltet entsprechende Angaben zur Anzahl von Betroffenen mit Diagnosen aus bestimmten Diagnosekapiteln. Die absolute Zahl der Betroffenen übersteigt in fast allen Diagnosekapiteln die Millionengrenze. Bei jeweils mehr als 40 Millionen Personen in Deutschland wurde 2019 mindestens eine Diagnose aus dem Kapitel „Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems“ oder dem Kapitel „Krankheiten des Atmungssystems“ gestellt.

Abbildung 2.8: Diagnoseraten nach ICD-10-Kapiteln 2019



Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert D2019

Tabelle 2.10: Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2019

ICD-10-Kapitel		Männer	Frauen	gesamt
		in Tausend		
I	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	11.918	13.424	25.342
II	Neubildungen	8.022	11.317	19.339
III	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems	2.724	4.364	7.087
IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	14.835	20.671	35.506
V	Psychische und Verhaltensstörungen	14.032	17.782	31.814
VI	Krankheiten des Nervensystems	8.532	11.238	19.769
VII	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde	10.856	14.090	24.946
VIII	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes	7.461	8.480	15.941
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	15.313	17.929	33.242
X	Krankheiten des Atmungssystems	19.682	21.423	41.106
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	13.608	15.064	28.672
XII	Krankheiten der Haut und der Unterhaut	10.669	14.075	24.744
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	19.218	23.157	42.374
XIV	Krankheiten des Urogenitalsystems	9.266	23.116	32.383
XV	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	9*	1.854	1.863
XVI	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	319	300	619
XVII	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien	5.364	6.672	12.036
XVIII	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind	17.241	22.601	39.843
XIX	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	12.261	13.911	26.172
XXI	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen	21.004	32.999	54.004

* Diagnosehäufigkeiten werden im Arztreport stets wie dokumentiert berichtet. Neben gelegentlichen Dokumentationsfehlern könnten beispielsweise auch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen für Partner schwangerer Frauen zu Diagnosen aus dem Kapitel XV bei Männern führen.

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

Diagnosegruppen

Eine im Vergleich zu Diagnosekapiteln wesentlich differenziertere Gliederungsebene in der ICD-10 bilden die mehr als 200 Diagnosegruppen. In Tabelle 2.11 werden zu einer Auswahl relevanter Diagnosegruppen, wie zuvor bei Diagnosekapiteln, die Anteile der von den zugehörigen Diagnoseschlüsseln im Jahr 2019 betroffenen Bevölkerung nach Ergebnissen der geschlechts- und altersstandardisierten Auswertung von Daten zu knapp neun Millionen Versicherten der BARMER angegeben (die Auflistung der Diagnosegruppen erfolgt in einer absteigenden Sortierung nach dem Anteil der insgesamt betroffenen Bevölkerung). Von Erkrankungen und Zuständen aus den 100 aufgeführten Diagnosegruppen waren 2019 jeweils mindestens etwa 2,4 Prozent der Bevölkerung, also schätzungsweise jeweils mindestens knapp zwei Millionen Menschen in Deutschland, betroffen.

100 Diagnosegruppen
betreffen jeweils
> 1,97 Mio. Menschen.

Die Diagnosegruppe im Sinne von Erkrankungen mit der bevölkerungsbezogen weitesten Verbreitung bilden „Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens“, die innerhalb des Jahres 2019 bei 35,1 Prozent der Bevölkerung als Diagnose dokumentiert wurden. Bei 29,9 Prozent der Bevölkerung wurde 2019 eine Diagnose aus der Erkrankungsgruppe „Akute Infektionen der oberen Atemwege“ gestellt.

Jeweils etwa 21 bis 29 Prozent der Bevölkerung erhielten 2019 Diagnosen aus den Gruppen „Hypertonie [Hochdruckkrankheit]“, „Arthropathien“, „Stoffwechselstörungen“, „Krankheiten der Weichteilgewebe“, „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ und „Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen“.

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

Tabelle 2.11: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte Diagnosegruppen 2019

ICD-10-Kode	Bezeichnung der Diagnosegruppe	Männer	Frauen	gesamt
		Anteile in Prozent		
Z00–Z13	Personen, die das Gesundheitswesen zur Untersuchung und Abklärung in Anspruch nehmen	27,6	57,2	42,6
M40–M54	Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens	31,1	38,9	35,1
J00–J06	Akute Infektionen der oberen Atemwege	28,7	31,0	29,9
I10–I15	Hypertonie [Hochdruckkrankheit]	29,1	29,3	29,2
Z20–Z29	Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken hinsichtlich übertragbarer Krankheiten	26,5	30,8	28,7
M00–M25	Arthropathien	24,1	30,2	27,2
E70–E90	Stoffwechselstörungen	24,4	25,0	24,7
R50–R69	Allgemeinsymptome	18,6	25,9	22,3
N80–N98	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes	0,0	43,5	22,1
M60–M79	Krankheiten der Weichteilgewebe	19,3	24,7	22,1
F40–F48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15,7	27,2	21,5
H49–H52	Affektionen der Augenmuskeln, Störungen der Blickbewegungen sowie Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	18,1	24,0	21,1
Z80–Z99	Personen mit potenziellen Gesundheitsrisiken aufgrund der Familien- oder Eigenanamnese und bestimmte Zustände, die den Gesundheitszustand beeinflussen	17,0	23,9	20,5
E00–E07	Krankheiten der Schilddrüse	9,3	26,8	18,2
J30–J39	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege	17,0	18,6	17,8
D10–D36	Gutartige Neubildungen	12,7	19,0	15,9
J40–J47	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	14,9	16,1	15,5
R10–R19	Symptome, die das Verdauungssystem und das Abdomen betreffen	11,6	19,3	15,5
Z30–Z39	Personen, die das Gesundheitswesen im Zusammenhang mit Problemen der Reproduktion in Anspruch nehmen	0,8	28,8	15,0
L20–L30	Dermatitis und Ekzem	12,7	16,5	14,6
F30–F39	Affektive Störungen	10,6	18,1	14,4
G40–G47	Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems	12,0	16,4	14,3
K20–K31	Krankheiten des Ösophagus, des Magens und des Duodenums	12,8	15,1	14,0

ICD-10-Kode	Bezeichnung der Diagnosegruppe	Männer	Frauen	gesamt
		Anteile in Prozent		
I30–I52	Sonstige Formen der Herzkrankheit	13,0	13,5	13,3
R00–R09	Symptome, die das Kreislaufsystem und das Atmungssystem betreffen	12,3	13,9	13,1
K55–K64	Sonstige Krankheiten des Darmes	11,4	13,1	12,3
I80–I89	Krankheiten der Venen, der Lymphgefäße und der Lymphknoten, anderenorts nicht klassifiziert	7,9	15,2	11,6
E65–E68	Adipositas und sonstige Überernährung	9,5	11,5	10,5
A00–A09	Infektiöse Darmkrankheiten	10,4	9,6	10,0
H90–H95	Sonstige Krankheiten des Ohres	9,6	10,5	10,0
Q65–Q79	Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems	8,4	11,3	9,9
E10–E14	Diabetes mellitus	10,8	8,9	9,8
N30–N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	5,6	13,8	9,7
M95–M99	Sonstige Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	8,2	11,1	9,7
H60–H62	Krankheiten des äußeren Ohres	8,9	9,3	9,1
C00–C97	Bösartige Neubildungen	8,5	9,6	9,0
H25–H28	Affektionen der Linse	7,7	10,4	9,0
L60–L75	Krankheiten der Hautanhangsgebilde	6,2	10,6	8,4
T08–T14	Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen	8,1	8,6	8,4
Z40–Z54	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke spezifischer Maßnahmen und zur medizinischen Betreuung in Anspruch nehmen	7,5	8,5	8,0
F10–F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	8,9	6,7	7,8
L80–L99	Sonstige Krankheiten der Haut und der Unterhaut	6,2	8,9	7,6
N40–N51	Krankheiten der männlichen Genitalorgane	15,1	0,0	7,5
R40–R46	Symptome, die das Erkennungs- und Wahrnehmungsvermögen, die Stimmung und das Verhalten betreffen	5,8	8,8	7,3
I20–I25	Ischämische Herzkrankheiten	8,7	5,5	7,1
Z70–Z76	Personen, die das Gesundheitswesen aus sonstigen Gründen in Anspruch nehmen	5,3	8,7	7,0
H10–H13	Affektionen der Konjunktiva	6,3	7,7	7,0
H53–H54	Sehstörungen und Blindheit	6,2	7,7	7,0
M80–M94	Osteopathien und Chondropathien	4,0	9,8	6,9

ICD-10-Kode	Bezeichnung der Diagnosegruppe	Männer	Frauen	gesamt
		Anteile in Prozent		
J20–J22	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege	6,8	6,9	6,9
T66–T78	Sonstige und nicht näher bezeichnete Schäden durch äußere Ursachen	5,5	8,0	6,7
K70–K77	Krankheiten der Leber	7,3	6,1	6,7
H30–H36	Affektionen der Aderhaut und der Netzhaut	5,9	7,4	6,7
G50–G59	Krankheiten von Nerven, Nervenwurzeln und Nervenplexus	5,4	7,7	6,5
B35–B49	Mykosen	5,6	7,5	6,5
H00–H06	Affektionen des Augenlides, des Tränenapparates und der Orbita	4,9	8,1	6,5
R25–R29	Symptome, die das Nervensystem und das Muskel-Skelett-System betreffen	5,6	7,4	6,5
R30–R39	Symptome, die das Harnsystem betreffen	5,8	7,1	6,4
I70–I79	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren	6,7	5,9	6,3
B25–B34	Sonstige Viruskrankheiten	6,2	6,4	6,3
H65–H75	Krankheiten des Mittelohres und des Warzenfortsatzes	5,8	6,3	6,0
I60–I69	Zerebrovaskuläre Krankheiten	6,0	5,8	5,9
B00–B09	Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind	4,9	6,1	5,5
T80–T88	Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	4,1	6,4	5,3
E50–E64	Sonstige alimentäre Mangelzustände	3,4	7,0	5,2
K80–K87	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas	3,6	5,8	4,7
N17–N19	Niereninsuffizienz	4,9	4,4	4,6
K50–K52	Nichtinfektiöse Enteritis und Kolitis	4,6	4,6	4,6
N70–N77	Entzündliche Krankheiten der weiblichen Beckenorgane	0,0	9,1	4,6
K40–K46	Hernien	5,5	3,5	4,5
H40–H42	Glaukom	3,5	4,9	4,2
G60–G64	Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems	4,2	3,8	4,0
F50–F59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	4,5	3,4	4,0
N60–N64	Krankheiten der Mamma [Brustdrüse]	0,4	7,2	3,9
S80–S89	Verletzungen des Knies und des Unterschenkels	3,9	3,8	3,9

ICD-10-Kode	Bezeichnung der Diagnosegruppe	Männer	Frauen	gesamt
		Anteile in Prozent		
D37–D48	Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens	3,2	4,3	3,8
L00–L08	Infektionen der Haut und der Unterhaut	3,8	3,6	3,7
S90–S99	Verletzungen der Knöchelregion und des Fußes	3,4	3,7	3,5
K00–K14	Krankheiten der Mundhöhle, der Speicheldrüsen und der Kiefer	3,2	3,9	3,5
F80–F89	Entwicklungsstörungen	4,4	2,7	3,5
I95–I99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems	2,3	4,4	3,4
J95–J99	Sonstige Krankheiten des Atmungssystems	3,3	3,4	3,3
D50–D53	Alimentäre Anämien	1,8	4,5	3,2
L40–L45	Papulosquamöse Hautkrankheiten	3,1	3,2	3,1
E20–E35	Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen	1,6	4,6	3,1
B99–B99	Sonstige Infektionskrankheiten	3,1	3,2	3,1
F90–F98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	3,9	2,4	3,1
R20–R23	Symptome, die die Haut und das Unterhautgewebe betreffen	2,7	3,4	3,1
S00–S09	Verletzungen des Kopfes	3,3	2,8	3,1
J09–J18	Grippe und Pneumonie	3,1	3,0	3,0
N25–N29	Sonstige Krankheiten der Niere und des Ureters	3,3	2,5	2,9
S60–S69	Verletzungen des Handgelenkes und der Hand	3,1	2,6	2,8
H15–H22	Affektionen der Sklera, der Hornhaut, der Iris und des Ziliarkörpers	2,4	3,1	2,8
F00–F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	2,3	3,0	2,7
H43–H45	Affektionen des Glaskörpers und des Augapfels	2,1	3,2	2,7
R70–R79	Abnorme Blutuntersuchungsbefunde ohne Vorliegen einer Diagnose	2,8	2,5	2,6
L55–L59	Krankheiten der Haut und der Unterhaut durch Strahleneinwirkung	2,6	2,4	2,5
R90–R94	Abnorme Befunde ohne Vorliegen einer Diagnose bei bildgebender Diagnostik und Funktionsprüfungen	2,1	2,8	2,5
D60–D64	Aplastische und sonstige Anämien	2,0	2,8	2,4
A30–A49	Sonstige bakterielle Krankheiten	2,2	2,5	2,4

Quelle: BARMER–Daten 2019, standardisiert D2019

Einzelne Diagnosen (dreistellige ICD-10-Schlüssel)

Auf der dreistelligen Kodierungsebene umfasst die ICD-10 mehr als 1.700 unterschiedliche Diagnoseschlüssel. Tabelle 2.12 zeigt für 100 häufig verwendete dreistellig differenzierte Diagnosen die Anteile der im Jahr 2019 betroffenen Bevölkerung, also den Anteil der Personen, bei denen eine entsprechende Diagnose mindestens einmalig innerhalb des Jahres 2019 im Rahmen der ambulanten ärztlichen Versorgung dokumentiert wurde.

Rückenschmerzen bei 25 % der Bevölkerung

Die Bedeutung vieler der hier aufgeführten dreistelligen Diagnosen lässt sich bereits nach der vorausgehenden Auswertung zu Diagnosegruppen vermuten. Die am weitesten verbreitete Diagnose war nach den altersstandardisierten Ergebnissen auf der Basis von BARMER-Daten 2019 die primäre Hypertonie, also Bluthochdruck ohne definierte organische Ursache mit einem betroffenen Bevölkerungsanteil von 28,8 Prozent. Mehr als ein Viertel der deutschen Bevölkerung liden demnach unter Bluthochdruck. Auf dem zweiten Rang folgen „Rückenschmerzen“ mit dem Diagnoseschlüssel M54, von denen 24,8 Prozent betroffen waren. Auf dem dritten Rang im Sinne von Erkrankungen liegen akute Infektionen der oberen Atemwege mit einem Betroffenenanteil von 22,5 Prozent, gefolgt von Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehlern, die bei 20,5 Prozent der Population innerhalb des Jahres 2019 erfasst wurden. 19,2 Prozent der Population waren von einer Fettstoffwechselstörung betroffen.

Die geschlechtsspezifisch sehr unterschiedliche Erfassungshäufigkeit des Schlüssels Z12 „Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen“ gibt einen ersten Hinweis auf die unterschiedliche Bedeutung von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Männern (Z12: 10,4 Prozent) und Frauen (Z12: 34,3 Prozent).

Tabelle 2.12: Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte dreistellige Diagnosen 2019

ICD-10-Kode	ICD-10-Diagnose dreistellig	Männer	Frauen	gesamt
		Anteile in Prozent		
I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	28,7	28,9	28,8
M54	Rückenschmerzen	21,7	27,9	24,8
Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	10,4	34,3	22,5
J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	21,1	21,9	21,5
H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	17,5	23,4	20,5
E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	19,4	19,0	19,2
Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	17,5	18,7	18,1
Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	14,5	17,5	16,0
Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	0,4	27,7	14,2
N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	0,0	24,1	12,2
Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	3,5	20,1	11,9
F32	Depressive Episode	8,6	15,0	11,8
F45	Somatoforme Störungen	7,4	14,0	10,8
E66	Adipositas	9,4	11,3	10,4
R10	Bauch- und Beckenschmerzen	6,6	14,0	10,3
J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	8,8	9,8	9,3
M47	Spondylose	7,6	10,7	9,2
M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,5	10,2	8,9
A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	9,1	8,4	8,8
E11	Diabetes mellitus, Typ 2	9,6	7,8	8,7
E04	Sonstige nichttoxische Struma	4,6	12,6	8,7
J45	Asthma bronchiale	7,8	9,3	8,5
M51	Sonstige Bandscheibenschäden	8,0	9,0	8,5
Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	8,2	8,5	8,4
Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	6,9	9,6	8,3

ICD-10-Kode	ICD-10-Diagnose dreistellig	Männer	Frauen	gesamt
		Anteile in Prozent		
F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	5,8	10,4	8,1
D22	Melanozytennävus	6,9	9,3	8,1
M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	6,3	9,1	7,7
K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	7,2	8,1	7,6
M25	Sonstige Gelenkkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	6,7	8,4	7,6
T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	7,4	7,6	7,5
E03	Sonstige Hypothyreose	3,3	11,6	7,5
N95	Klimakterische Störungen	0,0	14,6	7,4
H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	7,3	7,5	7,4
L30	Sonstige Dermatitis	6,7	7,9	7,3
K29	Gastritis und Duodenitis	6,3	8,1	7,2
M53	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens, anderenorts nicht klassifiziert	5,4	8,9	7,2
Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	5,7	8,5	7,1
M79	Sonstige Krankheiten des Weichteilgewebes, anderenorts nicht klassifiziert	5,3	8,6	7,0
N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	3,5	10,3	7,0
Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	6,3	7,6	7,0
R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	5,2	8,6	6,9
I83	Varizen der unteren Extremitäten	4,1	9,4	6,8
G47	Schlafstörungen	7,0	6,6	6,8
I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	8,2	4,8	6,5
T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,1	7,5	6,3
J20	Akute Bronchitis	6,2	6,3	6,3
H53	Sehstörungen	5,5	6,8	6,2
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	6,7	5,5	6,1
H10	Konjunktivitis	5,5	6,6	6,1
K76	Sonstige Krankheiten der Leber	6,5	5,5	6,0
M77	Sonstige Enthesopathien	4,9	6,8	5,9
F41	Andere Angststörungen	3,9	7,6	5,8

ICD-10-Kode	ICD-10-Diagnose dreistellig	Männer	Frauen	gesamt
		Anteile in Prozent		
B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	5,7	5,7	5,7
H26	Sonstige Kataraktformen	4,7	6,4	5,6
M19	Sonstige Arthrose	4,6	6,4	5,5
H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	4,7	6,2	5,5
M21	Sonstige erworbene Deformitäten der Extremitäten	4,5	6,4	5,4
M75	Schulterläsionen	5,0	5,7	5,4
N40	Prostatahyperplasie	10,4	0,0	5,1
G43	Migräne	2,5	7,6	5,1
M62	Sonstige Muskelkrankheiten	4,2	5,9	5,1
R42	Schwindel und Taumel	3,8	6,1	5,0
E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	6,5	3,3	4,9
Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunsisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	4,6	4,9	4,8
M42	Osteochondrose der Wirbelsäule	4,0	5,6	4,8
M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	3,9	5,4	4,7
H25	Cataracta senilis	4,0	5,3	4,7
I49	Sonstige kardiale Arrhythmien	4,3	4,9	4,6
L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	4,0	5,1	4,6
J44	Sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit	4,7	4,4	4,6
R51	Kopfschmerz	3,8	5,2	4,5
K57	Divertikulose des Darmes	4,2	4,7	4,4
F33	Rezidivierende depressive Störung	3,1	5,6	4,4
N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	0,0	8,5	4,3
R05	Husten	3,9	4,7	4,3
E14	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus	4,8	3,8	4,3
Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	4,7	3,9	4,3
H40	Glaukom	3,5	4,9	4,2
J02	Akute Pharyngitis	3,8	4,6	4,2
J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	4,1	4,3	4,2
M41	Skoliose	3,1	5,2	4,2
H90	Hörverlust durch Schallleitungs- oder Schallempfindungsstörung	4,0	4,2	4,1
J32	Chronische Sinusitis	3,5	4,6	4,1

ICD-10-Kode	ICD-10-Diagnose dreistellig	Männer	Frauen	gesamt
		Anteile in Prozent		
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert	3,0	5,1	4,1
H50	Sonstiger Strabismus	3,7	4,5	4,1
Z98	Sonstige Zustände nach chirurgischem Eingriff	3,3	4,7	4,0
Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	3,9	4,0	4,0
K64	Hämorrhoiden und Perianalvenenthrombose	3,9	3,9	3,9
H91	Sonstiger Hörverlust	3,8	4,0	3,9
I70	Atherosklerose	4,3	3,6	3,9
J03	Akute Tonsillitis	3,5	4,2	3,9
T88	Sonstige Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert	2,9	4,8	3,9
N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	0,0	7,6	3,9
N18	Chronische Nierenkrankheit	4,0	3,6	3,8
M23	Binnenschädigung des Kniegelenkes [internal derangement]	3,8	3,8	3,8
K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	3,9	3,7	3,8
N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	0,0	7,5	3,8
M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	1,2	6,2	3,7
I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	4,1	3,3	3,7

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert D2019

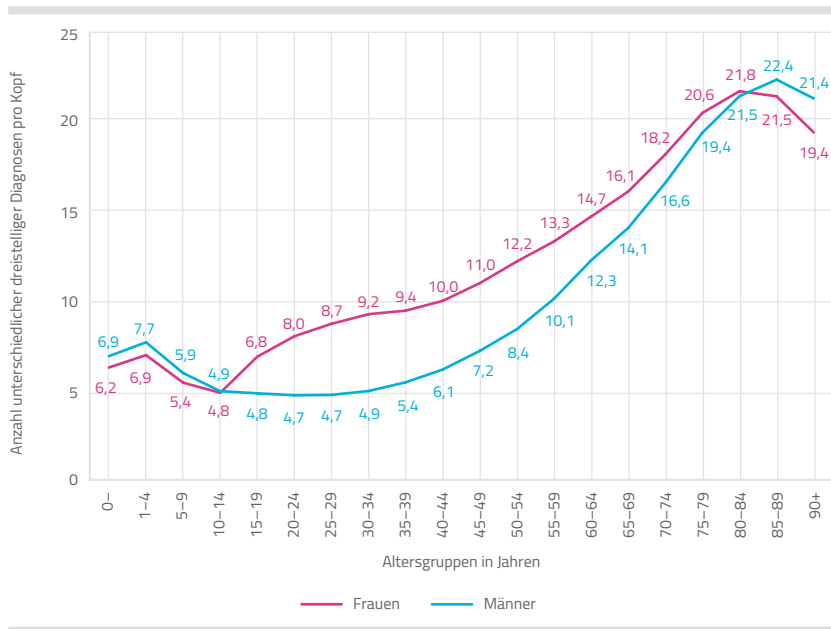
Diagnosezahl und Diagnosekombinationen

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

Im Mittel wurden je Person im Rahmen der ambulanten Versorgung nach geschlechts- und altersstandardisierten Auswertungen von BARMER-Daten innerhalb des Jahres 2019 35,6 formal gültige Diagnoseschlüssel (von beliebigen, gegebenenfalls auch unterschiedlichen Ärzten) erfasst. Hochgerechnet auf die bundesdeutsche Bevölkerung entspricht dies 2,96 Milliarden dokumentierten Diagnoseangaben. Dabei fanden sich je Person durchschnittlich 13,2 unterscheidbare Diagnoseangaben (auf dreistelliger ICD-10-Ebene). Selbst wenn bei der Auswertung Diagnosekapitel unberücksichtigt bleiben, die primär keine Erkrankung repräsentieren (Kapitel 18 „Symptome“ und Kapitel 21 „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“), resultierten durchschnittlich noch 10,6 unterschiedliche Diagnosen je Person (Männer: 9,0; Frauen: 12,1). Abbildung 2.9 zeigt die durchschnittliche geschlechts- und altersspezifische Anzahl von unterscheidbaren Diagnosen mit der beschriebenen Beschränkung auf Erkrankungsdiagnosen pro Kopf im Jahr 2019.

in Deutschland
~2,96 Mrd. ambulante
Diagnosen erfasst –
2019 pro Kopf Ø 10,6
verschiedene Erkran-
kungen

Abbildung 2.9: Anzahl unterschiedlicher dreistelliger Diagnosen pro Kopf nach Geschlecht und Alter 2019



Quelle: BARMER-Daten 2019; nur dreistellige Diagnosen aus den ICD-10-Kapiteln 1 bis 17 sowie 19

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

Tabelle 2.13: Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2019

Zahl der Diagnosen	nach Gesamtzahl differenzierbarer Diagnosen		nach Zahl der differenzierbaren Diagnosen, nur Kapitel 1–17, 19	
	Prozent	kumulativ	Prozent	kumulativ
0	7,1	7,1	7,9	7,9
1	3,4	10,4	4,8	12,7
2	4,0	14,4	5,7	18,3
3	4,4	18,8	6,0	24,4
4	4,7	23,5	6,1	30,5
5	4,8	28,3	6,0	36,5
6	4,8	33,1	5,7	42,2
7	4,7	37,8	5,4	47,6
8	4,6	42,3	4,9	52,5
9	4,3	46,7	4,5	57,0
10	4,1	50,8	4,1	61,2
11–15	16,9	67,7	15,6	76,7
16–20	11,4	79,1	9,5	86,2
21–30	12,4	91,5	9,2	95,4
31 und mehr	8,5	100,0	4,6	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert D2019

Für die nachfolgenden Darstellungen zu Kombinationen von Diagnosen wurden zunächst alle unterschiedlichen gültigen Diagnosen zu einzelnen Patienten (auf dreistelliger ICD-10-Ebene) innerhalb des Jahres 2019 ermittelt. Anschließend wurden alle auf Versichertenebene vorkommenden Kombinationen aus zwei Diagnoseschlüsseln in eine externe Datei geschrieben. Auf Basis einer entsprechenden Datei mit allen Diagnosekombinationen zu allen Versicherten wurden schließlich empirisch die am häufigsten erfassten

Kombinationen ermittelt. Durch die Verwendung geeigneter Gewichtungen lassen sich dabei sinngemäß geschlechts- und altersstandardisierte Häufigkeiten von Diagnosekombinationen angeben. Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu bedenken, dass einzelne Personen mit mehreren Diagnosen eine Vielzahl von Diagnosekombinationen aufweisen können, also keinesfalls nur einer der Kombinationen exklusiv zugeordnet werden.

Tabelle 2.14 zeigt die 20 häufigsten Zweierkombinationen gültiger Diagnoseschlüssel. An erster Stelle der Rangfolge erscheint die Kombination der beiden Diagnosen Fettstoffwechselstörungen und Bluthochdruck (E78, I10), die innerhalb des Jahres 2019 schätzungsweise bei etwa 13 Prozent der Bevölkerung und damit bei etwa 10,9 Millionen Personen in Deutschland erfasst wurde.

10,9 Mio. Personen mit
Bluthochdruck und Fett-
stoffwechselstörungen

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

Tabelle 2.15 zeigt eine Liste der empirisch in der Gesamtpopulation des Jahres 2019 am häufigsten feststellbaren Zweierkombinationen von Diagnosen, die sich im Gegensatz zu Tabelle 2.14 weitgehend auf Kombinationen von Diagnoseschlüsseln im Sinne von Erkrankungen beschränkt. Hierzu wurden alle Kombinationen von Schlüsseln ausgeschlossen, die nicht in den ICD-10-Kapiteln 1 bis 17 beziehungsweise 19 enthalten sind. Zudem wurden Kombinationen mit bestimmten und sehr häufig dokumentierten Sehfehlern im Sinne der Diagnosen H50 bis H52 ausgeschlossen.

Tabelle 2.14: Top 20 der Zweierkombinationen von Diagnosen 2019

Rang	ICD-10-Kode	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen siehe offiziellen ICD-10-Katalog)	Anteil Bevölkerung in Prozent	Betroffene in Tausend
1	E78, I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	13,16	10.932
2	I10, M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	11,17	9.281
3	H52, I10	Fehlsichtigkeit, Bluthochdruck	9,70	8.059
4	I10, Z25	Bluthochdruck, Impfung gegen einzelnen Virus	8,90	7.398
5	I10, Z12	Bluthochdruck, spezielle Untersuchung auf Neubildungen	8,53	7.091
6	M54, Z12	Rückenschmerzen, spezielle Untersuchung auf Neubildungen	8,25	6.853
7	N89, Z12	Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina, spezielle Untersuchung auf Neubildungen	8,17	6.791
8	Z12, Z30	Spezielle Untersuchung auf Neubildungen, Kontrazeption	8,12	6.751
9	N89, Z30	Nichtentzündliche Krankheiten der Vagina, Kontrazeption	8,10	6.728
10	E78, M54	Fettstoffwechselstörung, Rückenschmerzen	7,87	6.542
11	E11, I10	Diabetes Typ 2, Bluthochdruck	7,08	5.879
12	H52, M54	Fehlsichtigkeit, Rückenschmerzen	6,95	5.776
13	E78, H52	Fettstoffwechselstörungen, Fehlsichtigkeit	6,76	5.620
14	E66, I10	Adipositas, Bluthochdruck	6,72	5.585
15	H52, Z12	Fehlsichtigkeit, spezielle Untersuchung auf Neubildungen	6,41	5.323
16	E78, Z25	Fettstoffwechselstörungen, Impfung gegen einzelnen Virus	6,12	5.081
17	E78, Z12	Fettstoffwechselstörungen, spezielle Untersuchung auf Neubildungen	6,06	5.036
18	M47, M54	Spondylose, Rückenschmerzen	6,05	5.026
19	I10, Z00	Bluthochdruck, Allgemeinuntersuchung	5,84	4.854
20	M51, M54	Sonstige Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen	5,83	4.843

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019; Basis: gültige personenbezogene Diagnoseschlüsselangaben

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

Tabelle 2.15: Top 20 der Zweierkombinationen von Erkrankungsdiagnosen 2019

Rang	ICD-10-Kode	Diagnosekurzbezeichnungen (für exakte Diagnosebezeichnungen siehe offiziellen ICD-10-Katalog)	Anteil Bevölkerung in Prozent	Betroffene in Tausend
1*	E78, I10	Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck	13,16	10.932
2*	I10, M54	Bluthochdruck, Rückenschmerzen	11,17	9.281
3*	E78, M54	Fettstoffwechselstörungen, Rückenschmerzen	7,87	6.542
4*	E11, I10	Diabetes Typ 2, Bluthochdruck	7,08	5.879
5*	E66, I10	Adipositas, Bluthochdruck	6,72	5.585
6*	M47, M54	Spondylose, Rückenschmerzen	6,05	5.026
7*	M51, M54	Sonstige Bandscheibenschäden, Rückenschmerzen	5,83	4.843
8	M54, M99	Rückenschmerzen, biomechanische Funktionsstörungen	5,77	4.792
9	I10, M47	Bluthochdruck, Spondylose	5,63	4.681
10	I10, I25	Bluthochdruck, ischämische Herzkrankheit	5,55	4.608
11	F32, I10	Depressive Episode, Bluthochdruck	5,49	4.564
12	I10, M17	Bluthochdruck, Arthrose des Kniegelenkes	5,36	4.453
13	J06, M54	Akute Atemwegsinfekte, Rückenschmerzen	5,34	4.436
14	F45, M54	Somatoforme Störung, Rückenschmerzen	5,32	4.420
15	F32, M54	Depressive Episode, Rückenschmerzen	5,31	4.415
16	E11, E78	Diabetes Typ 2, Fettstoffwechselstörungen	4,95	4.116
17	E04, I10	Sonstige Vergrößerung der Schilddrüse, Bluthochdruck	4,81	3.999
18	F45, I10	Somatoforme Störung, Bluthochdruck	4,73	3.932
19	M53, M54	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule, Rückenschmerzen	4,54	3.771
20	I10, M51	Bluthochdruck, sonstige Bandscheibenschäden	4,53	3.761

* bereits in Tabelle 2.14 aufgeführte Kombinationen

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019; Basis: gültige personenbezogene Diagnoseschlüsselangaben aus den Diagnosekapiteln 1–17 und 19, ohne Diagnosen von Sehfehlern ICD-10: H50–H52

5 der 13 neu gelisteten Zweierkombinationen beinhalten Rückenschmerzen (M54) als einen der beiden Diagnoseschlüssel. Neben Kombinationen von Rückenschmerzen mit Bandscheibenschäden (M51) und anderen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Bewegungsapparats (M47, M53, M99) sowie akuten Atemwegsinfekten (J06) sind auch Kombinationen mit psychischen Beschwerden relativ häufig (F45, F32). So dürften nach den

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

Berechnungen in Deutschland innerhalb des Jahres 2019 bei jeweils etwa 4,4 Millionen Menschen Rückenschmerzen in Kombination mit somatoformen Störungen (F45) und in Kombination mit depressiven Episoden (F32) ambulant diagnostiziert worden sein. Die verbleibenden acht häufigen Kombinationen beinhalten als eine der Kombinationsdiagnosen jeweils Bluthochdruck (I10) oder Fettstoffwechselstörungen (E78).

2.7 Diagnosen – differenzierte Betrachtung

2.7.1 Ambulante Diagnosen und reale Erkrankungshäufigkeiten

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

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

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

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

Zudem dürfte es eine Reihe von Behandlungsanlässen geben, die sich nur schlecht mit den vorgegebenen ICD-Diagnosen beschreiben oder im Sinne der Abrechnungsvorgaben begründen lassen und die insofern zu einer Kodierung von mehr oder weniger sinnvollen „Ersatzdiagnosen“ führen können. Schließlich ist – insbesondere in Anbetracht der hohen Zahl an dokumentierten Diagnosen – selbst bei Unterstellung einer sorgfältigen und gewissenhaften ärztlichen Dokumentation von einem gewissen Anteil an Eingabe- und Übertragungsfehlern auszugehen. Diese würden schon bei ausgesprochen geringen Fehlerraten um ein Promille allein in den hier ausgewerteten BARMER-Daten des Jahres 2019 zu mehr als 387.000 fehlerhaft erfassten Diagnoseschlüsseln führen.

Vorteile von Diagnoseinformationen aus Routinedaten

Trotz der genannten Einschränkungen bieten die Diagnoseinformationen aus der ambulanten Versorgung bei einer Verknüpfung mit weiteren Daten einer Krankenkasse wichtige und anderweitig in wesentlichen Teilen schlicht nicht verfügbare Möglichkeiten zu Auswertungen im Hinblick auf Erkrankungshäufigkeiten, die, im Gegensatz zu den meisten Primärerhebungen,

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

2.7.2 Häufige Diagnosen in bestimmten Altersgruppen

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

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

Säuglinge und Kleinkinder, Altersgruppe 0 bis 4 Jahre

Säuglinge und Kleinkinder stellten 2019 in Deutschland mit 3,9 Millionen einen Anteil von 4,7 Prozent an der Gesamtbevölkerung. Die Zahl der Arztkontakte liegt in dieser jüngsten Altersgruppe allgemein über der bei älteren Kindern (siehe auch Abbildung 2.4). Tabelle 2.16 gibt einen Überblick zu den 20 am häufigsten vergebenen dreistelligen ICD-10-Schlüsseln unter Säuglingen und Kleinkindern. Grundsätzlich sind mit dieser Formulierung „häufigste Diagnosen“ an dieser Stelle und in den nachfolgenden Abschnitten immer die Diagnosen gemeint, die den größten Anteil der jeweils fokussierten Gruppe betreffen, was jedoch sprachlich nur recht umständlich korrekt zum Ausdruck gebracht werden kann. In der ersten Ergebnisspalte wird der prozentuale Anteil der innerhalb des Jahres 2019 von der genannten Diagnose betroffenen Säuglinge und Kleinkinder angegeben, die zweite Ergebnisspalte nennt die hochgerechnete absolute Zahl der Betroffenen in Deutschland 2019.

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 3.944 Tausend; Anteil: 4,7 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	86,2	3.400
2	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	55,6	2.194
3	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	44,4	1.752
4	Z23	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten	35,8	1.411
5	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	29,5	1.164
6	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	28,3	1.118
7	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	26,9	1.061
8	H10	Konjunktivitis	25,7	1.013
9	J20	Akute Bronchitis	25,0	985
10	R50	Fieber sonstiger und unbekannter Ursache	20,2	796
11	Z29	Notwendigkeit von anderen prophylaktischen Maßnahmen	18,0	711
12	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	17,3	682
13	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	17,0	672
14	B99	Sonstige und nicht näher bezeichnete Infektionskrankheiten	16,4	646
15	H66	Eitrige und nicht näher bezeichnete Otitis media	16,3	641
16	H65	Nichteitrige Otitis media	15,0	590
17	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	13,5	532
18	B08	Sonstige Virusinfektionen, die durch Haut- und Schleimhautläsionen gekennzeichnet sind, anderenorts nicht klassifiziert	13,4	529
19	R05	Husten	13,4	528
20	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	13,1	518

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

Ein erster Blick auf die Tabelle offenbart, dass neben Routine- beziehungsweise Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen unterschiedliche Infektionserkrankungen eine herausragende Rolle in der ambulanten Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern spielen. Mehr als die Hälfte der Kinder waren auch 2019 von „Akuten Infektionen ...“ im Sinne der unspezifischen Diagnose J06 betroffen, bei etwa einem Viertel der Kinder wurden jeweils eine nicht näher bezeichnete Viruskrankheit (B34), eine „Akute Bronchitis“ (J20) und eine „Konjunktivitis“ (H10) diagnostiziert. Ein „Fieber unbekannter Ursache“ (R50) wurde bei gut einem Fünftel der Kinder festgestellt. Eine eitrige Mittelohrentzündung (H66) betraf rund 16 Prozent der Kinder.

Kinder, Altersgruppe 5 bis 14 Jahre

im Schulalter bei 23,3%
der Kinder Sehfehler
diagnostiziert

Die 5- bis 14-Jährigen, hier als Kinder bezeichnet, repräsentierten 2019 in Deutschland mit 7,4 Millionen einen Bevölkerungsanteil von 8,9 Prozent. Die Anzahl der Arztkontakte bewegt sich in dieser Altersgruppe bei beiden Geschlechtern auf einem weitgehend übereinstimmenden und im Vergleich zu anderen Altersgruppen verhältnismäßig niedrigen Niveau (siehe auch Abbildung 2.4). Im Vergleich zum Kleinkindalter spielen Routineuntersuchungen und Impfungen eine deutlich geringere Rolle. Deutlich seltener wird unter anderem eine Mittelohrentzündung diagnostiziert, welche in dieser Altersgruppe nicht mehr unter den häufigsten dreistelligen ICD-10-Diagnosen zu finden ist. Eine sehr starke Bedeutung erlangen mit Eintritt ins Schulalter Sehfehler, die unter verschiedenen ICD-10-Schlüsseln erfasst werden (H50, H52, H53). 23,3 Prozent der Kinder erhielten innerhalb des Jahres 2019 die Diagnose einer Fehlsichtigkeit im Sinne des ICD-10-Schlüssels H52. Andere Diagnosen, wie die „Akute Tonsillitis“ (J03) sowie „Verletzungen“ (T14), zeigen im Vergleich zum Kleinkindalter eine leicht rückgängige Diagnoserate, steigen jedoch durch den Wegfall anderer Diagnosen in der Rangfolge der häufigsten Diagnoseschlüssel auf einen der vorderen 20 Ränge auf.

Bei 8,9 Prozent der 5- bis 14-Jährigen wurde innerhalb des Jahres ein „Atopisches Ekzem“ (L20) dokumentiert, auch „Asthma bronchiale“ (J45) betrifft mit 8,3 Prozent einen vergleichbar hohen Anteil.

Bei 14,0 Prozent der Kinder wurden 2019 „Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache“ (F80) diagnostiziert, die im BARMER Arztreport 2012 mit dem

Schwerpunkt „Kindergesundheit“ näher fokussiert wurden. Hochgerechnet auf die deutsche Bevölkerung entspricht dies rund 1.037.000 betroffenen Kindern im Alter zwischen 5 und 14 Jahren. Bereits von 2010 bis 2018 wurde ein von 10,0 auf 13,7 Prozent stetig zunehmender Anteil betroffener Kinder dokumentiert, der 2019 nochmals gestiegen ist.

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 7.397 Tausend; Anteil: 8,9 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	28,5	2.109
2	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	23,3	1.726
3	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	19,4	1.435
4	F80	Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache	14,0	1.037
5	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	13,8	1.020
6	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	13,2	973
7	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	12,1	898
8	H50	Sonstiger Strabismus	11,2	826
9	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	9,9	734
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	9,9	734
11	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	9,5	703
12	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	9,3	689
13	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	8,9	660
14	L20	Atopisches [endogenes] Ekzem	8,9	657
15	J03	Akute Tonsillitis	8,7	647
16	Z24	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten	8,7	643
17	J20	Akute Bronchitis	8,5	631
18	H53	Sehstörungen	8,5	629
19	J45	Asthma bronchiale	8,3	612
20	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	8,2	606

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

Jugendliche, Altersgruppe 15 bis 24 Jahre

Als Jugendliche sollen im Kontext dieser Auswertung 15- bis 24-Jährige verstanden werden, die 2019 mit 8,6 Millionen Personen einen Bevölkerungsanteil von 10,3 Prozent in Deutschland stellten. Ab einem Alter von 15 Jahren zeigen sich unter männlichen und weiblichen Personen erheblich divergierende Inanspruchnahmen der ambulanten Versorgung (siehe auch Abbildung 2.4) sowie ein erheblich unterschiedliches Diagnosespektrum, weshalb ab diesem Alter grundsätzlich separat ermittelte Ergebnisse zu Männern und Frauen dargestellt werden.

Männliche Jugendliche im Alter zwischen 15 und 24 Jahren weisen eine insgesamt ausgesprochen geringe Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher Leistungen auf. Unter den aufgeführten und noch relativ häufigen Diagnosen spielen akute und oftmals infektiöse Erkrankungen weiterhin eine dominierende Rolle. Erwartungsgemäß taucht die Diagnose „Akne“ (L70) als typisches Pubertätsproblem in der Liste der häufigen Diagnosen auf. Auch allergische Erkrankungen (J30, J45, T78) spielen eine relativ große Rolle. Hinter der etwas missverständlich bezeichneten Diagnose T78 „Unerwünschte Nebenwirkungen“ verbergen sich dabei in der Regel nicht näher bezeichnete Allergien. Bemerkenswert erscheint, dass „Rückenschmerzen“ (M54) unter männlichen Jugendlichen bereits Rang vier der häufigsten Diagnosen einnehmen.

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

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 4.477 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 10,9 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	28,7	1.285
2	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	16,9	758
3	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,2	500
4	M54	Rückenschmerzen	10,8	484
5	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	10,2	457
6	R51	Kopfschmerz	8,8	394
7	J45	Asthma bronchiale	8,6	383
8	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	8,0	357
9	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	7,2	324
10	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	7,2	323
11	L70	Akne	7,0	312
12	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	6,8	304
13	Q66	Angeborene Deformitäten der Füße	6,2	278
14	J03	Akute Tonsillitis	6,2	276
15	J02	Akute Pharyngitis	6,1	275
16	Z26	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten	5,7	256
17	R11	Übelkeit und Erbrechen	5,7	253
18	J00	Akute Rhinopharyngitis [Erkältungsschnupfen]	5,5	247
19	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,5	245
20	T78	Unerwünschte Nebenwirkungen, anderenorts nicht klassifiziert	5,4	241

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 4.103 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 9,7 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	62,5	2.564
2	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	34,7	1.424
3	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	30,7	1.260
4	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	27,5	1.130
5	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	24,0	983
6	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	19,0	781
7	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	17,7	727
8	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	16,0	658
9	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	15,4	631
10	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	14,8	606
11	M54	Rückenschmerzen	13,6	559
12	L70	Akne	12,7	522
13	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,1	454
14	R51	Kopfschmerz	10,5	432
15	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	9,5	388
16	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	9,4	387
17	J03	Akute Tonsillitis	9,1	372
18	F45	Somatoforme Störungen	8,9	365
19	G43	Migräne	8,9	365
20	N39	Sonstige Krankheiten des Harnsystems	8,8	359

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

Junge Erwachsene, Altersgruppe 25 bis 39 Jahre

Junge Erwachsene in der hier gewählten Abgrenzung von Altersgruppen repräsentierten 2019 mit 15,8 Millionen Personen 19,1 Prozent der deutschen Bevölkerung.

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

denen innerhalb des Jahres 2019 jeweils etwa 25,8 beziehungsweise 18,7 Prozent betroffen waren. Neben einer Reihe von infektiösen und/oder akut verlaufenden Erkrankungen zeigt sich in der Liste der häufigsten Diagnosen bei Männern bereits die Diagnose einer „Essentiellen Hypertonie“ (I10), die 2019 bei 7,9 Prozent der Männer dokumentiert wurde. Eine „Depressive Episode“ (F32) wurde bei 7,3 und „Somatoforme Störungen“ (F45) wurden bei 6,0 Prozent der jüngeren Männer diagnostiziert und erreichten damit Rang neun und zwölf unter den häufigsten Diagnosen.

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 8.141 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 19,9 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	25,8	2.100
2	M54	Rückenschmerzen	18,7	1.525
3	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	13,5	1.095
4	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	10,1	822
5	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	7,9	641
6	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	7,3	596
7	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	7,3	595
8	J45	Asthma bronchiale	7,3	594
9	F32	Depressive Episode	7,3	591
10	T14	Verletzung an einer nicht näher bezeichneten Körperregion	6,4	518
11	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	6,3	512
12	F45	Somatoforme Störungen	6,0	488
13	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	5,8	470
14	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	5,7	465
15	M25	Sonstige Gelenkrankheiten, anderenorts nicht klassifiziert	5,7	462
16	D22	Melanozytennävus	5,4	443
17	B34	Viruskrankheit nicht näher bezeichneter Lokalisation	5,4	440
18	K52	Sonstige nichtinfektiöse Gastroenteritis und Kolitis	5,4	439
19	K29	Gastritis und Duodenitis	5,3	429
20	Z27	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten	5,2	427

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

Unter jungen Frauen bilden die bereits in Bezug auf weibliche Jugendliche umrissenen gynäkologischen Diagnosen weiterhin einen Schwerpunkt. Eine zunehmende Bedeutung zeigen im jungen Erwachsenenalter Diagnosen von psychischen Störungen auch bei Frauen. Die Diagnose einer „Somatoformen Störung“ (F45) wurde 2019 in diesem Alter innerhalb eines Jahres bei 13,0 Prozent der Frauen gestellt, die Diagnose „Depressive Episode“ (F32) betraf 12,2 Prozent der Frauen.

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 7.708 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 18,3 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	65,6	5.056
2	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	45,8	3.527
3	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	44,1	3.397
4	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	28,2	2.174
5	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	25,7	1.978
6	M54	Rückenschmerzen	23,2	1.787
7	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	19,6	1.510
8	N94	Schmerz und andere Zustände im Zusammenhang mit den weiblichen Genitalorganen und dem Menstruationszyklus	18,0	1.386
9	N92	Zu starke, zu häufige oder unregelmäßige Menstruation	15,5	1.197
10	F45	Somatoforme Störungen	13,0	998
11	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	12,7	976
12	E03	Sonstige Hypothyreose	12,5	965
13	A09	Sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen und nicht näher bezeichneten Ursprungs	12,2	943
14	F32	Depressive Episode	12,2	941
15	N76	Sonstige entzündliche Krankheit der Vagina und Vulva	12,1	934
16	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	11,5	890
17	G43	Migräne	10,2	788
18	Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft	10,1	780
19	O09	Schwangerschaftsdauer	10,1	775
20	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	10,0	772

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

Erwachsene, Altersgruppe 40 bis 64 Jahre

Erwachsene im Alter zwischen 40 und 64 Jahren repräsentierten 2019 mit 35,3 Prozent beziehungsweise 29,3 Millionen Personen mehr als ein Drittel der deutschen Bevölkerung.

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 14.684 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 35,8 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	35,6	5.229
2	M54	Rückenschmerzen	28,8	4.227
3	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	24,8	3.648
4	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	17,8	2.613
5	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	15,9	2.340
6	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	15,0	2.208
7	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	13,6	1.997
8	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	12,2	1.787
9	E66	Adipositas	12,2	1.785
10	F32	Depressive Episode	11,9	1.745
11	F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	10,5	1.547
12	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	10,4	1.529
13	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	10,0	1.475
14	M47	Spondylose	9,5	1.402
15	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	9,3	1.371
16	F45	Somatoforme Störungen	9,3	1.369
17	G47	Schlafstörungen	9,3	1.361
18	K21	Gastroösophageale Refluxkrankheit	9,3	1.360
19	J30	Vasomotorische und allergische Rhinopathie	8,9	1.301
20	N40	Prostatahyperplasie	8,8	1.295

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 14.652 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 34,8 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	46,9	6.865
2	M54	Rückenschmerzen	35,6	5.220
3	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	30,2	4.422
4	N89	Sonstige nichtentzündliche Krankheiten der Vagina	28,1	4.112
5	Z30	Kontrazeptive Maßnahmen	26,5	3.886
6	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	25,6	3.751
7	N95	Klimakterische Störungen	23,9	3.503
8	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	21,3	3.124
9	J06	Akute Infektionen an mehreren oder nicht näher bezeichneten Lokalisationen der oberen Atemwege	20,3	2.981
10	F32	Depressive Episode	19,6	2.873
11	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	19,3	2.827
12	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	17,7	2.593
13	F45	Somatoforme Störungen	17,5	2.568
14	E04	Sonstige nichttoxische Struma	16,7	2.453
15	F43	Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	14,3	2.091
16	E03	Sonstige Hypothyreose	14,0	2.047
17	E66	Adipositas	14,0	2.045
18	R10	Bauch- und Beckenschmerzen	13,9	2.043
19	M99	Biomechanische Funktionsstörungen, anderenorts nicht klassifiziert	13,2	1.941
20	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	13,0	1.898

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

In der Liste der häufigen Diagnosen treten akute Erkrankungen in den Hintergrund. Unter Männern bilden in diesem Alter mehr oder minder klar spezifizierte Beschwerden und Erkrankungen der Wirbelsäule eine wesentliche Gruppe von Diagnosen (M54, M51, M47, siehe Tabelle 2.22). Eine erhebliche Bedeutung fällt auch der Diagnose von kardiovaskulären Risikofaktoren im weiteren Sinne zu. In diesem Kontext wären als Diagnosen zu

nennen die „Essentielle Hypertonie“ (I10: 35,6 Prozent), Fettstoffwechselstörungen (E78: 24,8 Prozent), „Adipositas“ (starkes Übergewicht, E66: 12,2 Prozent) sowie der Typ-2-Diabetes (E11: 10,0 Prozent).

Auch unter Frauen verschiebt sich das Spektrum häufiger Diagnosen. Rückenbeschwerden haben eine große Bedeutung. „Klimakterische Störungen“ (N95), also Beschwerden in den Wechseljahren, werden in den genannten Altersgruppen bei knapp einem Viertel aller Frauen explizit als Diagnose erfasst. Schilddrüsenvergrößerungen (E04) betreffen 16,7 Prozent der Frauen, „Depressive Episoden“ (F32) 19,6 Prozent. Ausgesprochen häufig werden auch bei Frauen Erkrankungen im Sinne kardiovaskulärer Risikofaktoren diagnostiziert (Hypertonie, I10: 30,2 Prozent; Fettstoffwechselstörungen, E78: 19,3 Prozent).

Ruhestandsalter, Altersgruppe 65 bis 79 Jahre

In Deutschland lebten 2019 etwa 12,5 Millionen Menschen im Alter zwischen 65 und 79 Jahren, was einem Anteil von 15,0 Prozent der Bevölkerung entspricht.

In dieser Altersgruppe dominieren bei beiden Geschlechtern chronische Erkrankungen das Diagnosespektrum. Bei mehr als 65 Prozent der Personen wird innerhalb eines Jahres die Diagnose einer „Hypertonie“ dokumentiert, bei mehr als 45 Prozent eine „Fettstoffwechselstörung“, die explizite Diagnose eines „Diabetes mellitus Typ 2“ fand sich bei 28,9 Prozent der Männer und 19,9 Prozent der Frauen. Die Diagnose einer ischämischen beziehungsweise koronaren Herzerkrankung im Sinne des Diagnoseschlüssels I25 wurde bei 26,0 Prozent, also bei mehr als einem Viertel der Männer, dokumentiert.

chronische Erkrankungen
bei Menschen > 65 Jahre
dominant

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

Bei Frauen wurde auch nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Diagnose einer „Klimakterischen Störung“ (N95) mit 31,1 Prozent noch ausgesprochen häufig vergeben. Bei 18,6 Prozent der Männer und 23,3 Prozent der Frauen wurde 2019 mit dem ICD-10-Kode Z96 das „Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten“ dokumentiert.

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 5.780 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 14,1 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	70,3	4.065
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	48,5	2.803
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	36,0	2.081
4	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	35,7	2.061
5	N40	Prostatahyperplasie	34,1	1.969
6	M54	Rückenschmerzen	32,0	1.847
7	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	28,9	1.669
8	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	26,0	1.505
9	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	26,0	1.500
10	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	20,1	1.159
11	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	18,6	1.073
12	M47	Spondylose	18,1	1.047
13	E66	Adipositas	17,5	1.013
14	E79	Störungen des Purin- und Pyrimidinstoffwechsels	17,5	1.011
15	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	17,1	986
16	H26	Sonstige Kataraktformen	16,9	978
17	H25	Cataracta senilis	15,6	900
18	M51	Sonstige Bandscheibenschäden	14,9	858
19	K76	Sonstige Krankheiten der Leber	14,8	857
20	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	14,8	856

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 6.673 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 15,9 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	66,2	4.416
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	46,1	3.076
3	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	42,2	2.816
4	M54	Rückenschmerzen	40,3	2.690
5	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	36,9	2.463
6	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	35,9	2.395
7	N95	Klimakterische Störungen	31,1	2.077
8	E04	Sonstige nichttoxische Struma	24,0	1.603
9	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	23,3	1.553
10	M47	Spondylose	23,0	1.536
11	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	22,6	1.507
12	Z01	Sonstige spezielle Untersuchungen und Abklärungen bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	21,2	1.416
13	H26	Sonstige Kataraktformen	20,0	1.334
14	Z00	Allgemeinuntersuchung und Abklärung bei Personen ohne Beschwerden oder angegebene Diagnose	20,0	1.332
15	F32	Depressive Episode	19,9	1.329
16	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	19,9	1.327
17	I83	Varizen der unteren Extremitäten	19,3	1.291
18	F45	Somatoforme Störungen	18,5	1.237
19	H25	Cataracta senilis	18,1	1.210
20	E66	Adipositas	17,4	1.162

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

Hochbetagte, Altersgruppe ab 80 Jahre

Hochbetagte bilden in der hier gewählten Abgrenzung mit einem Alter ab 80 Jahre bislang in Deutschland, insbesondere unter Männern, eine noch verhältnismäßig kleine, aber wachsende Gruppe. Geschlechtsübergreifend stellten sie in Deutschland 2019 mit etwa 5,5 Millionen Personen einen Anteil von 6,7 Prozent der Bevölkerung. Aufgrund der geringeren allgemeinen Lebenserwartung, aber auch noch mitbedingt durch die hohe Zahl der männlichen Kriegstoten des Zweiten Weltkriegs, sind Männer mit 2,09 Millionen in dieser Altersgruppe gegenüber Frauen mit 3,44 Millionen merklich seltener vertreten.

Viele der aufgeführten Raten von Diagnosen nahezu ausnahmslos chronischer Erkrankungen liegen bei Hochbetagten noch über denen in der zuvor dargestellten Altersgruppe, wobei die Differenzen zum Teil gering sind. Zu den sehr häufigen Diagnosen unter Hochbetagten zählen, nach „Bluthochdruck“ und „Fettstoffwechselstörungen“, die „Chronische ischämische Herzkrankheit“ (I25; Männer 41,3 Prozent; Frauen 24,0 Prozent) sowie die „Herzinsuffizienz“ (I50; Männer 22,9 Prozent; Frauen 21,3 Prozent). Die Angabe „Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten“ (Z96) fand sich 2019, mit ansteigender Tendenz gegenüber vorausgehenden Jahren, bei 36,0 Prozent der Männer und bei 41,9 Prozent der Frauen. Eine Prostatavergrößerung (N40) wurde bei 47,6 Prozent der Männer dokumentiert.

Die Diagnose einer Osteoporose wird bei Männern auch in dieser Altersgruppe eher selten dokumentiert. Unter hochbetagten Frauen fand sich die Diagnose M81 „Osteoporose ohne pathologische Fraktur“ bei 28,8 Prozent.

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

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 2.095 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 5,1 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	80,8	1.693
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	53,0	1.110
3	N40	Prostatahyperplasie	47,6	998
4	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunsisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	46,8	980
5	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	42,7	893
6	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	41,3	865
7	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	36,0	755
8	M54	Rückenschmerzen	34,3	718
9	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	33,4	700
10	I48	Vorhofflimmern und Vorhofflattern	28,0	586
11	H26	Sonstige Kataraktformen	26,8	561
12	Z92	Medizinische Behandlung in der Eigenanamnese	26,6	556
13	N18	Chronische Nierenkrankheit	25,1	525
14	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	24,9	522
15	Z12	Spezielle Verfahren zur Untersuchung auf Neubildungen	24,8	519
16	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	23,2	485
17	Z95	Vorhandensein von kardialen oder vaskulären Implantaten oder Transplantaten	23,1	484
18	I50	Herzinsuffizienz	22,9	480
19	H61	Sonstige Krankheiten des äußeren Ohres	22,9	479
20	M47	Spondylose	22,3	466

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

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

Rang	ICD-10-Kode	Diagnose dreistellig Population n = 3.441 Tausend; Anteil (geschlechtsspezifisch): 8,2 Prozent	Anteil Betroffene in Prozent	Betroffene in Tausend
1	I10	Essentielle (primäre) Hypertonie	80,9	2.783
2	E78	Störungen des Lipoproteinstoffwechsels und sonstige Lipidämien	51,2	1.760
3	Z25	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten	42,9	1.475
4	Z96	Vorhandensein von anderen funktionellen Implantaten	41,9	1.441
5	H52	Akkommodationsstörungen und Refraktionsfehler	41,8	1.438
6	M54	Rückenschmerzen	40,3	1.388
7	M17	Gonarthrose [Arthrose des Kniegelenkes]	30,9	1.064
8	M81	Osteoporose ohne pathologische Fraktur	28,8	990
9	H26	Sonstige Kataraktformen	27,0	930
10	R26	Störungen des Ganges und der Mobilität	26,7	917
11	E11	Diabetes mellitus, Typ 2	26,3	906
12	M47	Spondylose	26,2	901
13	H35	Sonstige Affektionen der Netzhaut	26,1	899
14	R52	Schmerz, anderenorts nicht klassifiziert	24,6	847
15	I83	Varizen der unteren Extremitäten	24,3	835
16	I25	Chronische ischämische Herzkrankheit	24,0	825
17	F32	Depressive Episode	23,1	794
18	I50	Herzinsuffizienz	21,3	732
19	M16	Koxarthrose [Arthrose des Hüftgelenkes]	21,1	727
20	R54	Senilität	21,0	724

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert/hochgerechnet D2019

2.8 Untersuchungen zur Früherkennung

An dieser Stelle soll auf Ergebnisse zur Dokumentation von spezifischen EBM-Ziffern in den ärztlichen Abrechnungsdaten eingegangen werden, die ein differenziertes Bild zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen innerhalb des Jahres 2019 liefern können.

2.8.1 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen

Krebsfrüherkennungsuntersuchung, EBM-Ziffern 01730 und 01731

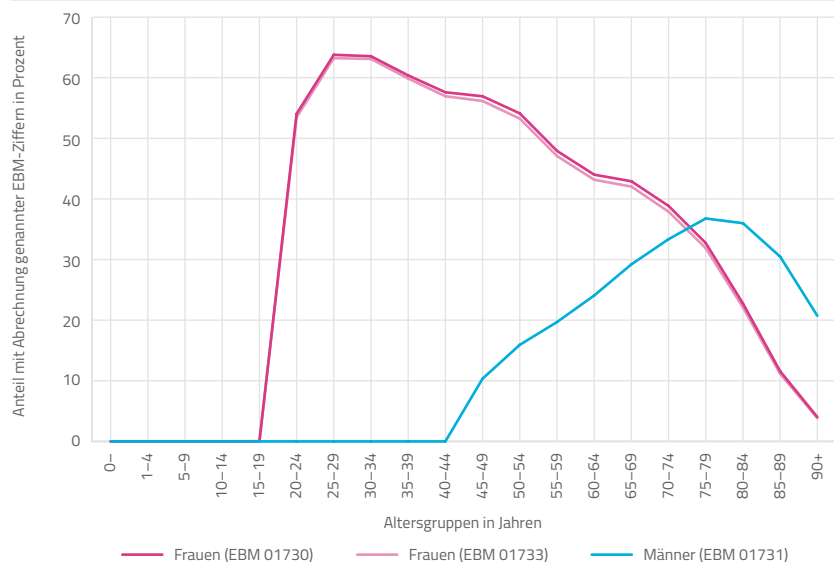
Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen und Männern zählen zu den Pflichtleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Welche Maßnahmen bei welchen Versicherten abgerechnet werden können, regeln die Richtlinien über die Früherkennung von Krebserkrankungen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA).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

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

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

Abbildung 2.10 zeigt die altersspezifische Häufigkeit der Abrechnung der beiden jährlich erstattungsfähigen Früherkennungsziffern 01730 bei weiblichen und 01731 bei männlichen Versicherten der BARMER im Jahr 2019.

Abbildung 2.10: Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, EBM-Ziffern 01730, 01733, 01731: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2019



Alter in Jahren	Frauen (EBM 01730)	Frauen (EBM 01733)	Männer (EBM 01731)
0	0,0	0,0	0,0
1-4	0,0	0,0	0,0
5-9	0,0	0,0	0,0
10-14	0,0	0,0	0,0
15-19	0,0	0,1	0,0
20-24	54,1	53,5	0,0
25-29	63,8	63,2	0,0
30-34	63,5	63,1	0,0
35-39	60,4	59,9	0,0
40-44	57,6	56,9	0,0
45-49	56,9	56,2	10,3
50-54	54,1	53,3	15,9
55-59	47,9	47,1	19,7
60-64	44,0	43,2	24,1
65-69	42,9	42,0	29,2
70-74	38,9	37,9	33,4
75-79	32,7	31,9	36,8
80-84	22,8	22,1	36,0
85-89	11,6	11,2	30,5
90+	4,0	3,8	20,7
gesamt*	39,7	39,2	11,5

* standardisiert D2019
Quelle: BARMER-Daten 2019

Im Alter zwischen 20 und 49 Jahren wurde die EBM-Ziffer 01730 „Krebsfrüherkennungsuntersuchung“ jährlich bei mindestens 54,1 Prozent der Frauen abgerechnet. Mit zunehmendem Alter sinkt die Teilnehmerate und lag 2019 ab einem Alter von 70 Jahren unterhalb von 40 Prozent. Bei einem weit überwiegenden Teil der Untersuchungen im Sinne der Ziffer 01730 bei Frauen werden gesondert auch zytologische Untersuchungen der Cervix-Abstriche mit der Ziffer 01733 abgerechnet (siehe Abbildung 2.10).

Krebsfrüherkennungsuntersuchungen bei Frauen von 20–49 Jahren Teilnehmerate mindestens 54 %

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

Unterstellt man vereinfachend vergleichbare Früherkennungsuntersuchungsfrequenzen bei privat versicherten Frauen, dürften 2019 nach Hochrechnung der BARMER-Ergebnisse 39,7 Prozent aller Frauen in Deutschland (in absoluten Zahlen: 16,73 Millionen Frauen) im Sinne der Ziffer 01730 untersucht worden sein. Von den Männern nahmen 11,5 Prozent beziehungsweise 4,73 Millionen an einer Krebsfrüherkennungsuntersuchung im Sinne der EBM-Ziffer 01731 teil.

Regionale Variationen

Tabelle 2.28 listet einheitlich geschlechts- und altersstandardisierte Angaben zur regionalen Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in den 16 Bundesländern bei Frauen und Männern im Jahr 2019 auf.

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

Tabelle 2.28: Krebsfrüherkennungsuntersuchungsraten in Bundesländern 2019

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

Quelle: BARMER-Daten 2019, standardisiert 2019

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

Darmkrebsfrüherkennung, EBM-Ziffern 01737 und 01738

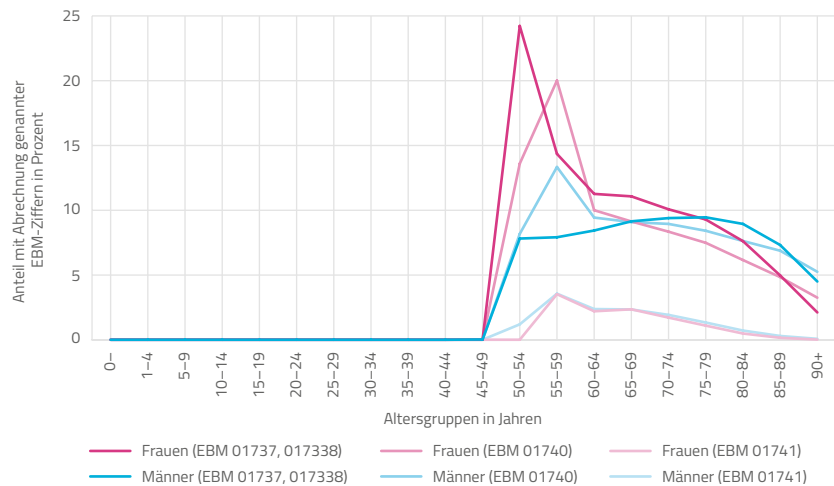
Weitere Abrechnungsziffern des EBM stehen im Zusammenhang mit der Früherkennung von Darmkrebs. Ab einem Alter von 50 Jahren können Männer und Frauen zunächst jährlich, ab 55 Jahren in zweijährigen Abständen, sofern in zehn vorausgehenden Jahren keine

Koloskopie erfolgte, eine Untersuchung auf Blut im Stuhl durchführen lassen. Mit der Untersuchung können nicht sichtbare Blutmengen nachgewiesen werden, die Hinweise auf eine Darmkrebserkrankung liefern können. Seit 1. April 2017 wird hierfür der „quantitative immunologische Test“ (iFOBT) eingesetzt. In Studien war für dieses Testverfahren eine höhere Sensitivität für die Entdeckung nicht sichtbaren Blutes im Stuhl nachgewiesen worden als für den sogenannten „Guajak-Test“, der vor diesem Zeitpunkt für den Nachweis genutzt und mit der EBM-Ziffer 01734 abgerechnet wurde.

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

Im Zusammenhang mit der Früherkennung von Darmkrebs stehen auch die EBM-Ziffern 01740 und 01741. Die EBM-Ziffer 01740 umfasste im Jahr 2018 die „Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms“. Eine entsprechende Beratung war im Rahmen des Screenings beziehungsweise der Früherkennung gemäß Vorgaben zweimalig vorgesehen. Die erste Beratung sollte möglichst frühzeitig mit 50 Jahren erfolgen und war nicht gesondert abrechnungsfähig. Eine zweite mit der Ziffer 01740 abzurechnende ausführliche Beratung sollte im Alter von 55 Jahren stattfinden (KBV, 2020). Zwischenzeitlich ist die Beratung einmalig im Alter ab 50 Jahre möglich und abrechnungsfähig. Die EBM-Ziffer 01741 „Totale Koloskopie gemäß Krebsfrüherkennungsrichtlinien“ bezeichnet schließlich eine vollständige Darmspiegelung im Rahmen eines Screenings, die bis 2018 bei Männern und Frauen ohne Vorbefunde im Alter ab 55 Jahre zweimalig im Leben im Abstand von zehn Jahren durchgeführt werden konnte, wobei eine Untersuchung ab dem Alter von 65 Jahren immer als zweite Untersuchung zählte und nicht wiederholt werden konnte.

Abbildung 2.11: Früherkennungsleistungen Darmkrebs, EBM-Ziffern 01737/01738, 01740, 01741: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2019



Alter in Jahren	(EBM 01737, 01738)		(EBM 01740)		(EBM 01741)	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer
0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
1-4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5-9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10-14	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
15-19	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20-24	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
25-29	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
30-34	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
35-39	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
40-44	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
45-49	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
50-54	24,3	7,8	13,6	8,2	0,0	1,2
55-59	14,4	7,9	20,0	13,4	3,5	3,6
60-64	11,3	8,4	10,0	9,4	2,2	2,4
65-69	11,1	9,2	9,1	9,1	2,3	2,3
70-74	10,1	9,4	8,3	8,9	1,7	1,9
75-79	9,3	9,5	7,5	8,4	1,1	1,3
80-84	7,6	8,9	6,2	7,6	0,5	0,7
85-89	5,0	7,3	4,8	6,9	0,2	0,3
90+	2,1	4,5	3,2	5,3	0,0	0,1
gesamt*:	5,9	3,6	5,1	4,0	0,7	0,8
zusammen*:	4,8		4,6		0,8	

* standardisiert D2019
Quelle: BARMER-Daten 2019

Mit dem Beschluss des G-BA vom 19. Juli 2018 wurde die Einführung eines organisierten Einladungsprogramms zur Darmkrebsfrüherkennung verabschiedet. Das Einladungsverfahren startete am 1. Juli 2019. Zudem wurde die Altersgrenze für die Koloskopie bei Männern auf 50 Jahre gesenkt. Abbildung 2.11 zeigt die altersspezifische Abrechnungshäufigkeit der zuvor genannten Ziffern im Jahr 2019.

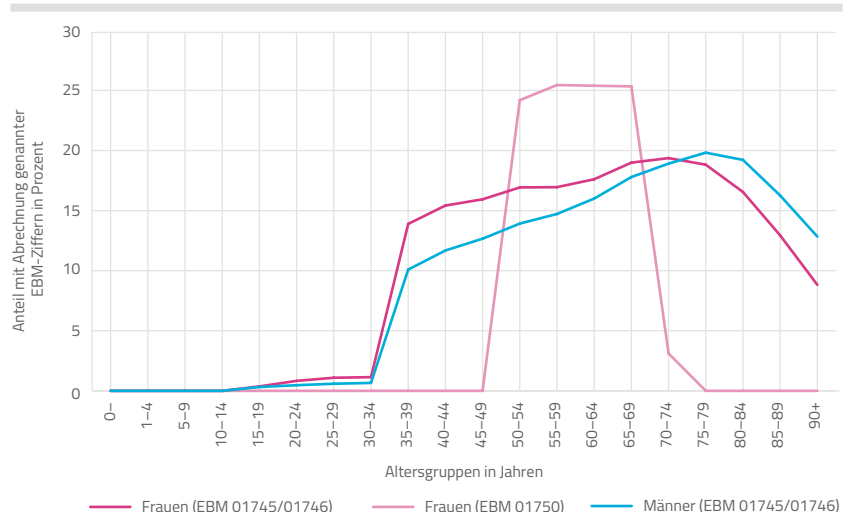
Insbesondere in den unteren betroffenen Altersgruppen ab 50 beziehungsweise 55 Jahren werden Stuhluntersuchungen sowie Beratungen zur Darmspiegelung häufiger bei Frauen als bei Männern abgerechnet, in höheren Altersgruppen sind Männer verhältnismäßig häufiger betroffen als Frauen. Die Darmspiegelung im Rahmen eines Screenings wurde 2019 ab einem Alter von 70 Jahren durchgängig tendenziell häufiger bei Männern als bei Frauen durchgeführt, lediglich in jüngeren Altersgruppen waren Frauen teilweise etwas häufiger betroffen. Nach Hochrechnung der vorliegenden BARMER-Ergebnisse auf die Gesamtbevölkerung dürften im Jahr 2019 etwa 307.000 Koloskopien bei Frauen und etwa 346.000 Koloskopien bei Männern als Screening-Untersuchung durchgeführt worden sein.

2019 rund
653.000 Darmspiegelungen als Screening-Untersuchung

Mammografie-Screening, EBM-Ziffer 01750

Seit Sommer 2008 ist das Mammografie-Screening, zu dem Frauen im Alter von 50 bis 69 Jahren in zweijährigen Abständen eingeladen werden sollen, unter der EBM-Ziffer 01750 bundesweit etabliert. Ein Mammografie-Screening wurde innerhalb des Jahres 2019 nach den vorliegenden Ergebnissen bei jeweils etwa einem Viertel der Frauen aus den anspruchsberechtigten Altersgruppen zwischen 50 und 69 Jahren abgerechnet. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Untersuchungsrate nochmals leicht gestiegen. Berücksichtigt man, dass die Untersuchung in zweijährigen Abständen durchgeführt werden soll, wäre nach den aktuell vorliegenden Ergebnissen von einer Beteiligungsrate am Mammografie-Screening von etwa 50 Prozent auszugehen.

Abbildung 2.12: Früherkennungsleistungen gemäß EBM-Ziffern 01745/01746, 01750 (nur Frauen): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2019



Alter in Jahren	(EBM 01745, 01746)		(EBM 01750)
	Frauen	Männer	Frauen
0	0,0	0,0	0,0
1-4	0,0	0,0	0,0
5-9	0,0	0,0	0,0
10-14	0,0	0,0	0,0
15-19	0,4	0,3	0,0
20-24	0,8	0,5	0,0
25-29	1,1	0,6	0,0
30-34	1,1	0,7	0,0
35-39	13,9	10,1	0,0
40-44	15,4	11,7	0,0
45-49	15,9	12,7	0,0
50-54	16,9	13,9	24,2
55-59	16,9	14,7	25,5
60-64	17,6	16,0	25,4
65-69	19,0	17,8	25,3
70-74	19,4	18,9	3,1
75-79	18,8	19,8	0,0
80-84	16,6	19,2	0,0
85-89	12,9	16,3	0,0
90+	8,8	12,8	0,0
gesamt*:	11,0	9,3	7,3
zusammen*:	10,2		

* standardisiert D2019
Quelle: BARMER-Daten 2019

Hautkrebs-Screening, EBM-Ziffern 01745 und 01746

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

Ein Hautkrebs-Screening im Sinne der EBM-Ziffern 01745 oder 01746 wurde 2019 mit altersabhängigen Variationen bei 9 bis 20 Prozent der Versicherten aus berechtigten Geschlechts- und Altersgruppen durchgeführt. Bezogen auf alle Altersgruppen waren 10,2 Prozent der Bevölkerung betroffen. Dieser Anteil entspräche unter Annahme vergleichbarer Screening-Untersuchungshäufigkeiten bei PKV-Versicherten einer Zahl von knapp 8,5 Millionen Personen in Deutschland.

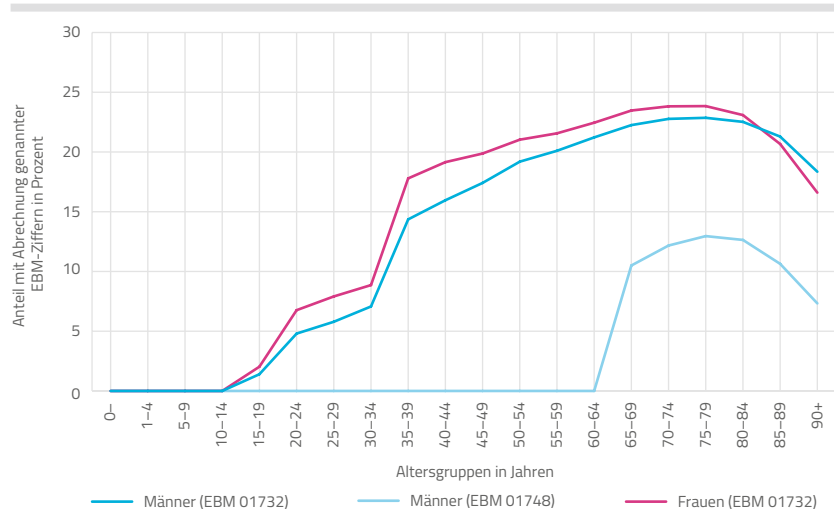
~8,5 Mio. Personen
2019 beim Hautkrebs-
Screening

2.8.2 Weitere Früherkennungsuntersuchungen

Gesundheitsuntersuchung, EBM-Ziffer 01732

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

Abbildung 2.13: Früherkennungsleistungen gemäß EBM-Ziffern 01732 und 01748 (nur Männer): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2019



Alter in Jahren	(EBM 01732)	(EBM 01732)	(EBM 01748)
	Frauen	Männer	Männer
0	0,0	0,0	0,0
1-4	0,0	0,0	0,0
5-9	0,0	0,0	0,0
10-14	0,0	0,0	0,0
15-19	2,0	1,4	0,0
20-24	6,8	4,8	0,0
25-29	7,9	5,8	0,0
30-34	8,9	7,1	0,0
35-39	17,8	14,4	0,0
40-44	19,2	16,0	0,0
45-49	19,9	17,4	0,0
50-54	21,0	19,2	0,0
55-59	21,6	20,1	0,0
60-64	22,5	21,2	0,0
65-69	23,5	22,2	10,5
70-74	23,8	22,8	12,2
75-79	23,8	22,9	13,0
80-84	23,1	22,5	12,6
85-89	20,7	21,3	10,6
90+	16,6	18,4	7,3
gesamt*:	15,3	13,2	2,2
zusammen*:		14,3	

* standardisiert D2019
Quelle: BARMER-Daten 2019

Eine „Gesundheitsuntersuchung“ beziehungsweise der „Check-up 35“ (EBM-Ziffer 01732) dürfte 2019 nach Hochrechnungen der BARMER-Ergebnisse bei 5,4 Millionen männlichen und 6,5 Millionen weiblichen Personen der Bevölkerung durchgeführt worden sein. In den vorrangig berechtigten Altersgruppen wurde die Untersuchung bei etwa einem Viertel der Versicherten durchgeführt (mit altersabhängigen Variationen, siehe Abbildung 2.13). Wenn man das zwei- beziehungsweise seit dem zweiten Quartal 2019 dreijährige Intervall der Untersuchungen berücksichtigt, ist davon auszugehen, dass insbesondere um das 75. Lebensjahr herum eine entsprechende Untersuchung von mehr als der Hälfte aller Anspruchsberechtigten genutzt wird.

Check-up 35: 5,4 Mio.
Männer, 6,5 Mio. Frauen

Sonografische Untersuchung auf Bauchaortenaneurysmen, EBM-Ziffern 01747 und 01748

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

Das Screening auf ein Bauchaortenaneurysma im Sinne der EBM-Ziffern 01748 wurde im Jahr 2019 bei 8 bis 13 Prozent der männlichen Versicherten im Alter ab 65 Jahren durchgeführt. Hochgerechnet auf die Bevölkerung dürften 0,92 Millionen männliche Personen die Untersuchung in Anspruch genommen haben.

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

Im November 2016 wurde die „Richtlinie über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres“ vom G-BA um das Pulsoxymetrie-Screening ergänzt. Mit dieser nichtinvasiven Untersuchung kann der Sauerstoffgehalt des Blutes ermittelt werden, womit bereits in den ersten Lebenstagen kritische behandlungsbedürftige Herzfehler bei Neugeborenen entdeckt und eine frühzeitige Behandlung ermöglicht werden sollen. Dabei kann für jedes Neugeborene entweder die Aufklärung der Eltern über das Pulsoxymetrie-Screening mit der EBM-Ziffer 01702 „Beratung im Rahmen des Pulsoxymetrie-Screenings“ (im Falle einer Ablehnung) oder die Untersuchung des Neugeborenen (inklusive Aufklärung der Eltern) unter der EBM-Ziffer 01703

„Pulsoxymetrie-Screening“ abgerechnet werden. In den ambulanten Abrechnungsdaten der BARMER zum Jahr 2019 wurden eine durchgeführte Untersuchung bei 4,5 Prozent der weiblichen und 4,2 Prozent der männlichen Kinder im Alter unter einem Jahr dokumentiert, lediglich eine Beratung wurde bei 0,3 Prozent abgerechnet. Ein geringer Teil der Untersuchungen wird zudem auch als Leistung bei Personen im Erwachsenenalter dokumentiert, wobei es sich zumeist um die Eltern von Neugeborenen handeln dürfte, bei denen kurz nach Geburt noch keine Versicherungsnummer bekannt war. Insgesamt dürften 2019 nach Hochrechnungen von BARMER-Ergebnissen in Deutschland schätzungsweise 38.000 Pulsoxymetrie-Screening-Untersuchungen ambulant durchgeführt worden sein. Es ist davon auszugehen, dass entsprechende Untersuchungen, die idealtypisch innerhalb von 24 bis 48 Stunden nach der Geburt stattfinden sollen, weit überwiegend bereits im Entbindungs Krankenhaus durchgeführt werden. Da diese Untersuchungen im Krankenhaus nicht gesondert abgerechnet werden können (weder ambulant noch anderweitig), können in den ambulanten Abrechnungsdaten nur Hinweise auf einen vergleichsweise geringen Anteil der mutmaßlich durchgeführten Untersuchungen erwartet werden, vorrangig beispielsweise bei ambulanten Entbindungen oder Hausgeburten.

Kapitel 3

Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

3 Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen

Nachdem die ambulante psychotherapeutische Versorgung bereits im Arztreport 2020 ausführlich betrachtet wurde, befasst sich der Schwerpunkt des diesjährigen Arztreports speziell mit der ambulanten Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen. Ambulante Psychotherapien zählen in Deutschland zu den gesundheitsbezogenen Leistungen, die unter bestimmten Voraussetzungen als Regelleistungen aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden. Bei geeigneten Indikationen besitzen Versicherte damit ein Anrecht auf eine entsprechende therapeutische Leistung, was auch für Versicherte im Kindes- und Jugendalter gilt.

- Ein erster Abschnitt des vorliegenden Schwerpunktkapitels betrachtet die aktuelle ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bis zu einem Alter von 24 Jahren sowie deren Entwicklung innerhalb von elf Jahren zwischen 2009 und 2019.
- Ein zweiter Abschnitt befasst sich mit den Anlässen für eine beziehungsweise mehrere Diagnosen bei einer ambulanten Psychotherapie speziell bei Kindern und Jugendlichen. Er geht damit der Frage nach, aus welchen Gründen bei Kindern und Jugendlichen Psychotherapien durchgeführt werden.
- Ein dritter Abschnitt betrachtet Erkrankungs- und Behandlungsverläufe bei Psychotherapien. Fokussiert werden anteilig relevante Behandlungsanlässe für Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen. Dabei sollen sowohl Besonderheiten im Vorfeld einer Psychotherapie als auch typische Behandlungsverläufe nach Einleitung einer Psychotherapie beschrieben und analysiert werden.

Den drei genannten Hauptabschnitten vorangestellt sind zwei kurze Kapitel mit allgemeinen Erläuterungen zur Psychotherapie sowie zu ambulanten Versorgungsstrukturen. Um bei Jahresvergleichen Veränderungen unabhängig von demografischen Effekten darstellen zu können, wurden weitgehend alle nachfolgend dargestellten Ergebnisse einheitlich nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung in Deutschland nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen sowie Wohnorten nach Bundesländern 2019 standardisiert beziehungsweise entsprechend gewichtet (Statistisches Bundesamt, 2020).

Um in allen Jahren und auch bei längsschnittlichen Auswertungen auf möglichst vergleichbare Untersuchungspopulationen zurückgreifen zu können, beruhen alle im Schwerpunkt dargestellten Ergebnisse zudem ausschließlich auf Daten zu Versicherten, die der ursprünglichen BARMER oder GEK zugeordnet waren. Daten zu Versicherten der erst 2017 mit der BARMER fusionierten Deutschen BKK waren nicht zu allen bei Schwerpunktauswertungen betrachteten Jahren ab 2009 verfügbar und wurden deshalb nicht berücksichtigt. In den Jahren von 2009 bis 2019 umfassten die derart selektierten Daten zu Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 24 Jahren Angaben zu jährlich zwischen 1.604.890 und 1.884.517 Personen mit dokumentiertem inländischem Wohnort und Versicherung bei der BARMER in allen vier Quartalen des jeweiligen Jahres.

[Auswertungsbasis:
Daten zu jeweils mehr
als 1,6 Mio. Kindern und
Jugendlichen in den
Jahren 2009 bis 2019](#)

3.1 Ambulante Psychotherapien

Ambulante Psychotherapien werden zumeist in Form von regelmäßigen Einzelgesprächen zwischen Patienten und Therapeuten mit einer bestimmten Gesprächsdauer und verteilt über einen längeren Zeitraum durchgeführt. Gruppengespräche mit mehreren Patienten sind dabei gleichfalls möglich. Dabei unterscheiden sich die möglichen Therapieformen bei Kindern und Jugendlichen nicht grundlegend von denen bei Erwachsenen.

Vor dem Hintergrund der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017, welche die maßgeblichen Bestimmungen zur ambulanten Psychotherapie als Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung beinhaltet, befasste sich der Arztreport 2020 in den Abschnitten 3.2.1 bis 3.2.3 ausführlich mit den für Psychotherapeuten abrechnungsfähigen Leistungen und Veränderungen hinsichtlich dieser Abrechnungsmöglichkeiten im Zuge der Reform. Da für das jetzt erstmals betrachtete Jahr 2019 dieselben Abrechnungsmöglichkeiten wie bereits 2018 galten, kann auf eine erneute ausführliche Darstellung an dieser Stelle verzichtet und stattdessen auf die Seiten 128 bis 143 im Arztreport 2020 verwiesen werden.

[ausführliche Infos zur
ambulanten Psycho-
therapie im Arztreport
2020](#)

Erst im April des Jahres 2020 wurde mit neuen Zuschlägen die psychotherapeutische Vergütung verbessert, seit Juli 2020 ist zudem erstmals auch die Systemische Therapie als psychotherapeutische Behandlungsform abrechnungsfähig – beide Änderungen

haben jedoch noch keinen Einfluss auf die im vorliegenden Report ausgewerteten Daten (KBV, 2020a; KBV, 2020b).

Richtlinientherapien
als Psychotherapien
im engeren Sinne
berücksichtigt

Wie bei Abrechnungen von Psychotherapeuten diejenigen Leistungen abgegrenzt werden, die als Psychotherapie gelten können, ist für das Verständnis der nachfolgend dargestellten Auswertungen wesentlich. Es soll deshalb an dieser Stelle näher erläutert werden. Als Psychotherapien im engeren Sinne können sogenannte „Richtlinientherapien“ gelten, wobei sich die Bezeichnung aus der Abgrenzung von Psychotherapien in der für die psychotherapeutische Versorgung maßgeblichen Psychotherapie-Richtlinie herleitet. Einen Überblick zu abrechnungsfähigen Psychotherapien bei der Behandlung von GKV-Versicherten in diesem engeren sowie auch in einem erweiterten Sinne gibt die nachfolgende Tabelle 3.1. Alle aufgeführten Elemente von Psychotherapien, und dabei auch diejenigen im erweiterten Sinne, beinhalten Gespräche der Patienten mit Psychotherapeuten über eine Dauer von jeweils mindestens 25 Minuten.

Sämtliche Psychotherapien in einem engeren Sinne beziehungsweise „Richtlinientherapien“ werden von den Therapeuten mit Ziffern beziehungsweise Gebührenordnungspositionen aus dem Abschnitt 35.2 „Antragspflichtige Leistungen“ des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) und dort mit Ziffern aus einem der beiden Unterabschnitte 35.2.1 „Einzeltherapien“ oder 35.2.2 „Gruppentherapien“ abgerechnet. Dabei umfassen diese Richtlinientherapien regulär immer ein bestimmtes vorab geplantes Zeitkontingent und entsprechen genau dem, was unzweifelhaft auch im allgemeinen Sprachgebrauch immer als Psychotherapie gelten dürfte.

Seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie im Jahr 2017 finden erste intensivere Kontakte von Patienten und Psychotherapeuten in der Regel bereits im Rahmen der sogenannten „Psychotherapeutischen Sprechstunde“ statt, welche in erster Linie der Abklärung von Beschwerden und der Festlegung des weiteren Vorgehens dient. Da bereits im Rahmen der Psychotherapeutischen Sprechstunde intensive Gespräche stattfinden können, dürften auch Psychotherapeutische Sprechstunden von einem Teil der Patienten als Start einer Psychotherapie aufgefasst werden.

Tabelle 3.1: Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen im erweiterten und engeren Sinne

Bezeichnung	Umfang	Charakteristika
Zusätzliche Psychotherapieelemente im erweiterten Sinne einer Psychotherapie		
Psychotherapeutische Sprechstunde	maximal 10 Einheiten à 25 Minuten	Klärung der Notwendigkeit und geeigneten Art einer psychotherapeutischen Behandlung sowie von Alternativen, bei Erwachsenen maximal 6 Einheiten (erst seit Reform ab 2. Quartal 2017 abrechnungsfähig)
Psychotherapeutische Akutbehandlung	maximal 24 Einheiten à 25 Minuten	zeitnahe psychotherapeutische Intervention ohne Anspruch einer umfassenden Bearbeitung im Anschluss an eine Sprechstunde (s. o.), Zeitkontingente werden auf eine ggf. nachfolgende Richtlinien-therapie angerechnet (erst seit Reform ab 2. Quartal 2017 abrechnungsfähig)
Probatorische Sitzungen	maximal 6 Einheiten à 50 Minuten	Probesitzung zur diagnostischen Klärung, Prüfung der Eignung und zur Auswahl des Therapieverfahrens; bei Erwachsenen maximal vier Einheiten, zwei Sitzungen vor Beginn einer Richtlinien-therapie sind seit der Reform 2017 obligat vorgeschrieben
Richtlinientherapien – Psychotherapien im engeren Sinne		
Kurzzeittherapie 1	maximal 12 Einheiten à 50 Minuten	Therapieansatz Kurzzeittherapie bis 2019 mit drei Behandlungsformen (tiefenpsychologisch fundiert, analytisch, verhaltenstherapeutisch) sowie drei Anwendungsformen (Einzel-, Gruppentherapie oder Kombinationen aus beiden, bei Gruppentherapien dann gewöhnlich mit Einheiten à 100 Minuten); eine Kurzzeittherapie 2 kann bei Bedarf direkt an eine Kurzzeittherapie 1 angeschlossen werden
Kurzzeittherapie 2	maximal 12 Einheiten à 50 Minuten	
Langzeittherapie	maximal 60 bis zu 300 Einheiten à 50 Minuten	Therapieansatz Langzeittherapie mit drei Behandlungs- sowie Anwendungsformen wie bei Kurzzeittherapie möglich (siehe dort), maximale Dauer abhängig vom Patientenalter sowie der Anwendungs- und Behandlungsform; grundsätzlich ist ein Gutachten vor Beginn der Langzeittherapie erforderlich

Quelle: vgl. ausführliche Erläuterungen im BARMER-Arztreport 2020 auf den Seiten 129 bis 134

Ein eindeutiger therapeutischer Anspruch besteht demgegenüber erst bei den gleichfalls erst 2017 eingeführten „Psychotherapeutischen Akutbehandlungen“. Diese wurden eingeführt, um bedarfsweise eine zeitnahe psychotherapeutische Intervention ohne längere Planung zu erleichtern. Psychotherapeutische Akutbehandlungen dürften aus Betroffensicht im Regelfall auch bereits als Psychotherapie gelten.

Die schon länger abrechnungsfähigen und seit der Reform 2017 obligat vor Beginn einer Richtlinien-therapie vorgeschriebenen Probatorischen Sitzungen (Probesitzungen) dienen der Prüfung der Eignung und Auswahl des Therapieverfahrens. Probatorische Sitzungen dürften aus Patientensicht häufig den Beginn der Psychotherapie markieren. Dies dürfte

zumindest in den Fällen gelten, in denen nachfolgend auch eine Richtlinien­therapie bei demselben Therapeuten begonnen wurde.

bei Psychotherapien
im erweiterten Sinne
weitere Patienten-
Therapeuten-Gespräche
berücksichtigt

Vor dem geschilderten Hintergrund und um die entsprechend erwartete Perspektive von Patienten in den Ergebnissen abbilden zu können, sollen nachfolgend, neben den Ergebnissen zu Psychotherapien in einem engeren Sinne, zum Teil auch Ergebnisse zu Psychotherapien in einem erweiterten Sinne präsentiert werden, bei denen neben den Richtlinien­therapien auch Psychotherapeutische Sprechstunden, Akuttherapien sowie Probatorische Sitzungen einbezogen werden.

3.2 Ambulante psychotherapeutische Versorgungsstrukturen

Bei den Akteuren der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung lassen sich zunächst zwei übergeordnete Gruppen von Beteiligten unterscheiden. Die anteilig größere der beiden Gruppen bilden dabei die (nichtärztlichen) psychologischen Psychotherapeuten, die typischerweise bislang vor einer weiterführenden Qualifikation zu einem in der Patientenversorgung tätigen Psychotherapeuten ein Studium der Psychologie absolviert haben mussten. Eine demgegenüber anteilig kleinere Gruppe bilden ärztliche Psychotherapeuten, die nach einem abgeschlossenen Medizinstudium eine Qualifikation zur Psychotherapie erworben haben. Da diese Qualifikation auch unabhängig von bestimmten Facharzt­ausbildungen erworben werden kann, sagen die in den Abrechnungsdaten dokumentierten Facharztgruppen nicht unbedingt etwas darüber aus, ob ein bestimmter Arzt die Qualifikation und Befähigung zur Durchführung von Psychotherapien besitzt.

Hinweis: Mit der Bezeichnung „Psychologischer Psychotherapeut“ wird nachfolgend immer die Gruppe von Therapeuten mit der Fachgruppenkennung 68 bezeichnet. Mit „psychologische Psychotherapeuten“ sind demgegenüber neben „Psychologischen Psychotherapeuten“ auch „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ mit der Fachgruppenkennung 69 gemeint, also beide Therapeutengruppen, die grundlegend zumeist Psychologie studiert haben und insofern gemeinsam von den ärztlichen Psychotherapeuten mit Medizinstudium abzugrenzen sind.

Auch die ambulanten psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen – und hierbei insbesondere die Entwicklung der Therapeutenzahlen bis 2018 – wurden bereits ausführlich im Arztreport 2020 beleuchtet. Die entsprechenden Ausführungen finden sich dort im Abschnitt 3.4.1 auf den Seiten 165 bis 185. Hierzu lässt sich an dieser Stelle zunächst ergänzen, dass sich wesentliche Trends aus den Vorjahren auch im Jahr 2019 fortgesetzt haben. So stieg von 2018 bis 2019 die Zahl der „Psychologischen Psychotherapeuten“ mit der Fachgruppenkennung (FG) 68 nach bundesweiten BARMER-Daten von 21.074 im Jahr 2018 weiter auf 22.104 im Jahr 2019. Die Zahl der „Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten“ (FG 69) stieg im gleichen Zeitraum von 5.477 auf 5.848. Die genannten Zuwächse in den beiden Gruppen psychologischer Psychotherapeuten entsprechen damit in etwa denen, die zuvor von 2017 auf 2018 beobachtet wurden.

Zahl der psychologischen
Psychotherapeuten in
Deutschland 2019 weiter
gestiegen

Ähnlich wie bereits von 2017 bis 2018 ging die Zahl der „Ärzte für Psychotherapie und Psychosomatik“ (FG 60) von 2018 bis 2019 geringfügig von 2.401 auf 2.363 zurück, während die Zahl der „Psychotherapeutisch tätigen Ärzte“ (FG 61) leicht von 3.079 auf 3.113 stieg (zu Ergebnissen von 2013 bis 2018 vgl. auch Tabelle 3.4 im Arztreport 2020 auf Seite 169). Lediglich von Therapeuten aus diesen zwei psychologischen sowie zwei ärztlichen Fachgruppen wurden nach Auswertungen unter altersgruppenübergreifender Berücksichtigung aller BARMER-versicherten Patienten mit Raten oberhalb von 99 Prozent nahezu immer auch spezifische psychotherapeutische Leistungen abgerechnet, die eine nachgewiesene Befähigung zur Psychotherapie obligat voraussetzen und mit Raten oberhalb von 93 Prozent auch weit überwiegend Richtlinientherapien, also Psychotherapien in einem engeren Sinne, abgerechnet (vgl. Tabelle A 8 im Anhang).

Tabelle 3.2 gibt Auskunft über die Bedeutung von einzelnen ärztlichen und psychologischen Fachgruppen für die psychotherapeutische Behandlung speziell von Kindern und Jugendlichen nach Auswertungen von BARMER-Daten zum Jahr 2019. Ganz offensichtlich behandelt nur ein gewisser Teil der maßgeblich für psychotherapeutische Leistungen verantwortlichen Therapeuten auch in größerem Umfang Kinder und Jugendliche. So lagen die Zahl der Therapeuten mit Abrechnungen von Leistungen bei BARMER-versicherten Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 24 Jahren in den meisten Fachgrup-

pen deutlich niedriger als die Zahl der Therapeuten, die bei BARMER-Versicherten beliebigen Alters innerhalb des Jahres Leistungen abgerechnet hatte (vgl. Therapeutenzahlen in Klammern). Immerhin noch mehr als 92 Prozent der Therapeuten aus den Fachgruppen 60, 61, 68 und 69 rechneten – sofern sie überhaupt Kontakt zu BARMER-Versicherten aus entsprechenden Altersgruppen hatten – auch bei Kindern und Jugendlichen spezifisch psychotherapeutische Leistungen ab. Sehr regelmäßige Hinweise auf die Durchführung und Abrechnung einer Richtlinientherapie bei BARMER-versicherten Kindern und Jugendlichen konnten mit einem Anteil von 93,0 Prozent jedoch nur bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (FG 69) identifiziert werden. Von den Psychologischen Psychotherapeuten (FG 68) mit Kontakt zu Kindern und Jugendlichen rechneten demgegenüber innerhalb des Jahres 2019 nur 57,6 Prozent auch Leistungen im Sinne von Richtlinientherapien bei dieser Versichertengruppe ab. In allen übrigen Fachgruppen lagen die entsprechenden Anteile noch niedriger.

Insgesamt ließen sich in den Abrechnungsdaten 14.255 unterschiedliche Therapeuten differenzieren, die im Jahr 2019 bei BARMER-versicherten Kindern und Jugendlichen mindestens eine Richtlinientherapie abgerechnet hatten. Davon waren 6.756 den Psychologischen Psychotherapeuten (FG 68) und 5.416 den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (FG 69) zuzuordnen. Diesen beiden nichtärztlichen Gruppen sind mit Abstand die meisten Therapeuten mit Durchführung von Richtlinientherapien bei Kindern und Jugendlichen zugeordnet, auf ärztliche Fachgruppen entfallen demgegenüber nur weniger als 15 Prozent.

knapp 70% der Richtlinientherapien von 0- bis 24-Jährigen bei Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

Noch stärker auf die Gruppe der psychologischen Psychotherapeuten und dabei insbesondere auf die Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (FG 69) konzentriert sich die Anzahl der abgerechneten Richtlinientherapien (vgl. letzte Spalte in Tabelle 3.2). So wurden im Jahr 2019 allein von der letztgenannten Gruppe mit 69,8 Prozent mehr als zwei Drittel aller Richtlinientherapieeinheiten bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 0 bis 24 Jahren erbracht beziehungsweise abgerechnet. Auf Psychologische Psychotherapeuten (FG 68) entfielen noch 22,3 Prozent der abgerechneten Richtlinientherapieeinheiten, alle ärztlichen Fachgruppen waren demgegenüber zusammen nur für 7,9 Prozent der ambulant durchgeführten Therapieeinheiten verantwortlich.

Tabelle 3.2: Therapeuten mit Abrechnung von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen sowie mit Abrechnung von Richtlinien-therapien bei Kindern und Jugendlichen nach Fachgruppen 2019

Fachgruppe	Gesamtzahl	Therapeuten mit Abrechnung spezifischer psychotherapeutischer Leistungen			Therapeuten mit Abrechnung von Richtlinien-therapien			Richtlinien-therapien
		Anzahl	Prozentanteil in Fachgruppe	Prozentanteil Fachgruppe insgesamt	Anzahl	Prozentanteil in Fachgruppe	Prozentanteil Fachgruppe insgesamt	Prozentanteil der Therapieeinheiten
Psychologischer Psychotherapeut (FG 68)	11.739 (22.104)	11.608 (22.061)	98,9	50,8	6.756 (21.212)	57,6	47,4	22,3
Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut (FG 69)	5.821 (5.848)	5.811 (5.840)	99,8	25,4	5.416 (5.474)	93,0	38,0	69,8
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG 60)	1.124 (2.363)	1.036 (2.340)	92,2	4,5	419 (2.212)	43,7	3,4	1,7
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (FG 61)	1.722 (3.113)	1.586 (3.103)	92,1	6,9	841 (2.994)	48,8	5,9	3,0
Psychiatrie und Psychotherapie (FG 58)	1.736 (2.066)	742 (1.275)	42,7	3,2	151 (772)	8,7	1,1	0,4
Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (FG 47)	1.210 (1.212)	786 (792)	65,0	3,4	314 (324)	26,0	2,2	2,1
Nervenheilkunde (FG 51)	1.834 (2.045)	296 (566)	16,1	1,3	46 (267)	2,5	0,3	0,1
übrige Fachgruppen	136.868 (147.381)	991 (1.979)	0,7	4,3	240 (1.217)	0,2	1,7	0,6
gesamt	162.054 (186.132)	22.856 (37.956)	14,1	100,0	14.255 (34.472)	8,8	100,0	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2019 zu Versicherten im Alter von 0 bis 24 Jahren; Anzahl der anhand von Pseudonymen differenzierbaren Psychologen und Ärzte in Fachgruppen (FG) mit Abrechnung von Leistungen insgesamt, mit Abrechnung von spezifischen Leistungen (EBM 35130 bis 35152 oder antragspflichtigen Leistungen aus Abschnitt 35.2) sowie mit Abrechnung von Richtlinien-therapien (nur Leistungen aus Abschnitt 35.2, ohne Zuschläge); in Klammern: Angaben zu Therapeutenzahlen mit Abrechnung von Leistungen bei BARMER-Versicherten beliebigen Alters

3.3 Ambulante Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen – Entwicklung seit 2009 und Stand 2019

Der vorliegende Abschnitt befasst sich mit der Entwicklung von Inanspruchnahmen der ambulanten Psychotherapie durch Kinder und Jugendliche im Alter bis 24 Jahren in den elf Jahren von 2009 bis 2019 sowie dem aktuellen Stand dieser Inanspruchnahmen. Damit soll zunächst dargestellt werden, wie sich die ambulante psychotherapeutische Versorgung in den letzten Jahren verändert hat und in welchem Umfang ambulante Psychotherapien aktuell in Deutschland bei Kindern und Jugendlichen durchgeführt werden.

3.3.1 Bundesweite Entwicklung

Dargestellt wird in der nachfolgenden Abbildung 3.1 zunächst der bundesweit ermittelte Anteil der Kinder und Jugendlichen, bei denen innerhalb einzelner Kalenderjahre mindestens einmal Leistungen im Sinne von Psychotherapien abgerechnet wurden.

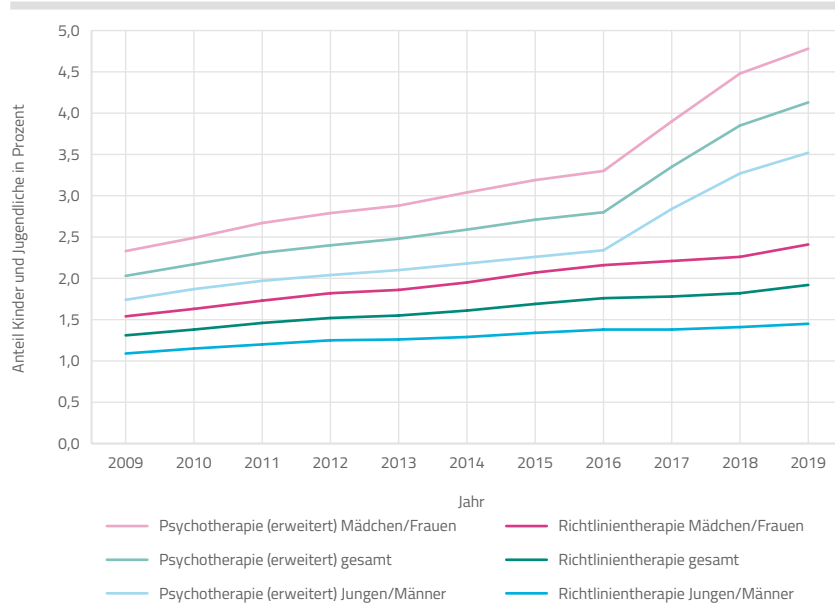
Anteil weiblicher Kinder
und Jugendlicher mit
Richtlinientherapie von
2009 bis 2019 um 57 %
gestiegen

Bereinigt um demografische Effekte ist der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit einer Richtlinientherapie, also einer Psychotherapie im engeren Sinne, von 2009 bis 2019 stetig von 1,31 Prozent im Jahr 2009 auf 1,92 Prozent im Jahr 2019 gestiegen. Innerhalb von elf Jahren hat sich der Anteil der von Richtlinientherapien betroffenen Kinder und Jugendlichen damit um 46 Prozent vergrößert. Während er bei männlichen Kindern und Jugendlichen, ausgehend von 1,09 Prozent, nur um 33 Prozent, also rund ein Drittel, stieg, lässt sich bei weiblichen Kindern und Jugendlichen, ausgehend von einem ohnehin höheren Niveau, ein noch deutlicherer Anstieg von 1,54 auf 2,41 Prozent um 57 Prozent feststellen.

Noch merklich stärker ausgeprägte Anstiege zeigen sich bei den Ergebnissen zu Psychotherapien im erweiterten Sinne, wenn also neben Richtlinientherapien auch die der Richtlinientherapie typischerweise vorausgehenden Probatorischen Sitzungen sowie psychotherapeutische Sprechstunden und Akuttherapien als Psychotherapien berücksichtigt werden. So wurde im Jahr 2019 bei 4,13 Prozent aller Kinder und Jugendlichen mindestens eine entsprechende Leistung abgerechnet, womit in diesem Jahr mehr als doppelt so viele Kinder und Jugendliche beziehungsweise 104 Prozent mehr als im Jahr 2009 betroffen waren. Ein sehr wesentlicher Teil dieser Zunahme resultiert allerdings daraus, dass die erst im Zuge der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 eingeführten Psycho-

therapeutischen Sprechstunden (sowie in sehr viel geringerem Umfang auch Psychotherapeutische Akuttherapien) seit ihrer Einführung bei vergleichsweise vielen Kindern und Jugendlichen abgerechnet werden.

Abbildung 3.1: Anteil Kinder und Jugendliche mit Psychotherapie im erweiterten und engeren Sinne 2009 bis 2019



	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Psychotherapie (erweitert) Mädchen/Frauen	2,33	2,49	2,67	2,79	2,88	3,04	3,19	3,30	3,90	4,48	4,78
Psychotherapie (erweitert) gesamt	2,03	2,17	2,31	2,40	2,48	2,59	2,71	2,80	3,35	3,85	4,13
Psychotherapie (erweitert) Jungen/Männer	1,74	1,87	1,97	2,04	2,10	2,18	2,26	2,34	2,84	3,27	3,52
Richtlinientherapie Mädchen/Frauen	1,54	1,63	1,73	1,82	1,86	1,95	2,07	2,16	2,21	2,26	2,41
Richtlinientherapie gesamt	1,31	1,38	1,46	1,52	1,55	1,61	1,69	1,76	1,78	1,82	1,92
Richtlinientherapie Jungen/Männer	1,09	1,15	1,20	1,25	1,26	1,29	1,34	1,38	1,38	1,41	1,45

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019; Anteil Kinder und Jugendliche mit Probatorischen Sitzungen, Psychotherapeutischen Sprechstunden, Akutbehandlungen oder Richtlinientherapien; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2019

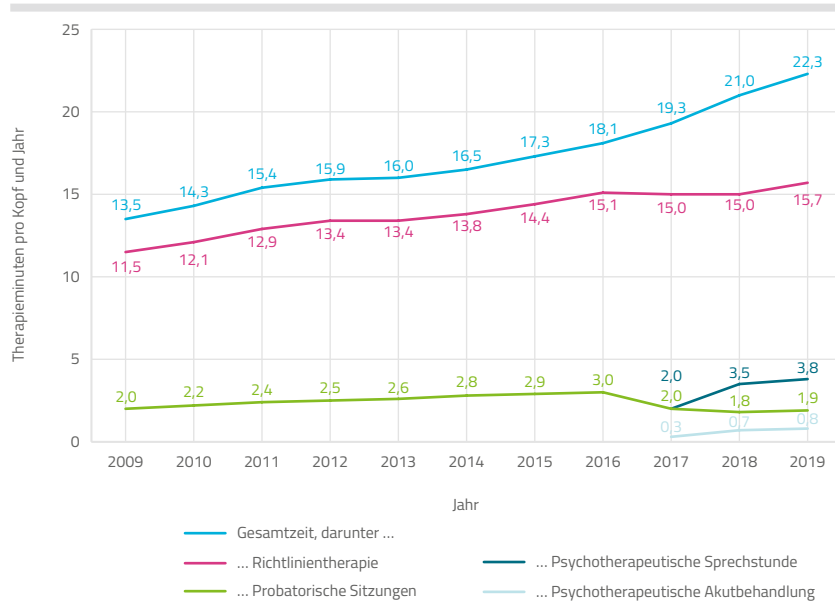
Sowohl für die Abrechnung von Richtlinien Therapien als auch für die hier ergänzend berücksichtigten Elemente von Psychotherapien im erweiterten Sinne sind Mindestzeitkontingente in Minuten festgelegt, die bei einer Abrechnung der Leistungen nicht unterschritten werden dürfen (vgl. auch Angaben in Tabelle 3.1). Mit Rückgriff auf diese Angaben lassen sich sowohl für Richtlinien Therapien als auch für Elemente von Psychotherapien im erweiterten Sinne aus den Abrechnungsdaten auch Therapiezeiten abschätzen. Werden, wie bei den nachfolgend präsentierten Ergebnissen, je abgerechneter Leistung die jeweils geltenden Mindestzeiten zugrunde gelegt, sollten eher konservative Schätzungen der realen Therapiezeiten resultieren.

Abbildung 3.2 zeigt die durchschnittlich bei Kindern und Jugendlichen abgerechneten Therapiezeiten insgesamt sowie auch die in den Gesamtwerten enthaltenen Zeiten mit einer Zuordnung zu den unterschiedlichen Leistungen, die bei der Ermittlung der Therapiezeiten berücksichtigt wurden.

Anzahl der pro Kopf
abgerechneten Therapie-
minuten bei 0- bis 24-
Jährigen von 2009 bis
2019 um 66 % gestiegen

Insgesamt wurden nach den Ergebnissen bei Kindern und Jugendlichen im Jahr 2019 pro Kopf durchschnittlich 22,3 Therapieminuten abgerechnet. Dies waren 8,8 Minuten beziehungsweise 66 Prozent mehr als 2009. Ein wesentlicher Teil der Therapiezeiten entfiel in allen Jahren auf Richtlinien Therapien, also Psychotherapien im engeren Sinne. Im Jahr 2019 wurden bei Kindern und Jugendlichen pro Kopf durchschnittlich 15,7 Minuten Richtlinien Therapiezeiten abgerechnet und damit 37 Prozent mehr als 2009. Dabei war es in den ersten beiden Jahren nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017 und 2018 zunächst zu einer Stagnation der abgerechneten Therapiezeiten gekommen, was an den nicht ganz unerheblichen Umstellungen im Zuge der Reform im Hinblick auf die Organisation, Abläufe und Abrechnungsmöglichkeiten gelegen haben könnte. Während Probatorische Sitzungen seit der Reform 2017 im Vergleich zu den Vorjahren in reduziertem Umfang abgerechnet wurden, entfielen auf die zum zweiten Quartal 2017 neu eingeführten Psychotherapeutischen Sprechstunden bereits im Jahr 2017 bedeutende Zeitkontingente, die auch von 2018 bis 2019 noch zunahmen. Eine vergleichsweise geringe Rolle spielte auch 2019 noch die Psychotherapeutische Akutbehandlung, der in den drei Jahren seit ihrer Einführung pro Kopf durchschnittlich erst 0,31, 0,66 und schließlich 0,81 Therapieminuten zuzuordnen waren.

Abbildung 3.2: Psychotherapiezeiten bei Kindern und Jugendlichen im erweiterten und engeren Sinne 2009 bis 2019



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019; durchschnittliche Therapiezeiten pro Kopf und Jahr bei Kindern und Jugendlichen mit Probatorischen Sitzungen, Psychotherapeutischen Sprechstunden, Akutbehandlungen oder mit Richtlinientherapien; zur Approximation der Therapiezeiten wurden die in Tabelle 3.1 genannten Mindestzeiten je abgerechneter Leistung angenommen; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2019.

3.3.2 Entwicklung und Stand der ambulanten Psychotherapie in Bundesländern

Der nachfolgende Abschnitt befasst sich in komprimierter Form mit Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen in den einzelnen Bundesländern. Im Rahmen ausführlicher Analysen zum Arztreport 2020 konnten bei altersübergreifenden Betrachtungen erhebliche Unterschiede hinsichtlich der regionalen ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation sowie auch der regionalen Inanspruchnahme aufgezeigt werden (vgl. dort Ausführungen auf den Seiten 175 bis 185, 190 bis 196 sowie auf den Seiten 205 bis 207).

Tendenziell zeigte sich dabei allerdings eine merkliche Abnahme der regionalen Unterschiede in den Jahren von 2009 bis 2018 (vgl. insbesondere die Seiten 195 und 196 im Arztreport 2020).

2019 im Vergleich zu 2009 eher Angleichung von Psychotherapieraten zwischen den Bundesländern

Tabelle 3.3 zeigt Ergebnisse zu den Anteilen von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapien im erweiterten sowie engeren Sinne in den Jahren 2009 und 2019 in den einzelnen Bundesländern. Während die Anteile Betroffener mit Psychotherapien im erweiterten Sinne im Jahr 2009 in den einzelnen Bundesländern noch relative Abweichungen zwischen –52 und +43 Prozent (in Mecklenburg-Vorpommern sowie Bremen) vom bundesweit ermittelten Ergebnis aufwiesen, zeigten sich demgegenüber 2019 nur noch moderatere Abweichungen von –19 bis +26 Prozent (in Mecklenburg-Vorpommern sowie Berlin). Insbesondere in Mecklenburg-Vorpommern sowie Sachsen-Anhalt ist es – ausgehend von sehr geringen Behandlungsraten – zu erheblichen Zuwächsen der Behandlungsraten um mehr als 200 Prozent gekommen. Die Raten lagen damit in den beiden Bundesländern 2019 um mehr als den Faktor drei über den Raten im Jahr 2009.

Grundsätzlich ähnliche Entwicklungen zeigen sich auch bei Auswertungen zu Richtlinienentherapien. Im Jahr 2019 waren mit einem Anteil von 2,51 Prozent in Berlin anteilig die meisten Kinder und Jugendlichen von Richtlinienentherapien betroffen. Der geringste Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Richtlinienentherapie ließ sich für Schleswig-Holstein mit 1,35 Prozent errechnen.

in Berlin 2019 durchschnittlich rund 25 Minuten Richtlinienentherapie bei Kindern und Jugendlichen

Tabelle 3.4 zeigt inhaltlich ähnliche Ergebnisse wie Tabelle 3.3. Während in Tabelle 3.3 Ergebnisse zu Anteilen betroffener Kinder und Jugendlicher dargestellt werden, enthält Tabelle 3.4 Ergebnisse zu den durchschnittlich bei Kindern und Jugendlichen pro Kopf abgerechneten Therapieminuten in den Jahren 2009 und 2019. Die meisten ambulanten Therapieminuten pro Kopf wurden 2019 bei Kindern und Jugendlichen in Berlin mit durchschnittlich 33,5 Minuten für Therapien im erweiterten Sinne und dabei 24,9 Minuten ausschließlich bezogen auf Richtlinienentherapien abgerechnet. Statistisch gesehen verbrachten in Berlin wohnhafte Kinder und Jugendliche im Jahr 2019 also durchschnittlich knapp 25 Minuten in einer Richtlinienentherapie, womit der bundesweit ermittelte Durchschnitt um 58 Prozent überschritten wurde.

Tabelle 3.3: Anteil Kinder und Jugendliche mit Psychotherapie im erweiterten und engeren Sinne 2009 und 2019 nach Bundesländern

Bundesland	Psychotherapie im erweiterten Sinne			Richtlinientherapie		
	Prozentanteil betroffen		Veränderung seit 2009 in Prozent	Prozentanteil betroffen		Veränderung seit 2009 in Prozent
	2009	2019		2009	2019	
Baden-Württemberg	2,09 (3)	3,94 (-5)	+88	1,47 (12)	1,74 (-9)	+18
Bayern	2,06 (1)	3,88 (-6)	+89	1,35 (3)	1,87 (-3)	+38
Berlin	2,62 (29)	5,19 (26)	+98	1,74 (33)	2,51 (31)	+44
Brandenburg	1,35 (-34)	3,61 (-13)	+168	0,79 (-39)	1,61 (-16)	+103
Bremen	2,90 (43)	4,43 (7)	+52	2,01 (54)	2,44 (27)	+21
Hamburg	2,10 (3)	4,41 (7)	+110	1,31 (0)	2,10 (9)	+60
Hessen	2,42 (19)	4,48 (8)	+85	1,66 (27)	2,29 (19)	+37
Mecklenburg-Vorpommern	0,98 (-52)	3,33 (-19)	+239	0,46 (-65)	1,55 (-19)	+240
Niedersachsen	1,96 (-4)	3,71 (-10)	+90	1,20 (-8)	1,80 (-6)	+50
Nordrhein-Westfalen	2,15 (6)	4,70 (14)	+119	1,34 (3)	2,07 (8)	+54
Rheinland-Pfalz	1,95 (-4)	3,82 (-7)	+96	1,23 (-6)	1,78 (-7)	+45
Saarland	1,68 (-17)	3,79 (-8)	+126	1,02 (-22)	1,85 (-3)	+81
Sachsen	1,70 (-16)	4,12 (0)	+143	1,05 (-20)	1,84 (-4)	+75
Sachsen-Anhalt	1,14 (-44)	3,59 (-13)	+214	0,64 (-51)	1,66 (-13)	+161
Schleswig-Holstein	1,61 (-21)	3,45 (-16)	+115	0,93 (-29)	1,35 (-29)	+45
Thüringen	1,76 (-13)	3,44 (-17)	+96	1,10 (-16)	1,75 (-9)	+60
bundesweit	2,03	4,13	+104	1,31	1,92	+46

Quelle: BARMER-Daten 2009 und 2019; Anteil Kinder und Jugendliche mit Probatorischen Sitzungen, Psychotherapeutischen Sprechstunden, Akutbehandlungen oder Richtlinientherapien; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und gegebenenfalls Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2019; Angaben in Klammern: prozentuale Abweichungen regionaler von bundesweiten Ergebnissen

Tabelle 3.4: Psychotherapiezeiten bei Kindern und Jugendlichen für Therapien im erweiterten und engeren Sinne 2009 und 2019 nach Bundesländern

Bundesland	Psychotherapie im erweiterten Sinne			Richtlinientherapie		
	Therapieminuten pro Kopf		Veränderung seit 2009 in Prozent	Therapieminuten pro Kopf		Veränderung seit 2009 in Prozent
	2009	2019		2009	2019	
Baden-Württemberg	15,3 (13)	21,3 (-4)	+39	13,4 (17)	14,6 (-7)	+9
Bayern	14,5 (8)	22,9 (3)	+58	12,4 (8)	16,3 (4)	+32
Berlin	23,2 (73)	33,5 (50)	+44	20,5 (78)	24,9 (58)	+21
Brandenburg	8,2 (-39)	18,1 (-19)	+119	6,8 (-41)	11,8 (-25)	+74
Bremen	24,7 (83)	28,7 (29)	+16	21,7 (89)	22,4 (43)	+3
Hamburg	16,0 (19)	25,2 (13)	+57	13,9 (21)	19,0 (21)	+37
Hessen	17,6 (31)	27,1 (22)	+54	15,4 (34)	20,1 (28)	+31
Mecklenburg-Vorpommern	4,3 (-68)	15,6 (-30)	+264	3,1 (-73)	9,9 (-37)	+217
Niedersachsen	12,2 (-9)	20,6 (-7)	+69	10,4 (-9)	14,5 (-7)	+39
Nordrhein-Westfalen	12,8 (-5)	23,0 (3)	+79	10,8 (-6)	16,0 (2)	+49
Rheinland-Pfalz	10,3 (-23)	19,0 (-15)	+84	8,5 (-26)	13,1 (-16)	+55
Saarland	10,0 (-25)	19,7 (-12)	+96	8,3 (-28)	13,3 (-15)	+61
Sachsen	9,1 (-32)	19,5 (-12)	+114	7,4 (-36)	12,9 (-18)	+74
Sachsen-Anhalt	5,9 (-56)	18,4 (-17)	+211	4,7 (-59)	12,1 (-23)	+157
Schleswig-Holstein	9,7 (-28)	16,1 (-28)	+67	8,0 (-30)	11,3 (-28)	+41
Thüringen	9,7 (-28)	17,8 (-20)	+84	8,0 (-31)	12,6 (-20)	+58
bundesweit	13,5	22,3	+66	11,5	15,7	+37

Quelle: BARMER-Daten 2009 und 2019; Therapiezeiten bei Kindern und Jugendlichen mit Probatorischen Sitzungen, Psychotherapeutischen Sprechstunden oder Akutbehandlungen oder Richtlinientherapien; einheitlich standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und gegebenenfalls Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2019; Angaben in Klammern: prozentuale Abweichungen regionaler von bundesweiten Ergebnissen

Tabelle 3.5 zeigt schließlich die Ergebnisse von Hochrechnungen zu absoluten Betroffenenzahlen und Therapiezeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland im Jahr 2019 mit regionalen Angaben zu Bundesländern. Mit Rückgriff auf die in der Tabelle ausgewiesenen Bevölkerungsangaben des Statistischen Bundesamtes zur Zahl der Kinder und

Jugendlichen im Alter zwischen 0 und 24 Jahren 2019 ließen sich die in Tabelle 3.5 ausgewiesenen Zahlen dabei auch aus den bereits in Tabelle 3.3 sowie 3.4 dargestellten Ergebnissen errechnen.

Tabelle 3.5: Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen im erweiterten und engeren Sinne – absolute Betroffenzahlen sowie Therapiezeiten in Deutschland 2019 nach Bundesländern

Bundesland	Bevölkerung	Psychotherapie im erweiterten Sinne			Richtlinientherapie		
		Betroffene	Therapieminuten	Minuten pro Betroffenenem	Betroffene	Therapieminuten	Minuten pro Betroffenenem
Baden-Württemberg	2.786.552	109.851	59.278.910	540	48.422	40.668.835	840
Bayern	3.190.507	123.779	72.959.941	589	59.528	52.098.557	875
Berlin	864.815	44.868	28.957.789	645	21.671	21.503.033	992
Brandenburg	524.578	18.915	9.468.692	501	8.433	6.189.838	734
Bremen	169.922	7.521	4.880.059	649	4.139	3.800.630	918
Hamburg	455.352	20.064	11.460.400	571	9.547	8.644.804	906
Hessen	1.546.324	69.300	41.843.866	604	35.352	31.046.346	878
Mecklenburg-Vorpommern	333.265	11.092	5.210.064	470	5.176	3.298.532	637
Niedersachsen	1.965.907	72.941	40.587.852	556	35.320	28.548.194	808
Nordrhein-Westfalen	4.431.120	208.057	101.763.983	489	91.931	71.019.654	773
Rheinland-Pfalz	977.598	37.374	18.534.845	496	17.430	12.820.939	736
Saarland	217.044	8.224	4.272.170	519	4.015	2.886.271	719
Sachsen	876.957	36.096	17.129.703	475	16.103	11.286.774	701
Sachsen-Anhalt	444.654	15.962	8.185.031	513	7.395	5.362.024	725
Schleswig-Holstein	691.611	23.889	11.119.813	465	9.347	7.812.243	836
Thüringen	444.253	15.272	7.893.961	517	7.781	5.607.103	721
bundesweit	19.920.459	823.204	443.547.079	539	381.589	312.593.776	819

Quelle: BARMER-Daten 2019; Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen mit Probatorischen Sitzungen, Psychotherapeutischen Sprechstunden, Akutbehandlungen oder Richtlinientherapien; einheitlich standardisiert beziehungsweise hochgerechnet nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und gegebenenfalls Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2019

bei Kindern und Jugendlichen 2019 rund 313 Mio. Minuten Richtlinien-therapie

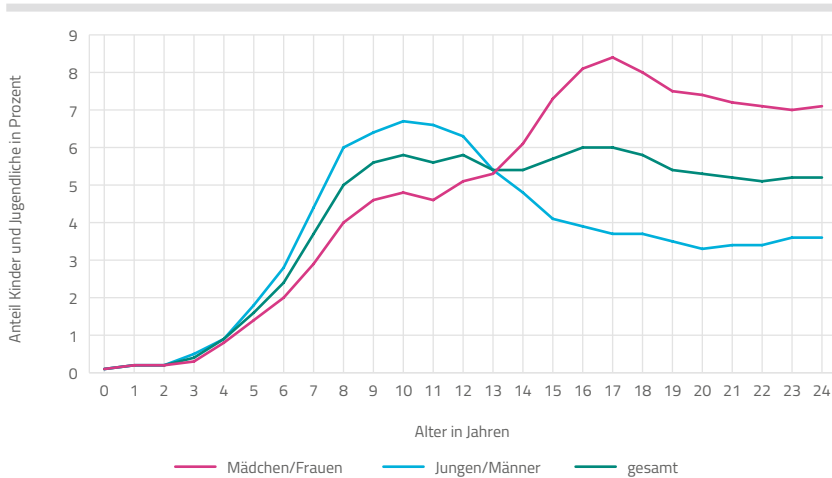
Insgesamt waren innerhalb des Jahres 2019 in Deutschland schätzungsweise rund 823.000 Kinder und Jugendliche von einer Psychotherapie im erweiterten Sinne betroffen, darunter rund 382.000 auch von einer Richtlinien-therapie, also einer Psychotherapie im engeren Sinne. Bei Kindern und Jugendlichen wurden 2019 insgesamt rund 444 Millionen Therapieminuten im Rahmen der ambulanten Versorgung abgerechnet, darunter rund 313 Millionen Therapieminuten im Rahmen von Richtlinien-therapien. Betroffene mit einer Richtlinien-therapie erhielten innerhalb des Jahres durchschnittlich 819 Minuten Richtlinien-therapie (was bei Einheiten à 50 Minuten etwa 16 Sitzungen entspricht). Überdurchschnittlich lange Richtlinien-therapiezeiten ließen sich für Betroffene in Hamburg, Bremen und insbesondere Berlin errechnen. Für den deutlich größeren Personenkreis mit Psychotherapien im erweiterten Sinne wurden pro Betroffenen durchschnittlich 539 Therapieminuten abgerechnet.

3.3.3 Geschlechts- und altersspezifische Ergebnisse

Ab 14 Jahren sind Mädchen häufiger als Jungen von Psycho-therapie betroffen.

Abbildung 3.3 zeigt die Anteile der im Jahr 2019 in einzelnen Altersjahren von Psychotherapien im erweiterten Sinne betroffenen männlichen sowie weiblichen Kindern und Jugendlichen. Bis zum Alter von vier Jahren liegen die Anteile unterhalb von einem Prozent, um anschließend mit weiter zunehmendem Alter deutlich anzusteigen. Ab einem Alter von acht Jahren bewegen sich die geschlechtsübergreifend ermittelten Betroffenenraten dann in einem Bereich zwischen fünf und sechs Prozent. Im Alter von acht bis zwölf Jahren und damit vor Eintritt der Pubertät liegen die Raten bei Jungen merklich über denen bei Mädchen. Im Alter von 13 Jahren wurden 2019 bei nahezu identischen Anteilen von Jungen und Mädchen Leistungen von Psychotherapien im erweiterten Sinne abgerechnet. Ab einem Alter von 14 Jahren sind dann Mädchen merklich häufiger als Jungen betroffen. Während sich bei jungen Frauen ein Altersgipfel im Alter von etwa 17 Jahren abzeichnet, sinken die Betroffenenraten bei Jungen von Höchstwerten im Alter um zehn Jahre bis zum Alter von etwa 20 Jahren, um erst jenseits des 21. Lebensjahres tendenziell wieder leicht anzusteigen.

Abbildung 3.3: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Psychotherapie im erweiterten Sinne nach Geschlecht und Alter 2019

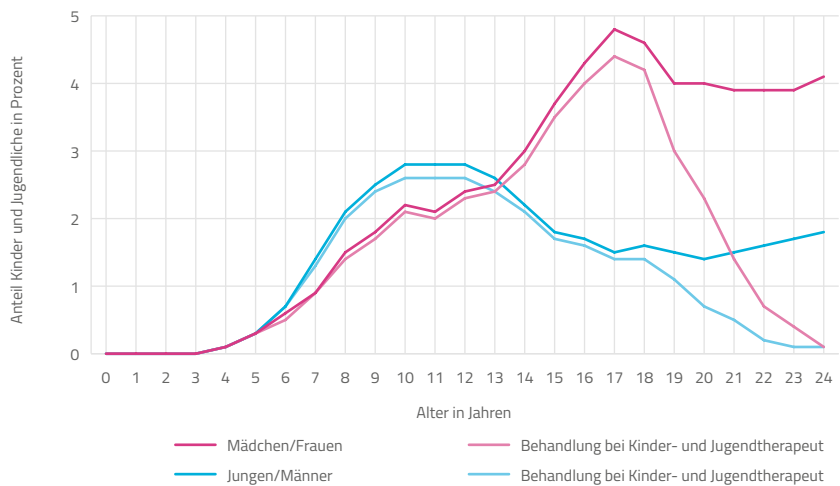


	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Mädchen/ Frauen	0,1	0,2	0,2	0,3	0,8	1,4	2,0	2,9	4,0	4,6	4,8	4,6	5,1	5,3	6,1	7,3	8,1	8,4	8,0	7,5	7,4	7,2	7,1	7,0	7,1
Jungen/ Männer	0,1	0,2	0,2	0,5	0,9	1,8	2,8	4,4	6,0	6,4	6,7	6,6	6,3	5,4	4,8	4,1	3,9	3,7	3,7	3,5	3,3	3,4	3,4	3,6	3,6
gesamt	0,1	0,2	0,2	0,4	0,9	1,6	2,4	3,7	5,0	5,6	5,8	5,6	5,8	5,4	5,4	5,7	6,0	6,0	5,8	5,4	5,3	5,2	5,1	5,2	5,2

Quelle: BARMER-Daten 2019; Kinder und Jugendliche mit Probatorischen Sitzungen, Psychotherapeutischen Sprechstunden, Akutbehandlungen oder mit Richtlinien Therapien; standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Wohnregion in Bundesländern sowie gegebenenfalls Geschlecht im Jahresdurchschnitt 2019

Abbildung 3.4 zeigt die Anteile der im Jahr 2019 in einzelnen Altersjahren von Richtlinien Therapien betroffenen männlichen sowie weiblichen Kindern und Jugendlichen. Auf insgesamt niedrigerem Niveau ähneln die geschlechts- und altersabhängigen Verläufe der Ergebnisse denen im Hinblick auf Psychotherapien im erweiterten Sinne. Erst ab einem Alter von sieben beziehungsweise acht Jahren sind mehr als ein Prozent der Jungen und Mädchen von Richtlinien Therapien betroffen. Bei Jungen werden die höchsten Raten mit gut 2,8 Prozent im Alter von zehn bis zwölf Jahren erreicht. Mädchen beziehungsweise junge Frauen sind mit einer Rate von knapp 4,8 Prozent am häufigsten im Alter um 17 Jahre betroffen.

Abbildung 3.4: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Psychotherapie im engeren Sinne nach Geschlecht und Alter 2019



	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Mädchen/ Frauen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,6	0,9	1,5	1,8	2,2	2,1	2,4	2,5	3,0	3,7	4,3	4,8	4,6	4,0	4,0	3,9	3,9	3,9	4,1
Behandlung bei Kinder- und Jugend- therapeut	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,5	0,9	1,4	1,7	2,1	2,0	2,3	2,4	2,8	3,5	4,0	4,4	4,2	3,0	2,3	1,4	0,7	0,4	0,1
Jungen/ Männer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,7	1,4	2,1	2,5	2,8	2,8	2,8	2,6	2,2	1,8	1,7	1,5	1,6	1,5	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8
Behandlung bei Kinder- und Jugend- therapeut	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,3	0,7	1,3	2	2,4	2,6	2,6	2,6	2,4	2,1	1,7	1,6	1,4	1,4	1,1	0,7	0,5	0,2	0,1	0,1

Quelle: BARMER-Daten 2019; Kinder und Jugendliche mit Richtlinientherapien; standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Wohnregion in Bundesländern sowie gegebenenfalls Geschlecht im Jahresdurchschnitt 2019

bis zum 18. Lebensjahr
Richtlinientherapie zu
>90% bei Kinder- und
Jugendtherapeuten

Ergänzend sind in der Abbildung auch die Anteile der durch spezifisch Kinder- und Jugendtherapeuten behandelten Personen in einzelnen Altersgruppen gekennzeichnet, denen hier Therapeuten mit den Fachgruppenkennungen 69 (Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut), 47 (Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie) sowie Kinderärzte der Fachgruppe 34 zugeordnet waren. Bis zum Alter von 17 Jahren waren entsprechende (Kinder-)Therapeutenfachgruppen für mehr als 90 Prozent der Richtlinientherapie-

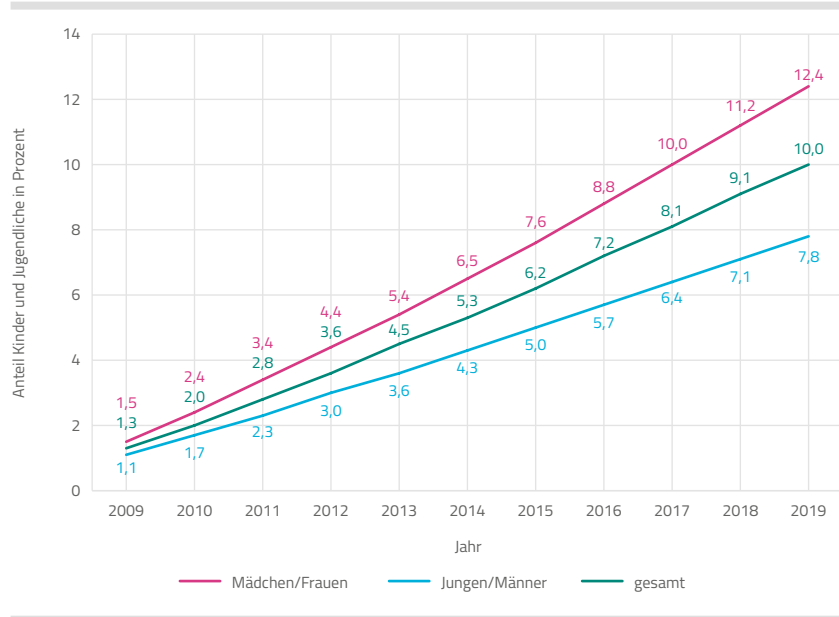
Kontakte verantwortlich zu machen. Personen im Alter von 20 Jahren hatten im Rahmen einer Richtlinientherapie noch gut zur Hälfte Kontakt zu einem entsprechenden Kinder- und Jugendtherapeuten. Erst Personen im Alter ab 23 Jahre aufwärts erhielten nur noch zu weniger als zehn Prozent eine Richtlinientherapie durch einen spezifischen Kinder- und Jugendtherapeuten.

3.3.4 Mittelfristig von Richtlinientherapien betroffene Kinder und Jugendliche

In allen vorausgehenden Abschnitten wurden Anteile von Kindern und Jugendlichen mit Psychotherapie jeweils ausschließlich bezogen auf einzelne Kalenderjahre betrachtet. So lassen sich Kennzahlen zu einzelnen Jahren sinnvoll vergleichen und gegebenenfalls Veränderungen der psychotherapeutischen Versorgung in den Jahren von 2009 bis 2019 aufdecken. Allerdings lässt sich aus derartigen Ergebnissen allein kaum abschätzen, wie viele Kinder und Jugendliche innerhalb von längeren Beobachtungszeiträumen von einer Psychotherapie betroffen waren. Mittel- oder längerfristige Betroffenenraten erscheinen jedoch inhaltlich bedeutsam, um abzuschätzen, wie verbreitet beziehungsweise „gewöhnlich“ Erfahrungen mit Psychotherapien sind.

Um Aussagen zumindest zu mittelfristig beobachtbaren Betroffenenraten zu ermöglichen, wurden in einer gesonderten Auswertung Kinder und Jugendliche im Jahr 2009 im Hinblick auf die Inanspruchnahme von Richtlinientherapien betrachtet und, sofern möglich, in Daten zu diesen Kindern und Jugendlichen auch Richtlinientherapien aus den zehn Folgejahren bis zum Jahr 2019 identifiziert. Insbesondere bei Kindern und Jugendlichen sind Veränderungen des Versicherungsstatus relativ häufig. Insofern beruhen Auswertungen besonders in dieser Gruppe von Versicherten mit zunehmender Ausdehnung eines Betrachtungsintervalls erwartungsgemäß auf stetig kleiner werdenden Populationen. Von den 2009 insgesamt berücksichtigten 1.884.517 Kindern und Jugendlichen waren jedoch auch 2019 noch 65,9 Prozent bei der BARMER versichert und konnten zur Berechnung von Therapieraten auch über den gesamten Elf-Jahres-Zeitraum berücksichtigt werden. Vor dem Hintergrund dieses erfreulich moderaten Lost to follow-up konnte auf den Einsatz von speziellen statistischen Verfahren zur Berücksichtigung unvollständiger Beobachtungszeiten zugunsten einer leicht nachvollziehbaren Berechnung verzichtet werden.

Abbildung 3.5: Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Richtlinientherapie in Abhängigkeit von Beobachtungszeiten von einem Jahr bis zu elf Jahren, ausgehend von 2009



Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019; Anteil Kinder und Jugendliche mit Richtlinientherapie innerhalb von einem bis zu elf Beobachtungsjahren, ausgehend von 2009 bis einschließlich 2019 (jeweils bezogen auf entsprechend lange durchgängig versicherte Personen); standardisiert nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Verteilung der Bevölkerung nach Wohnregion in Bundesländern sowie gegebenenfalls Geschlecht im Jahresdurchschnitt 2019

Abbildung 3.5 zeigt die Anteile der Kinder und Jugendlichen 2009 im Alter zwischen 0 und 24 Jahren, die innerhalb dieses Jahres sowie den zehn nachfolgenden Jahren nach verfügbaren Abrechnungsdaten zumindest kurzfristig Leistungen im Sinne einer Richtlinientherapie erhielten.

Innerhalb von 11 Jahren erhielten 10% aller Kinder und Jugendlichen Richtlinientherapien.

Während innerhalb des Jahres 2009 nach standardisierten geschlechtsübergreifenden Auswertungen lediglich 1,31 Prozent der Kinder und Jugendlichen eine Richtlinientherapie erhielten (vgl. auch die bereits in Tabelle 3.3 dargestellten Ergebnisse zu Richtlinientherapien), stieg dieser Anteil bei einer Ausdehnung des Beobachtungszeitraums auf insgesamt elf Jahre auf 10,0 Prozent. Jede zehnte Person aus der betrachteten Gruppe war demnach also innerhalb dieses Beobachtungszeitraums mindestens kurzzeitig von

einer Psychotherapie im engeren Sinne betroffen. Weibliche Kinder und Jugendliche waren mit 12,4 Prozent noch merklich häufiger als männliche Kinder und Jugendliche mit 7,8 Prozent betroffen. Psychotherapie betrifft nach diesen Ergebnissen in längeren Zeiträumen also erhebliche Anteile der Kinder und Jugendlichen. Dabei dürften die genannten Ergebnisse die „Lebenszeitprävalenzen“ der im Jahr 2019 zwischen 10 und 34 Jahre alten Personen noch merklich unterschätzen, da – ausgehend von 2019 – insbesondere bei älteren Personen bedeutsame und dabei jedoch schon länger als zehn Jahre zurückliegende Lebenszeiträume nicht berücksichtigt werden konnten.

3.4 Anlässe für ambulante Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen

Das vorliegende Kapitel befasst sich mit den Anlässen für ambulante Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen. Es soll damit geklärt werden, aus welchen Gründen in Deutschland Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen vorrangig durchgeführt werden. Dabei konzentriert sich das Kapitel auf Anlässe von Richtlinienentherapien, also Psychotherapien im engeren Sinne. Um in Abrechnungsdaten Behandlungsanlässe von Richtlinienentherapien zu identifizieren, sind im Detail unterschiedliche Wege denkbar. Grundsätzlich können dabei vorrangig die in den Daten den einzelnen Abrechnungs- beziehungsweise Behandlungsfällen zugeordneten Diagnosen Auskunft über Behandlungsanlässe geben.

3.4.1 Methodisches Vorgehen

Um Informationen möglichst zu initialen und damit vermeintlich ursprünglichen Anlässen von Richtlinienentherapien zu erhalten, wurden für die nachfolgend dargestellten Auswertungen in den Abrechnungsdaten zunächst die erstmals innerhalb eines Beobachtungsjahres dokumentierten Behandlungsfälle mit Abrechnung einer Richtlinienentherapie identifiziert. Berücksichtigt wurden anschließend nur Fälle zu denjenigen Personen, bei denen sich in Abrechnungsdaten aus den zwei vorausgehenden Versicherungsjahren keinerlei Hinweise auf eine Richtlinienentherapie fanden. Mit diesem Vorgehen dürfte weitgehend sichergestellt sein, dass es sich bei den hier betrachteten Therapien jeweils um neu begonnene, also initiale Therapien und nicht um die Fortsetzungen von vor längerer Zeit initiierten Therapien handelt.

Identifikation von
Behandlungsanlässen
über Diagnosen zu
Behandlungsfällen mit
erstmaliger Richtlinien-
therapie

Im Rahmen der ambulanten ärztlichen sowie psychotherapeutischen Versorgung fassen die abgerechneten Behandlungsfälle ganz allgemein immer alle Behandlungen einer Praxis bei einem Patienten innerhalb eines Kalenderquartals zusammen. Diagnosen, und damit auch die Informationen zu möglichen Behandlungsanlässen, werden zu genau diesen Behandlungsfällen ohne jegliche Gewichtung und ohne eine genauere zeitliche Zuordnung dokumentiert. Von den Therapeuten können dabei bedarfsweise auch viele unterschiedliche Diagnosen je Behandlungsfall dokumentiert werden, womit es schwierig sein kann, Behandlungsanlässe zu einzelnen Behandlungsfällen genauer einzugrenzen. Zu den im Rahmen der vorliegenden Auswertungen näher betrachteten ersten Behandlungsfällen mit der Abrechnung einer Richtlinientherapie im Jahr 2019 war allerdings überwiegend (bei 73,4 Prozent) nur genau eine Diagnose dokumentiert, womit die Zuschreibung eines Behandlungsanlasses bei immerhin knapp drei Vierteln aller entsprechenden Behandlungsfälle eindeutig möglich war (was in vergleichbarem Umfang auch für andere Jahre galt). Waren mehrere Diagnosen zu den initialen Behandlungsfällen dokumentiert, wurden sie bei den nachfolgend dargestellten Ergebnissen entsprechend ihrer Zahl anteilig als Behandlungsanlässe berücksichtigt (zum Beispiel bei zwei Diagnosen je Diagnose als Anlass für 0,5 Behandlungsfälle, bei vier Diagnosen je Diagnose als Anlass für 0,25 Behandlungsfälle).

3.4.2 Ergebnisse

Tabelle 3.6 listet Ergebnisse zu anteilig relevanten Behandlungsanlässen für neu begonnene Richtlinientherapien bei Kindern und Jugendlichen auf. Die Behandlungsanlässe werden dabei auf der Ebene dreistelliger ICD-10-Diagnosen differenziert. In den Daten der BARMER ließen sich im Jahr 2019 insgesamt $n = 13.047$ Betroffene im Alter zwischen 0 und 24 Jahren identifizieren, die (unter Ausnahme der jüngsten Altersgruppen) bereits in den zwei vorausgehenden Jahren bei der BARMER versichert waren und in dieser Zeit keine Richtlinientherapie erhalten hatten.

Nach bevölkerungsbezogen gewichteten Auswertungen dieser Daten waren in Deutschland etwa 162.000 Kinder und Jugendliche aus der genannten Altersspanne im Jahr 2019 erstmals (nach zumindest zwei therapiefreien vorausgehenden Jahren) von einer Richtlinientherapie betroffen. Als Anlässe für Richtlinientherapien von mindestens 1.000 Kindern und Jugendlichen in Deutschland ließen sich insgesamt 19 unterschiedliche drei-

stellige ICD-10-Diagnosen identifizieren. Insgesamt konnten diese 19 Diagnosen für rund 95 Prozent aller Richtlinien Therapien im Jahr 2019 verantwortlich gemacht werden. Neben den für Deutschland geschätzten absoluten Betroffenenzahlen und -anteilen listet die Tabelle ergänzend auch das Durchschnittsalter sowie den Frauenanteil der Personen auf, die mit entsprechenden Diagnosen 2019 eine Richtlinien Therapie erhielten. Das Durchschnittsalter der Betroffenen insgesamt lag bei 15,8 Jahren. 60,5 Prozent der erstmals von einer Richtlinien Therapie im Jahr 2019 betroffenen Kinder und Jugendlichen waren weiblich. Schließlich werden in der letzten Ergebnisspalte in Klammern auch Betroffenenteile genannt, welche der jeweiligen Diagnose bei Ersttherapien im Jahr 2009 zuzuordnen waren. Neben Diagnosen auf dreistelliger ICD-10-Ebene werden regelmäßig auch vierstellige Codes mit zugehörigen Ergebnissen aufgelistet, sofern diese nach Hochrechnungen in Deutschland 2019 mindestens den Anlass für 1.000 Richtlinien Therapien bei Kindern und Jugendlichen bildeten oder wenn sie die häufigste vierstellige Subdiagnose zum jeweils übergeordneten dreistelligen Schlüssel bildeten.

F43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen

Den häufigsten dokumentierten Anlass für die Einleitung einer Richtlinien Therapie bildete die Diagnose „Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen“ (ICD-10: F43). Mit dieser Diagnose begann 2019 bei rund 37.400 Kindern und Jugendlichen und damit bei 23,0 Prozent aller Betroffenen eine Richtlinien Therapie. Im Vergleich zu 2009 kam der Diagnose 2019 anteilig eine größere Bedeutung als Anlass von Richtlinien Therapien zu.

Reaktionen auf schwere Belastungen (ICD-10: F43) häufigster Anlass für Richtlinien Therapie

Charakteristisch für Störungen mit der Diagnose F43 ist gemäß Erläuterungen in der ICD-10-Klassifikation „... die Angabe von ein oder zwei ursächlichen Faktoren: ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis, das eine akute Belastungsreaktion hervorruft, oder eine besondere Veränderung im Leben, die zu einer anhaltend unangenehmen Situation geführt hat und eine Anpassungsstörung hervorruft. ... Das belastende Ereignis oder die andauernden, unangenehmen Umstände sind primäre und ausschlaggebende Kausalfaktoren, und die Störung wäre ohne ihre Einwirkung nicht entstanden.“ Demnach sollten bei einer F43-Diagnose immer äußere ursächliche Faktoren und Umstände für die beobachteten psychischen Störungen benannt werden können.

Mobbing nicht eindeutig
mit ICD-10-Diagnosen
dokumentierbar

Ein äußerer Grund für psychische Störungen im Sinne der Diagnose F43 kann dabei Mobbing sein, welches sich bei Kindern und Jugendlichen in unterschiedlichen sozialen Umfeldern wie Freundeskreis, Schule, Arbeitsplatz oder im Internet ereignen kann. Da Mobbing selbst keine Krankheit, sondern eher die Ursache psychischer Störungen ist, existiert für Mobbing kein ICD-10-Kode. Auch eine spezielle Kennzeichnung von durch Mobbing hervorgerufenen psychischen Störungen ist nicht vorgesehen. Die ICD-10-Klassifikation ermöglicht in diesem Kontext mit einer Gruppe von Z-Diagnoseschlüsseln im Bereich von Z55 bis Z65 lediglich die Kennzeichnung von „Personen mit potentiellen Gesundheitsrisiken aufgrund sozioökonomischer oder psychosozialer Umstände“, wobei auch durch diese Schlüssel Personen mit Mobbing-Erfahrung nicht eindeutig identifiziert werden können. Letztendlich lässt sich die Bedeutung des Mobblings für die Inanspruchnahme von Richtlinientherapien damit nur schwer eingrenzen, zumal ein Teil der von Mobbing Betroffenen auch noch unter anderen Diagnosen als dem Kode F43 behandelt werden dürfte.

Posttraumatische Belastungsstörungen 2019
dokumentierter Anlass
für ca. 3.800 neu begonnene
Richtlinientherapien bei Kindern
und Jugendlichen

Nach weiterer Differenzierung der Diagnose F43 erfolgt der überwiegende Teil der Behandlungen unter Angabe der vierstelligen Diagnose F43.2 „Anpassungsstörungen“. Hierbei handelt es sich gemäß ICD „um Zustände von subjektiver Bedrängnis und emotionaler Beeinträchtigung, die im Allgemeinen soziale Funktionen und Leistungen behindern und während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung oder nach belastenden Lebensereignissen auftreten. Die Belastung kann das soziale Netz des Betroffenen beschädigt haben (wie bei einem Trauerfall oder Trennungserlebnissen) oder das weitere Umfeld sozialer Unterstützung oder soziale Werte (wie bei Emigration oder nach Flucht). Sie kann auch in einem größeren Entwicklungsschritt oder einer Krise bestehen (wie Schulbesuch, Elternschaft, Misserfolg, Erreichen eines ersehnten Zieles und Ruhestand).“ Noch relativ häufig werden Richtlinientherapien zudem auch unter der Diagnose F43.1 „Posttraumatische Belastungsstörung“ durchgeführt. Diese entsteht gemäß ICD „als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis ... mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.“ Seltener bilden auch „Akute Belastungsreaktionen“ (F43.0) und „Sonstige Reaktionen auf schwere Belastungen“ (F43.8) den Anlass für eine Richtlinientherapie.

F32, F33 – Depressionen

Den zweiten Rang belegte als Anlass für Richtlinien Therapien im Jahr 2019 die Diagnose „Depressive Episode“ (F32) mit rund 23.100 Betroffenen. Treten depressive Episoden wiederholt auf, kann dies mit der Diagnose „Rezidivierende depressive Störung“ (F33) kenntlich gemacht werden, die 2019 zusätzlich bei rund 6.600 Kindern und Jugendlichen den Anlass zum Beginn einer Richtlinien Therapie bildete. Den beiden Diagnosen von Depressionen kommt mit einem Anteil von 18,4 Prozent an allen Behandlungsanlässen für Richtlinien Therapien nur eine moderat geringere Bedeutung als der Diagnose F43 zu. Richtlinien Therapien mit der Diagnose von Depressionen betreffen vorrangig ältere Jugendliche, Frauen sind deutlich häufiger als Männer betroffen. Auch den beiden Diagnosen von Depressionen kamen 2019 als Anlass von Richtlinien Therapien anteilig größere Bedeutungen als im Jahr 2009 zu.

Depressionen bilden
direkt dokumentierten
Anlass für mehr als 18%
der Richtlinien Therapien.

Mit den vierstelligen Schlüsseln der Depressionsdiagnosen F32 und F33 lassen sich vorrangig unterschiedliche Schweregrade der Depression differenzieren. Als Anlass für Richtlinien Therapien werden am häufigsten mittelgradige Depressionen dokumentiert. Hingewiesen sei an dieser Stelle darauf, dass auch eine Reihe von weiteren Diagnosen psychischer Störungen typischerweise mit depressiven Stimmungslagen einhergehen. Die Diagnose „Dysthymia“ (F34.1) ließe sich beispielsweise auch als leichte, zugleich jedoch langanhaltende Depression einstufen und im vorliegenden Abschnitt direkt als Depressionsdiagnose berücksichtigen (vgl. Tabelle 3.6 mit Angaben zu Rang 15). In jedem Fall dürften Therapeuten bei Richtlinien Therapien noch erheblich häufiger mit depressiven Symptomen konfrontiert sein, als dies durch die Dokumentation der Diagnosen F32 und F33 zum Ausdruck kommt.

F93, F94 – Emotionale Störungen des Kindesalters sowie Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die Diagnose F93 belegte als Anlass für den Beginn einer Richtlinien Therapie mit einem Anteil von 13,6 Prozent und schätzungsweise 22.000 Betroffenen den Rang drei unter allen dreistelligen ICD-10-Diagnosen. Mit der deutlich seltener verwendeten ähnlichen Diagnose F94 wurden rund 1.500 und damit rund 0,9 Prozent der Therapien begründet. Auch diesen Diagnosen kam 2019 als Anlass von Richtlinien Therapien anteilig eine

größere Bedeutung als im Jahr 2009 zu. Beide Diagnosen werden vorrangig im jüngeren Alter um elf Jahre herum dokumentiert.

Emotionale Störungen des Kindesalters kennzeichnen häufig eher graduelle Abweichungen von der normalen Entwicklung.

„Emotionale Störungen des Kindesalters“ stellen laut ICD-10-Beschreibung „in erster Linie Verstärkungen normaler Entwicklungstrends dar und weniger eigenständige, qualitativ abnorme Phänomene.“ Auf der vierstelligen ICD-10-Ebene werden am häufigsten und wenig spezifisch „Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters“ (F93.8) dokumentiert, denen auch Überängstlichkeit zugeordnet werden kann. Es folgen der Häufigkeit nach „Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters“ (F93.0).

Bei den sehr viel seltener dokumentierten „Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend“ handelt es sich gemäß ICD-10 „um eine etwas heterogene Gruppe von Störungen, mit Abweichungen in der sozialen Funktionsfähigkeit und Beginn in der Entwicklungszeit. ... In vielen Fällen spielen schwerwiegende Milieuschäden oder Deprivationen eine vermutlich entscheidende Rolle in der Ätiologie.“ Am häufigsten wird dabei mit schätzungsweise rund 650 betroffenen Kindern die vierstellige Diagnose F94.1 „Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters“ dokumentiert, die laut ICD-10 „durch anhaltende Auffälligkeiten im sozialen Beziehungsmuster des Kindes charakterisiert [ist]. ... Die Symptome bestehen aus Furchtsamkeit und Übervorsichtigkeit, eingeschränkten sozialen Interaktionen mit Gleichaltrigen, gegen sich selbst oder andere gerichteten Aggressionen, Unglücklichsein und in einigen Fällen Wachstumsverzögerung.“

Angststörungen Anlass für ca. 23.000 der 2019 begonnenen Richtlinientherapien

F41, F40 – Andere Angststörungen sowie Phobische Störungen

Die Diagnosen F41 und F40 belegten 2019 als Anlässe für den Beginn einer Richtlinientherapie mit Anteilen von 7,6 und 6,4 Prozent sowie schätzungsweise 12.300 und 10.400 Betroffenen die Ränge vier und fünf unter den dreistelligen ICD-10-Diagnosen. Beide Diagnosen werden bei Kindern und Jugendliche vorrangig im höheren Alter um 18 Jahre dokumentiert, mehr als zwei Drittel der Betroffenen sind weiblichen Geschlechts.

Beide Diagnosen beschreiben Angststörungen. Während bei „Phobischen Störungen“ (F40) gemäß ICD-10-Klassifikation Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich ungefährliche Situationen hervorgerufen wird, die in der Folge

typischerweise vermieden oder mit Furcht ertragen werden, stellen bei „Anderen Angststörungen“ (F41) Manifestationen der Angst die Hauptsymptome dar, ohne auf eine bestimmte Umgebungssituation bezogen zu sein. „Phobische Störungen“ treten häufig gleichzeitig mit Depression auf. Gemäß ICD-10 können auch bei „Anderen Angststörungen“ depressive und Zwangssymptome und sogar einige Elemente phobischer Angst vorhanden sein.

Entsprechend lässt sich bei „Anderen Angststörungen“ als häufigste vierstellige Diagnose der Kode F41.2 „Angst und depressive Störung, gemischt“ identifizieren. Von den „Phobischen Störungen“ werden am häufigsten „Soziale Phobien“ (F40.1) als Anlass für eine Richtlinien­therapie bei Kindern und Jugendlichen dokumentiert (vgl. Tabelle 3.6).

F90, F91 – Hyperkinetische Störungen sowie Störungen des Sozialverhaltens

Die Diagnosen F90 und F91 belegten als Anlässe für den Beginn einer Richtlinien­therapie mit Anteilen von 5,1 und 2,3 Prozent sowie schätzungsweise 8.226 und 3.722 Betroffenen mit einigem Abstand in der Tabellenrangfolge die Ränge sechs und zwölf unter den dreistelligen ICD-10-Diagnosen. Beide Diagnosen werden bei Kindern und Jugendlichen vorrangig im Alter um zehn bis zwölf Jahren dokumentiert. Bei beiden Diagnosen sind rund drei Viertel der betroffenen Kinder und Jugendlichen männlichen Geschlechts, bei keiner anderen anteilig relevanten Diagnose konnte ein vergleichbar geringer Anteil an weiblichen Betroffenen ermittelt werden. Beide Diagnosen spielten als Anlass für eine Richtlinien­therapie 2019 anteilig eine geringere Rolle als im Jahr 2009.

ADHS sowie Störungen
des Sozialverhaltens
2019 anteilig für weniger
Richtlinien­therapien als
2009 verantwortlich

Mit der Diagnose „Hyperkinetische Störungen“ (F90) werden gemäß ICD-10-Klassifikation Störungen erfasst, die „durch einen frühen Beginn, ... einen Mangel an Ausdauer bei Beschäftigungen, ... und eine Tendenz, von einer Tätigkeit zu einer anderen zu wechseln“ charakterisiert sind. Besser bekannt ist diese Diagnose unter der Bezeichnung Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS). Als vierstellige Subdiagnosen werden vorrangig „Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung“ (F90.0) sowie „Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens“ (F90.1) erfasst.

„Störungen des Sozialverhaltens“ (F91) sind als Diagnose gemäß ICD-10 „durch ein sich wiederholendes und anhaltendes Muster dissozialen, aggressiven und aufsässigen Verhaltens charakterisiert. Dieses Verhalten übersteigt mit seinen größeren Verletzungen die altersentsprechenden sozialen Erwartungen.“ Als vierstellige Subdiagnosen werden vorrangig die Codes „Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten“ (F91.3) sowie „Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen“ (F91.2) dokumentiert (vgl. Tabelle 3.6). Mit Letzterem sind Störungen des Sozialverhaltens bei bestehender Einbindung in Gruppen von zumeist Gleichaltrigen gemeint.

F50 – Essstörungen

Essstörungen Anlass
für 3 % der Richtlinien-
therapien – 95 % Frauen
betroffen

Die Diagnose F50 belegte als Anlass für Richtlinientherapien mit einem Anteil von 3,0 Prozent und schätzungsweise 4.900 Betroffenen den Rang acht unter den dreistelligen ICD-10-Diagnosen. Der Diagnose kam 2019 dabei anteilig eine etwas geringere Bedeutung als 2009 zu. Die Diagnose wird bei Kindern und Jugendlichen vorrangig im höheren Alter um 18 Jahre herum dokumentiert und betrifft als Anlass für eine Richtlinien-therapie mit einem Anteil von 95 Prozent fast ausschließlich Frauen.

Bei den Essstörungen lassen sich unterschiedliche Formen differenzieren. Als vierstellige Diagnose wird am häufigsten eine „Anorexia nervosa“ (F50.0), gefolgt mit deutlichem Abstand von der „Bulimia nervosa“ (F50.2), als Anlass einer Richtlinien-therapie dokumentiert.

F98 – Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Die Diagnose F98 belegte als Anlass für Richtlinien-therapien mit einem Anteil von 2,9 Prozent und schätzungsweise 4.700 Betroffenen den Rang neun unter den dreistelligen ICD-10-Diagnosen. Der Diagnose kam 2019 dabei anteilig eine geringere Bedeutung als 2009 zu. Die Diagnose wird vorrangig im jüngeren Alter um elf Jahre herum dokumentiert und betrifft als Anlass für eine Richtlinien-therapie bei einem Frauenanteil von knapp über 40 Prozent überwiegend männliche Kinder und Jugendliche.

Unter der Diagnose F98 ist in der ICD-10-Klassifikation ein sehr heterogenes Spektrum an Störungen zusammengefasst. Am häufigsten wurden 2019 die vierstelligen Codes F98.8 „Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen“, F98.9 „Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen“ und F98.0 „Nichtorganische Enuresis“ als Anlass für eine Richtlinienherapie dokumentiert. Mit dem Code F98.8 können unter anderem auch Aufmerksamkeitsstörung ohne Hyperaktivität dokumentiert werden, was die vergleichsweise häufige Verwendung dieses Kodes begründen könnte.

F42 – Zwangsstörung

Die Diagnose von Zwangsstörungen belegte als Anlass für Richtlinientherapien mit einem Anteil von 2,7 Prozent und schätzungsweise 4.400 Betroffenen den Rang zehn unter den dreistelligen ICD-10-Diagnosen. Der Diagnose kam 2019 dabei anteilig eine etwas größere Bedeutung als 2009 zu. Die Diagnose wird vorrangig im höheren Alter um 18 Jahre herum dokumentiert. Sie betrifft als Anlass für eine Richtlinienherapie zu 57 Prozent weibliche Kinder und Jugendliche.

F92 – Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen

Die Diagnose F92 belegte als Anlass für Richtlinientherapien mit einem Anteil von 2,6 Prozent und schätzungsweise 4.200 Betroffenen den Rang elf unter den dreistelligen ICD-10-Diagnosen. Der Diagnose kam 2019 dabei anteilig eine geringere Bedeutung als 2009 zu. Die Diagnose wird vorrangig in jüngerem Alter um zwölf Jahre herum dokumentiert und betrifft als Anlass für eine Richtlinienherapie bei einem Frauenanteil von knapp über 40 Prozent überwiegend männliche Kinder und Jugendliche. Gemäß Erläuterungen zur ICD-10-Klassifikation ist diese Gruppe von Störungen „durch die Kombination von anhaltendem aggressiven, dissozialen oder aufsässigen Verhalten charakterisiert mit offensichtlichen und eindeutigen Symptomen von Depression, Angst oder anderen emotionalen Störungen. Sowohl die Kriterien für Störungen des Sozialverhaltens im Kindesalter (F91.–) als auch für emotionale Störungen des Kindesalters (F93.–) beziehungsweise für eine erwachsenentypische neurotische Störung (F40–F49) oder eine affektive Störung (F30–F39) müssen erfüllt sein.“

Seltener kodierte Anlässe für Richtlinien Therapien

Alle übrigen auf Rang 13 bis 19 gelisteten dreistelligen ICD-10-Diagnosen ließen sich im Rahmen der hier durchgeführten Auswertungen im Jahr 2019 jeweils nur als Anlass für zwei oder weniger Prozent der Richtlinien Therapien bei Kindern und Jugendlichen verantwortlich machen.

Hervorhebenswert erscheint, dass zwei dieser Diagnosen (F34 und F48) im Jahr 2019 anteilig erheblich seltener als noch 2009 den Anlass für eine Richtlinien Therapie bildeten. Dies könnte Ausdruck von veränderten Auffassungen zu bestimmten Erkrankungsbildern und einer entsprechend veränderten Kodierung durch Therapeuten sein.

Störungen der
Geschlechtsidentität
2019 nach erheblicher
Zunahme kodierter
Anlass für 0,8% der
Richtlinien Therapien

Gleichfalls hervorzuheben ist der – wenn auch auf insgesamt niedrigem Niveau – beobachtete erhebliche Zuwachs an Therapien mit der Diagnose F64 „Störungen der Geschlechtsidentität“. Während 2009 erst ein Anteil von 0,06 Prozent der Richtlinien Therapien mit einer entsprechenden Diagnose erfolgte, waren es 2019 bereits 0,77 Prozent der Richtlinien Therapien und damit rechnerisch anteilig rund zehnmal mehr (genauere Angaben zur Steigerung sollten aufgrund der geringen Fallzahlen 2009 aus den vorliegenden Ergebnissen nicht abgeleitet werden). Im Jahr 2019 wurde auf vierstelliger Diagnoseebene dabei vorrangig die Diagnose F64.0 „Transsexualismus“ kodiert, womit gemäß ICD-10 „der Wunsch, als Angehöriger des anderen Geschlechtes zu leben und anerkannt zu werden“ beziehungsweise daraus resultierende Probleme erfasst werden.

Tabelle 3.6: Initiale Behandlungsanlässe bei Richtlinientherapien von Kindern und Jugendlichen 2019

Rang	ICD-10-Diagnose	Betroffene in Deutschland absolut	Durchschnittsalter	Prozentanteil weiblich	Prozentanteil 2019 (2009)
1	F43 Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen	37.386	15,8	63,7	23,0 (19,3)
	F43.2 Anpassungsstörungen	29.612	15,6	62,1	18,2 (13,9)
	F43.1 Posttraumatische Belastungsstörung	3.832	17,0	73,6	2,4 (2,4)
	F43.0 Akute Belastungsreaktion	2.026	16,9	72,0	1,2 (2,0)
	F43.8 Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung	1.336	15,4	61,7	0,8 (0,7)
2	F32 Depressive Episode	23.144	18,9	69,5	14,3 (11,1)
	F32.1 Mittelgradige depressive Episode	13.972	19,2	68,9	8,6 (6,3)
	F32.0 Leichte depressive Episode	6.951	18,0	74,0	4,3 (3,0)
	F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	1.191	19,5	58,1	0,7 (0,6)
3	F93 Emotionale Störungen des Kindesalters	22.015	10,8	55,7	13,6 (9,7)
	F93.8 Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters	11.132	11,5	56,3	6,9 (3,3)
	F93.0 Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	4.278	9,5	55,4	2,6 (2,2)
	F93.9 Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet	2.310	10,1	50,5	1,4 (1,4)
	F93.2 Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters	2.100	11,0	58,1	1,3 (1,4)
	F93.3 Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität	1.140	9,7	46,4	0,7 (1,0)
	F93.1 Phobische Störung des Kindesalters	1.060	10,7	67,6	0,7 (0,4)
4	F41 Andere Angststörungen	12.325	18,6	69,5	7,6 (7,6)
	F41.2 Angst und depressive Störung, gemischt	5.060	18,5	71,4	3,1 (3,7)
	F41.0 Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]	3.528	20,2	69,1	2,2 (1,6)
	F41.1 Generalisierte Angststörung	2.197	17,6	68,9	1,4 (1,2)
5	F40 Phobische Störungen	10.357	18,2	67,4	6,4 (5,1)
	F40.1 Soziale Phobien	5.806	18,6	66,3	3,6 (2,5)
	F40.2 Spezifische (isolierte) Phobien	2.716	15,9	70,0	1,7 (1,5)
	F40.0 Agoraphobie	1.527	20,7	71,3	0,9 (0,9)

Rang	ICD-10-Diagnose	Betroffene in Deutschland absolut	Durchschnittsalter	Prozentanteil weiblich	Prozentanteil 2019 (2009)
6	F90 Hyperkinetische Störungen	8.226	11,6	23,3	5,1 (6,6)
	F90.0 Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	6.013	11,8	27,7	3,7 (4,5)
	F90.1 Hyperkinetische Störung des Sozialverhalten	1.998	11,1	11,6	1,2 (1,9)
7	F33 Rezidivierende depressive Störung	6.646	21,4	70,1	4,1 (2,3)
	F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	4.825	21,4	69,9	3,0 (1,6)
	F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode	995	21,2	74,6	0,6 (0,5)
8	F50 Essstörungen	4.888	18,2	95,0	3,0 (3,5)
	F50.0 Anorexia nervosa	2.225	17,4	96,7	1,4 (1,2)
	F50.2 Bulimia nervosa	741	20,0	99,4	0,5 (1,0)
9	F98 Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	4.747	10,6	40,7	2,9 (3,6)
	F98.8 Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen	1.531	11,6	33,0	0,9 (1,0)
	F98.9 Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen	1.385	12,1	53,9	0,9 (0,8)
	F98.0 Nichtorganische Enuresis	1.106	8,8	41,6	0,7 (1,3)
10	F42 Zwangsstörung	4.359	17,7	57,2	2,7 (2,4)
	F42.2 Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt	1.961	17,2	61,2	1,2 (1,0)
	F42.1 Vorwiegend Zwangshandlungen [Zwangsrituale]	1.146	16,5	59,6	0,7 (0,8)
	F42.0 Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang	1.116	19,7	48,9	0,7 (0,4)
11	F92 Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	4.245	11,7	40,6	2,6 (3,4)
	F92.8 Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	2.511	11,2	41,6	1,5 (1,4)
	F92.0 Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung	1.207	12,9	43,7	0,7 (1,4)
12	F91 Störungen des Sozialverhaltens	3.722	10,3	25,7	2,3 (3,0)
	F91.3 Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten	1.822	9,4	21,7	1,1 (1,2)
	F91.2 Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen	741	11,6	23,6	0,5 (0,6)

Rang	ICD-10-Diagnose	Betroffene in Deutschland absolut	Durchschnittsalter	Prozentanteil weiblich	Prozentanteil 2019 (2009)
13	F45 Somatoforme Störungen	3.204	18,3	66,7	2,0 (2,8)
	F45.0 Somatisierungsstörung	824	17,8	70,6	0,5 (0,8)
14	F60 Spezifische Persönlichkeitsstörungen	2.204	21,5	76,2	1,4 (2,1)
	F60.3 Emotional instabile Persönlichkeitsstörung	1.371	21,4	87,2	0,8 (0,9)
15	F34 Anhaltende affektive Störungen	1.633	20,7	59,6	1,0 (2,0)
	F34.1 Dysthymia	1.555	20,9	61,0	1,0 (1,9)
16	F94 Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend	1.531	10,4	57,7	0,9 (0,7)
	F94.1 Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters	649	9,7	51,9	0,4 (0,2)
17	F64 Störungen der Geschlechtsidentität	1.256	18,4	68,8	0,8 (0,1)
	F64.0 Transsexualismus	895	19,4	67,1	0,6 (0,03)
18	F48 Andere neurotische Störungen	1.206	17,1	55,8	0,7 (2,3)
	F48.9 Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet	813	16,1	58,5	0,5 (1,9)
19	F81 Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten	1.000	11,8	47,5	0,6 (0,7)
	F81.0 Lese- und Rechtschreibstörung	429	11,3	34,9	0,3 (0,2)
	übrige Diagnosen	8.246			5,1 (11,7)
	erstmalige Richtlinientherapien insgesamt	162.341	15,8	60,5	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2009 und 2019; erstmalige Richtlinientherapien nach mindestens zwei therapiefreien Jahren bei Kindern und Jugendlichen; Betroffene in Deutschland 2019 hochgerechnet nach BARMER-Daten zu n = 13.047 Erstbehandlungen und Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2019, Durchschnittsalter der betroffenen Kinder und Jugendlichen in Jahren sowie Anteil der weiblichen Betroffenen; Anteil der Betroffenen mit genannter Diagnose 2019 (in Klammern: Anteil 2009)

3.5 Behandlungsverläufe bei Psychotherapien von Kindern und Jugendlichen

Der vorliegende Abschnitt liefert Ergebnisse zu Erkrankungs- und Behandlungsverläufen bei Kindern und Jugendlichen mit ambulanten Psychotherapien im engeren Sinne (Richtlinientherapien). Beantwortet werden sollen sowohl Fragen zum zeitlichen Vorfeld der Richtlinientherapie wie:

- Wann wurden Diagnosen psychischer Störungen erstmals gestellt, wie viel Zeit verging zwischen Diagnose und Richtlinientherapie?
- Welche Anteile der später von einer ambulanten Richtlinientherapie Betroffenen wurden bereits im Vorfeld medikamentös oder im Krankenhaus behandelt?

als auch Fragen zu Verläufen ab Beginn einer Richtlinientherapie:

- Über welche Zeiträume und wie viele Therapieeinheiten erstrecken sich Richtlinientherapien üblicherweise?
- Welche Anteile der Betroffenen erhalten Arzneimittel zur Behandlung psychischer Störungen, über welche Zeiträume wird eine derartige Begleitmedikation verordnet?
- Welche Anteile der Betroffenen können in den Folgejahren nach Therapiebeginn als genesen oder beschwerdefrei gelten, welche sind weiterhin oder erneut in Behandlung?

Diese Liste an grundlegenden Fragen ließe sich sicher noch deutlich erweitern. Zudem ergeben sich bei einer näheren Betrachtung der Fragen Wünsche nach differenzierten Untersuchungen von unterschiedlichen Therapien, Behandlungsanlässen und Patientengruppen, welche den Rahmen des vorliegenden Kapitels schnell sprengen würden.

3.5.1 Methodisches Vorgehen

Um zu grundlegenden Fragen nachvollziehbare Antworten liefern zu können, wurde für die nachfolgend dargestellten Auswertungen ein – zumindest vom Ansatz her – einfaches und einheitliches Vorgehen gewählt. Ausgehend von dem primären Beobachtungsjahr 2014 wurden für die Analysen zunächst Kinder und Jugendliche mit nachweislich inländischem Wohnort ausgewählt, welche in diesem sowie den fünf folgenden Jahren bis 2019 in allen Quartalen bei der BARMER versichert waren, um bei einem Therapiebeginn

im Jahr 2014 gegebenenfalls Therapieverläufe über einen Nachbeobachtungszeitraum von fünf Jahren beobachten zu können. Um zugleich auch Analysen im Vorfeld der Therapie gewährleisten zu können, wurde zudem eine entsprechende Versicherung in den Jahren von 2009 bis 2013 vorausgesetzt (sofern die Kinder im jeweiligen Jahr bereits das zweite Lebensjahr vollendet hatten; in Jahren vor dem zweiten Geburtstag wurden gegebenenfalls auch unvollständig dokumentierte Versicherungszeiten toleriert). Die nachfolgenden Auswertungen beruhen damit weit überwiegend auf Angaben zu Personen, die durchgängig von 2009 bis 2019 bei der BARMER versichert waren.

Für alle $n = 1.248.397$ entsprechend selektierten Versicherten, die im Jahr 2014 zwischen 0 und 24 Jahre alt waren, wurden anschließend durch den Abgleich mit Bevölkerungsangaben des Statistischen Bundesamtes zum Jahr 2019, differenziert nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen sowie Bundesländern, Gewichtungsfaktoren ermittelt, um standardisierte Ergebnisse sowie approximative Hochrechnungen zu absoluten Betroffenzahlen in Deutschland vorlegen zu können (zur Approximation von 2014er-Betroffenzahlen wären Bevölkerungsangaben zum Jahr 2014 optimaler gewesen, um den Vergleich zu anderen Auswertungen zu erleichtern, erschienen demgegenüber jedoch die auch ansonsten durchgängig bei Schwerpunktauswertungen verwendeten aktuellen Bevölkerungsangaben zum Jahr 2019 geeigneter. In diesem Jahr lebten in Deutschland jahresdurchschnittlich 19.920.459 Kinder und Jugendliche im zuvor genannten Alter).

Auswertungen gewichtet
nach Zahl der Kinder und
Jugendlichen in Deutsch-
land

Für die beabsichtigten Auswertungen zu Behandlungsverläufen bei Richtlinien Therapien wurden diejenigen Kinder und Jugendlichen ausgewählt, bei denen im Jahr 2014 erstmals beziehungsweise nach nachweislich mindestens 730 therapiefreien Tagen eine Richtlinien Therapie abgerechnet worden war. Dies betraf $n = 9.553$ der zuvor selektierten Kinder und Jugendlichen. In Deutschland dürften 2014 insgesamt schätzungsweise überschlägig rund 147.000 Kinder und Jugendliche erstmals von einer Richtlinien Therapie im zuvor beschriebenen Sinne betroffen gewesen sein.

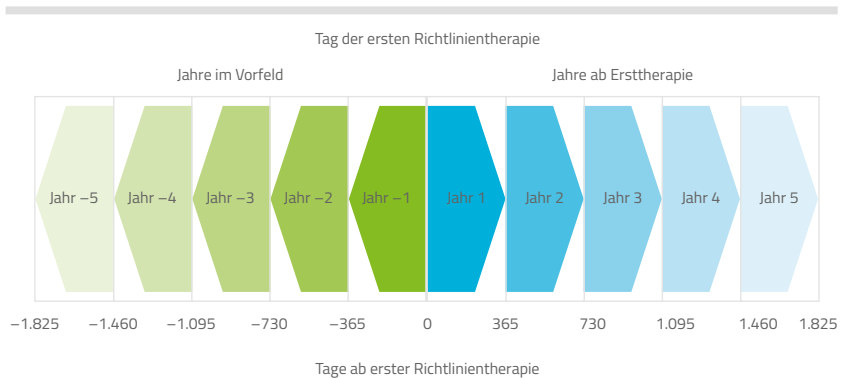
Im Jahr 2014 waren $n = 112$ der selektierten Kinder vier oder weniger Jahre alt und insofern im Jahr 2009 noch nicht geboren. Zudem wiesen $n = 115$ der 2019 fünfjährigen Kinder sowie $n = 6$ der Sechsjährigen eine im Zuge der Selektion ausschließlich in den

ersten beiden Lebensjahren tolerierte Unvollständigkeit hinsichtlich der dokumentierten Versicherungszeiten auf. Für die verbleibenden 97,6 Prozent der Kinder und Jugendlichen bestand demgegenüber nachweislich eine Versicherung bei der BARMER in allen 44 Quartalen der Jahre 2009 bis 2019.

Behandlungsverläufe
über 5 Jahre vor sowie ab
erstmaliger Richtlinien-
therapie 2014

Das Tagesdatum der ersten abgerechneten Richtlinien-therapie im zuvor genannten Sinne markiert den Zeitbezug für alle weiteren Auswertungen. Ausgehend von diesem Tag und unabhängig von seiner Lage innerhalb des Jahres 2014 konnten bei allen Kindern (mit den beschriebenen Ausnahmen) jeweils fünf Jahre im Vorfeld des Ersttherapietages sowie fünf Beobachtungsjahre ab dem Ersttherapietag betrachtet werden. Einen Überblick zur Aufteilung der Beobachtungszeiten gibt Abbildung 3.6.

Abbildung 3.6: Beobachtungszeiträume zu Behandlungsverläufen bei Richtlinien-therapie 2014



Quelle: eigene Darstellung

Ergebnisse auch zu
Arzneiverordnungen
sowie Krankenhaus-
behandlungen

Neben Daten zu Richtlinien-therapien wurden bei den Auswertungen sektorenübergreifend in allen Jahren auch Informationen zu stationären sowie ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern (Letztere erst ab dem Jahr 2011), zu ambulant verordneten Arzneimitteln und schließlich auch zu Diagnosen aus der ambulanten Versorgung betrachtet. Dabei wurden, unabhängig von der Fachgruppe des behandelnden Arztes beziehungsweise Therapeuten, alle als „gesichert“ dokumentierten Diagnosen berücksichtigt.

Die Diagnosen aus der ambulanten Versorgung verfügen nicht über taggenaue Zeitanlagen und können regulär nur quartalsbezogen zugeordnet werden. Vor diesem Hintergrund musste sich die Zuordnung dieser Diagnosen zu Vor- und Nachbeobachtungszeiten an Kalenderquartalen orientieren. Anstelle der 365-Tage-Zeiträume (relativ zum Tagesdatum der Ersttherapie) wurden deshalb bei Auswertungen zu ambulanten Diagnosen immer Zeiträume über vier Quartale (relativ zum Quartal der Ersttherapie) betrachtet. Alle Ergebnisse werden nachfolgend stets in standardisierter beziehungsweise einer entsprechend gewichteten Form wiedergegeben.

3.5.2 Ergebnisse zu Betroffenen mit Richtlinientherapien insgesamt

Tabelle 3.7 zeigt eine erste Übersicht zu Behandlungsverläufen bei Kindern und Jugendlichen, die nach der zuvor beschriebenen Methodik für die Gesamtgruppe der Kinder und Jugendlichen mit erstmaliger Richtlinientherapie im Jahr 2014 ermittelt wurde. Dargestellt werden unterschiedliche Betroffenenanteile zu den insgesamt zehn Beobachtungsjahren, die sich jeweils individuell am Datum der erstmaligen Richtlinientherapie bei den Betroffenen orientieren.

Richtlinientherapien

Bedingt durch die Abgrenzung der Untersuchungspopulation waren alle hier betrachteten Kinder und Jugendlichen am ersten Tag des ersten Jahres (J 1) von einer Richtlinientherapie betroffen, womit sich für das Jahr eins ab Ersttherapie zwangsläufig eine Betroffenenrate von 100 Prozent ergibt. Auch die Betroffenenraten von 0,0 Prozent in den beiden vorausgehenden Jahren (J -1 und J -2) resultieren aus der Selektion. Demgegenüber waren Personen mit vorausgehenden Richtlinientherapien nicht ausgeschlossen worden, sofern diese bereits länger als zwei Jahre zurücklagen. Entsprechend zeigen sich in den Jahren drei bis fünf vor „Ersttherapie nach mindestens zwei therapiefreien Jahren“ (J -3 bis J -5) Anteile von bis zu 4,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen, die bereits in diesen Zeiträumen zuvor eine Richtlinientherapie erhalten hatten. Berechnungen unter einem alternativ erwägbaren Ausschluss auch dieser Kinder und Jugendlichen zeigen insgesamt inhaltlich sehr ähnliche Ergebnisse und sind daher nicht gesondert dargestellt.

Tabelle 3.7: Behandlungsverläufe bei Richtlinien Therapien von Kindern und Jugendlichen

Anteil Betroffene mit ...	Prozentanteil der Kinder und Jugendlichen									
	Jahre im Vorfeld					Jahre ab Ersttherapie 2014				
	J-5	J-4	J-3	J-2	J-1	J 1	J 2	J 3	J 4	J 5
Richtlinientherapie	4,8	4,5	2,1	0,0	0,0	100,0	52,8	29,1	19,5	16,8
keine weitere Richtlinientherapie bis Jahr 5	–	–	–	–	–	0,0	40,7	63,6	76,1	83,2
Krankenhaus vollstationär mit F-Diagnose	1,8	1,9	2,7	3,2	9,6	7,1	5,7	5,1	4,6	4,6
Krankenhaus teilstationär mit F-Diagnose	0,5	0,8	1,0	1,0	2,2	2,2	1,9	2,0	1,9	1,7
Krankenhaus ambulant mit F-Diagnose	–	–	3,5	8,5	17,2	12,5	10,8	10,4	9,8	9,1
Verordnung Psychopharmaka (ATC: N05, N06)	7,7	8,5	9,4	11,5	24,5	25,7	22,8	21,3	21,0	21,0
Verordnung Antidepressiva (ATC: N06A)	2,1	2,8	3,4	5,1	16,1	16,9	14,6	13,1	13,0	13,4
Verordnung Psychostimulanzien (ATC: N06B)	3,9	4,1	4,6	5,1	5,9	6,8	6,7	6,6	6,5	6,1
Verordnung Antipsychotika (ATC: N05A)	0,8	1,1	1,1	1,6	3,8	4,5	4,0	4,2	3,8	4,1
Verordnung Sedativa (ATC: N05C)	0,7	0,7	0,9	0,9	2,7	2,3	2,1	2,1	2,2	2,3
Behandlung psychischer Störungen gesamt	12,4	12,9	14,1	17,8	36,6	100,0	64,6	46,0	37,9	35,3
keine weitere Behandlung psych. Störungen	–	–	–	–	–	0,0	25,5	43,0	55,3	64,7
Diagnose psychischer Störungen (ICD: F)	36,2	39,2	41,5	45,1	86,4	99,7	83,0	71,6	65,7	62,5
Reaktionen auf schwere Belastungen (F43)	6,1	6,6	7,6	8,9	29,8	39,3	26,5	20,7	18,7	18,1
Depressionen (F32, F33)	3,7	4,9	6,0	8,0	26,8	37,7	29,7	26,0	26,0	25,5
Angststörungen (F40, F41)	3,8	4,3	4,7	6,5	21,4	29,3	21,9	18,7	17,6	17,2
Emotionale Störungen des Kindesalters (F93)	4,0	4,6	4,3	4,7	15,6	20,4	13,6	10,2	7,3	6,3
Somatoforme Störungen (F45)	5,3	5,9	7,0	8,2	17,3	19,8	14,9	13,9	13,1	12,9
Hyperkinetische Störungen (F90)	7,2	7,9	8,6	9,4	12,7	14,8	13,3	12,5	11,7	11,4

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019 zu n = 9.553 Kindern und Jugendlichen mit erstmaliger Richtlinien therapie im Jahr 2014 nach mindestens zwei therapiefreien Jahren; gewichtet nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2019

52,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen erhielten auch im zweiten Jahr nach Ersttherapie (J 2) Richtlinien Therapien, im dritten Jahr (J 3) waren es noch 29,1 Prozent. Umgekehrt betrachtet fand sich demnach im dritten Jahr ab Ersttherapie also bei 70,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen kein Hinweis auf eine Richtlinien therapie.

Die zweite Ergebniszeile der Tabelle 3.7 liefert ergänzend Angaben zu den im jeweils gesamten verbleibenden Nachbeobachtungszeitraum „therapiefreien“ Kindern und Jugendlichen, wobei beispielsweise im Jahr drei nur diejenigen Kinder und Jugendlichen als therapiefrei gelten, die auch in den Jahren vier und fünf keine Richtlinientherapien erhielten. Keine weitere Richtlinientherapie ab Jahr drei nach Ersttherapie erhielten 63,6 Prozent der Kinder und Jugendlichen. Für diese Kinder und Jugendlichen ließe sich demnach erwarten, dass die initiierte Richtlinientherapie innerhalb von maximal zwei Jahren abgeschlossen war. Entsprechende Hinweise auf den Abschluss einer Therapie bereits innerhalb eines Jahres finden sich demgegenüber nur bei 40,7 Prozent und damit für weniger als die Hälfte der Kinder und Jugendlichen.

ein Jahr nach Start erst
40,7% der Richtlinientherapien beendet

Behandlungen psychischer Störungen in Krankenhäusern

Bei Behandlungen in Krankenhäusern lassen sich vollstationäre, teilstationäre sowie ambulante Behandlungen unterscheiden. Vollstationäre Behandlungen in Krankenhäusern umfassen immer auch mindestens eine Übernachtung im Krankenhaus und entsprechen damit der traditionellen Vorstellung von einem Krankenhausaufenthalt. Für jede vollstationäre Behandlung muss gemäß Dokumentationsvorschriften immer genau eine Diagnose als Hauptbehandlungsanlass beziehungsweise als Hauptdiagnose angegeben werden. In Tabelle 3.7 angegeben sind die Anteile der Kinder und Jugendlichen, die innerhalb einzelner Jahre aufgrund psychischer Störungen vollstationär im Krankenhaus behandelt wurden. Da alle ICD-10-Diagnosekodes aus dem entsprechenden Kapitel „Psychische und Verhaltensstörungen“ mit dem Buchstaben F beginnen, kann auch verkürzt von F-Diagnosen gesprochen werden. Am häufigsten waren Kinder und Jugendliche mit einem Anteil von 9,6 Prozent im Vorjahr der Ersttherapie (J – 1) von entsprechenden Krankenhausbehandlungen betroffen.

knapp 10% der Kinder und Jugendlichen im Vorjahr der Richtlinientherapie vollstationär wegen psychischer Störungen im Krankenhaus behandelt

Eine teilstationäre Behandlung mit prioritärer Dokumentation einer F-Diagnose erfolgte vergleichsweise selten. Bei teilstationären Behandlungen verbringen Patienten typischerweise nur den Tag zur Behandlung im Krankenhaus und die Nacht sowie das Wochenende zu Hause. Ambulante Behandlungen in Krankenhäusern sind in den verwendeten Daten seit etwa Mitte 2011 dokumentiert, womit Daten erst ab einem Zeit-

raum von zwei Jahren vor Ersttherapie grundsätzlich vollständig vorlagen. Berücksichtigt wurden bei den Auswertungen lediglich Fälle mit an erster Stelle dokumentierten F-Diagnosen. Nach den vorliegenden Ergebnissen erfolgten ambulante Behandlungen in Krankenhäusern am häufigsten im Jahr direkt vor der erstmaligen Richtlinientherapie. In diesem Zeitraum ließen sich ambulante Behandlungen in Krankenhäusern bei 17,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit nachfolgender Richtlinientherapie identifizieren. Ein überwiegender Teil der hier betrachteten ambulanten Behandlungen in Krankenhäusern mit Diagnosen psychischer Störungen erfolgte in psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) nach Paragraph 118 SGB V. Diese erfüllen gemäß gesetzlicher Regelungen einen spezifischen Versorgungsauftrag speziell für Kranke, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines solchen besonderen, krankenhaushnahen Versorgungsangebots bedürfen (GKV-Spitzenverband, 2021).

Arzneimittel zur Behandlung psychischer Störungen

Zur Behandlung psychischer Störungen können sehr unterschiedliche Arzneimittel eingesetzt werden. Arzneimittel mit einer Wirkung auf die Psyche werden auch als Psychopharmaka bezeichnet. Ähnlich wie für Diagnosen existiert auch für Arzneimittel ein international verwendetes Klassifikationssystem, die sogenannte Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation (ATC; BfArM, 2021). Innerhalb dieser Klassifikation lassen sich Psychopharmaka den beiden dreistelligen ATC-Gruppen N05 „Psycholeptika“ sowie N06 „Psychoanaleptika“ zuordnen. Deutlich mehr als 95 Prozent der so abgegrenzten Psychopharmaka-Verordnungen bei Kindern und Jugendlichen lassen sich bei einer weiteren Differenzierung auf der vierstelligen Ebene der ATC-Klassifikation vier Arzneimittelgruppen – nämlich den Antidepressiva (ATC: N06A), Psychostimulanzien (ATC: N06B), Antipsychotika (ATC: N05A) oder den Hypnotika und Sedativa (ATC: N05C) – zuordnen (vgl. auch Tabelle 3.8).

26% der Kinder und Jugendlichen erhielten im 1. Jahr der Richtlinientherapie Psychopharmaka, 21% auch im 5. Jahr ab Therapiestart.

Gut ein Viertel der Kinder und Jugendlichen mit erstmaliger Richtlinientherapie (25,7 Prozent) erhielt im Jahr der ersten Richtlinientherapie auch mindestens ein Psychopharmakon. Bereits im Vorjahr der Richtlinientherapie lag dieser Anteil bereits bei 24,5 Prozent. Auch im fünften Jahr ab erstmaliger Richtlinientherapie erhielten noch 21,0 Prozent der Kinder und Jugendlichen Psychopharmaka. Mit Abstand am häufigsten wurden dabei Substanzen aus der Gruppe der Antidepressiva verordnet, die im Jahr der erstmaligen

Richtlinientherapie bei 16,9 Prozent der Kinder und Jugendlichen verordnet wurden. An zweiter Stelle folgen Psychostimulanzien, die typischerweise bei ADHS verordnet werden (vgl. Tabelle 3.7).

Hinweise auf beliebige Formen der Behandlung psychischer Störungen

Die Informationen zu den zuvor erläuterten unterschiedlichen Therapieformen bei psychischen Störungen lassen sich zusammenfassen, um damit abzuschätzen, welche Anteile der Kinder und Jugendlichen in unterschiedlichen Zeiträumen wenigstens eine Behandlung beliebiger Form aufgrund ihrer psychischen Probleme erhielten. Umgekehrt können entsprechende Ergebnisse zugleich einen Eindruck vermitteln, welche Anteile der Kinder und Jugendlichen in bestimmten Zeiträumen als nicht behandelt und damit möglicherweise auch als weitgehend beschwerdefrei oder genesen gelten könnten. Da bei den zuvor beschriebenen Auswertungen weder alle erdenklichen Behandlungen aus vorhandenen Daten berücksichtigt wurden noch komplementäre Behandlungen ohne eine GKV-Finanzierung quantitativ berücksichtigt werden konnten, dürften mit den ermittelten Ergebnissen reale Behandlungsraten tendenziell eher unterschätzt werden. Gleichfalls könnten die Ergebnisse umgekehrt auch durch eine Überversorgung beeinflusst sein. Die Ergebnisse sollten insofern eher als Grundlage einer kritischen Diskussion als für pauschale inhaltliche Interpretationen und Wertungen genutzt werden.

Gemessen an den hier berücksichtigten Informationen zu unterschiedlichen Versorgungssektoren erhielten bereits im fünften Jahr vor Beginn einer erstmaligen Richtlinientherapie (J –5) 12,4 Prozent der Kinder und Jugendlichen eine Behandlung, deren Anlass zumindest weit überwiegend eine psychische Störung gewesen sein dürfte, wobei dieser Schätzwert aus zuvor genannten Gründen die reale Behandlungsrate eher noch unterschätzen dürfte. Im Jahr direkt vor Beginn der Richtlinientherapie (J –1) wurden mehr als ein Drittel der Kinder und Jugendlichen (36,6 Prozent) behandelt.

Mit einem Anteil von 35,3 Prozent erhielten mehr als ein Drittel der Kinder und Jugendlichen auch im Jahr fünf (J 5) ab Beginn der Richtlinientherapie noch eine zumindest vermeintlich psychisch bedingte Behandlung. Von den noch im Jahr fünf Betroffenen erhielt dabei mit 48 Prozent etwa die Hälfte auch in diesem Zeitraum eine Richtlinientherapie, 38 Prozent erhielten Antidepressiva.

bei 44,7% der Kinder und Jugendlichen auch mehr als 3 Jahre nach Therapiestart noch Hinweise auf Behandlungen psychischer Störungen

Nach Ergebnissen der umgekehrten und jahresübergreifenden Betrachtungen ließen sich bei lediglich 25,5 Prozent der Kinder und Jugendlichen bereits ab dem Jahr zwei (J 2) ab Start der Richtlinienherapie und damit über einen nachweislichen Versicherungszeitraum von vier Jahren keine Hinweise auf weitere Behandlungen mehr identifizieren, bei immerhin 55,3 Prozent waren die letzten beiden Beobachtungsjahre (J 4 und J 5) behandlungsfrei.

Diagnosen

Gesicherte Diagnosen psychischer Störungen wurden im Rahmen der ambulanten Versorgung in allen Beobachtungsjahren bei jeweils mehr als einem Drittel der betrachteten Kinder und Jugendlichen dokumentiert. Bereits im Vorjahr der Richtlinienherapie stieg dieser Anteil – mitbedingt auch durch Kontakte zu Psychotherapeuten im Vorfeld der Richtlinienherapie – auf 86,4 Prozent. Dass im Jahr der Richtlinienherapie eine Rate von nur knapp unter 100 Prozent erreicht wurde, erklärt sich unter anderem dadurch, dass wenige Kinder auch unter „Verdachtsdiagnosen“ behandelt wurden, welche bei den hier aufgeführten allgemeinen Ergebnissen zu ambulanten Diagnosen nicht berücksichtigt wurden.

Diagnosen psychischer Störungen auch 5 Jahre nach Richtlinientherapiestart noch häufig dokumentiert

In den Jahren ab Beginn der Richtlinienherapie sanken die Diagnoseraten vergleichsweise langsam. Auch im fünften Jahr (J 5) ab Beginn der erstmaligen Richtlinienherapie wurde bei mehr als 60 Prozent der Kinder und Jugendlichen noch mindestens eine gesicherte Diagnose einer psychischen Störung im Rahmen der ambulanten ärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung dokumentiert.

Weitere Abschnitte der Tabelle 3.7 enthalten Ergebnisse zu häufig im Jahr der erstmaligen Richtlinienherapie dokumentierten und dabei zum Teil gruppiert betrachteten dreistelligen ICD-10-Diagnosen. Da hier alle von beliebigen Therapeuten innerhalb von vier Quartalen ab Beginn der Richtlinienherapie dokumentierten Diagnosen und dabei gegebenenfalls auch mehrere unterschiedliche Diagnosen bei einem Patienten berücksichtigt wurden, liegen die ausgewiesenen Anteile in der Regel merklich höher als die in Tabelle 3.6 ausgewiesenen Anteile von Diagnosen an den initialen Behandlungsanlässen von Richtlinientherapien, bei denen jeder Therapie sinngemäß nur eine „ursächliche“ Diagnose zugeordnet wurde. Ungeachtet dieser Unterschiede und der zudem unterschiedlichen

Beobachtungszeiträume ergibt sich eine ähnliche Rangfolge der Diagnosen. Auch bei den für Tabelle 3.7 jahresbezogen ermittelten Betroffenenraten ergeben sich besonders hohe Betroffenenanteile für die Diagnosen „Reaktionen auf schwere Belastungen“ (F43), Depressionen (F32, F33), Angststörungen (F40, F41) sowie für „Emotionale Störungen des Kindesalters“ (F93). Auffällig ist die unterschiedlich ausgeprägte Persistenz einzelner Diagnosen. Während „Reaktionen auf schwere Belastungen“ und insbesondere „Emotionale Störungen des Kindesalters“ im letzten Beobachtungsjahr deutlich seltener als im Startjahr der Richtlinientherapie dokumentiert wurden, zeigten die Diagnoseraten bei Depressionen sowie „Hyperkinetischen Störungen“ nur Rückgänge um weniger als ein Drittel, wobei allerdings recht unterschiedliche Effekte eine Rolle spielen können. So könnte beispielsweise der vergleichsweise hohe Anteil an Betroffenen mit Depressionsdiagnosen im Jahr fünf nach Therapiestart auch durch das mit dem Alter steigende Risiko für derartige Diagnosen insbesondere bei Frauen mitbedingt sein (Grobe et al., 2019).

Kennwerte im Jahresmittel in fünf Jahren vor sowie fünf Jahren ab Beginn der Richtlinientherapie

Während in der vorausgehenden Tabelle 3.7 ausschließlich prozentuale Betroffenenanteile berichtet wurden, enthält die nachfolgende Tabelle 3.8 jahresbezogene Durchschnittswerte. Diese werden zum einen jeweils bezogen auf die gesamte Untersuchungspopulation und zum anderen jeweils ausschließlich bezogen auf die (in Tabelle 3.7 gelisteten) Anteile der jeweils betroffenen Untersuchungspopulation ausgewiesen.

In den fünf Jahren im Vorfeld der „erstmaligen“ Richtlinientherapie, und dabei selektionsbedingt ausschließlich in den Jahren J –5 bis J –3, wurden bei den betrachteten Kindern und Jugendlichen durchschnittlich insgesamt rund 100 Therapieminuten abgerechnet. Im Jahr der hier fokussierten erstmaligen Richtlinientherapie waren es durchschnittlich 1.228 Minuten, was knapp 25 Therapiesitzungen mit je 50 Minuten entspricht. Bei sinkenden Betroffenenraten in den Folgejahren (vgl. Tabelle 3.7) blieben die dabei je Betroffenen abgerechneten Therapiekontingente in den Jahren zwei bis fünf nach Therapiestart mit Werten zwischen 782 bis 857 auf einem relativ ähnlichen Niveau. Innerhalb der fünf Jahre ab dem Tag der Ersttherapie erhielten die Kinder und Jugendlichen durchschnittlich Therapiesitzungen im Umfang von insgesamt 2.198 Minuten, was etwa 44 Therapiesitzungen mit je 50 Minuten entspricht.

innerhalb von 5 Jahren
ab Ersttherapie durch-
schnittlich etwa
44 Therapiesitzungen
à 50 Minuten Richt-
linientherapie

Tabelle 3.8: Behandlungsverläufe – Richtlinientherapieminuten, Krankenhaustage, Tagesdosen (DDD)

Kennwert (Einheit)	Durchschnittswerte bei Kindern und Jugendlichen									
	Jahre im Vorfeld					Jahre ab Ersttherapie 2014				
	J-5	J-4	J-3	J-2	J-1	J1	J2	J3	J4	J5
Richtlinientherapie (Minuten)	51	40	10	0	0	1.228	453	228	158	132
je Betroffenen (Minuten)	1.058	885	506	-	-	1.228	857	783	811	782
Krankenhaustage* mit F-Diagnose (Tage)	0,7	0,9	1,0	1,3	4,3	3,6	2,8	2,1	2,0	2,0
je Betroffenen (Tage)	39	44	38	41	45	50	49	42	43	44
Psychopharmaka (N05, N06; DDD)	13,6	16,5	18,6	22,9	43,3	64,8	63,5	62,1	64,2	65,9
je Betroffenen (DDD)	176	195	198	198	177	252	278	291	305	314
Antidepressiva (N06A; DDD)	3,9	6,1	7,0	9,8	26,7	44,3	41,9	39,1	41,0	43,4
je Betroffenen (DDD)	186	220	205	192	166	262	288	298	316	324
Psychostimulanzien (N06B; DDD)	8,5	9,0	9,8	10,8	12,0	14,4	15,4	16,4	16,1	15,1
je Betroffenen (DDD)	217	219	215	213	203	213	230	249	247	248
Antipsychotika (N05A; DDD)	0,8	1,0	1,3	1,7	3,3	4,7	4,8	5,1	5,5	5,9
je Betroffenen (DDD)	101	92	111	105	87	104	120	122	144	145
Hypnotika und Sedativa (N05C; DDD)	0,1	0,2	0,2	0,3	0,7	0,9	1,0	1,1	1,2	1,1
je Betroffenen (DDD)	20	27	26	35	26	38	49	52	54	47
Anteil DDD der vier Subgruppen an allen Psychopharmaka-DDD in Prozent	98	98	99	99	99	99	99	99	99	99

* Behandlungstage zu vollstationären Aufenthalten in Krankenhäusern

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019 zu n = 9.553 Kindern und Jugendlichen mit erstmaliger Richtlinientherapie im Jahr 2014 nach mindestens zwei therapiefreien Jahren; gewichtet nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2019

Werden hier betrachtete Kinder und Jugendliche mit F-Diagnosen im Krankenhaus behandelt, ist mit langen Verweilzeiten zu rechnen.

Die durchschnittliche Zahl der Behandlungstage mit psychischen Störungen in vollstationärer Krankenhausbehandlung variiert in der Untersuchungspopulation in den einzelnen Jahren zwischen 0,7 und 3,6. Wie bei stationären Behandlungen mit psychischen Störungen zu erwarten, verbrachten die individuell Betroffenen in den einzelnen Jahren dann mit durchschnittlich 38 bis 50 Tagen vergleichsweise lange Zeiten im Krankenhaus.

Eine im Zuge der bereits erwähnten ATC-Klassifikation allgemein festgelegte Kennzahl bilden definierte Tagesdosen, englisch auch als „Defined Daily Doses“ (DDD) bezeichnet (BfArM, 2021). Eine DDD ist dabei diejenige durchschnittlich berechnete Menge einer bestimmten Arzneimittelsubstanz, die typischerweise zur Behandlung genau eines Patienten an einem Tag ausreicht. Entsprechend sollten beispielsweise 365 DDD zur Behandlung einer Person mit einem Medikament an allen Tagen eines Jahres ausreichen.

Die durchschnittliche Menge der verordneten Psychopharmaka stieg in den Vorjahren bis zum Jahr der erstmaligen Richtlinientherapie stetig von 13,6 auf 64,8 Tagesdosen. Pro Patient mit einer Arzneimittelverordnung wurden in diesem Jahr der erstmaligen Richtlinientherapie durchschnittlich 252 DDD pro Kopf verordnet. Trotz leicht abnehmender Verordnungsraten (vgl. Tabelle 3.7) zeigt das durchschnittliche Gesamtverordnungsvolumen bezogen auf die gesamte Untersuchungspopulation in den Jahren ab Beginn der Richtlinientherapie keinen eindeutigen Trend. Dies resultiert daraus, dass bei den individuell von Psychopharmaka-Verordnungen betroffenen Kindern und Jugendlichen im Verlauf der Folgejahre stetig steigende Mengen an Psychopharmaka verordnet wurden. Dies dürfte eher auf ungünstige als auf erfreuliche Entwicklungen hindeuten. So erhielten die 21 Prozent der im fünften Jahr ab Start der Richtlinientherapie mit Psychopharmaka behandelten Kinder und Jugendlichen in diesem Jahr durchschnittlich 314 Tagesdosen an entsprechenden Arzneimitteln und damit eine Menge, die bereits für die Behandlung mit einem Arzneimittel am weit überwiegenden Teil aller Tage des Jahres ausgereicht hätte.

Hinweise auf steigende Psychopharmaka-Verordnungsmengen bei Betroffenen im Zeitverlauf nach Start der Richtlinientherapie

Besonders relevant für das Verordnungsvolumen an Psychopharmaka gemessen in DDD sind Antidepressiva, denen sich rund zwei Drittel der verordneten Tagesdosen zuordnen lassen. Insgesamt lassen sich den vier von insgesamt sieben in der Tabelle aufgeführten Subgruppen von Psychopharmaka in allen Jahren stets mindestens 98 Prozent des Verordnungsvolumens an Psychopharmaka zuordnen (vgl. letzte Zeile in Tabelle 3.8). Den hier nicht dargestellten drei verbleibenden Subgruppen kommt also bei den hier betrachteten Kindern und Jugendlichen nur eine sehr untergeordnete Bedeutung zu.

3.5.3 Ergebnisse zu Betroffenen mit Richtlinientherapien nach Geschlecht und Alter

Im vorliegenden Schwerpunkt wurden Kinder und Jugendlichen mit einer vergleichsweise großen Altersspanne zwischen 0 und 24 Jahren bislang überwiegend gemeinsam und ohne Geschlechtsdifferenzierung betrachtet. Da in unterschiedlichen Lebensphasen sowie auch geschlechtsabhängig unterschiedliche gesundheitliche Beschwerden und Inanspruchnahmen von Behandlungsoptionen erwartet werden können, versucht der vorliegende Abschnitt neben übergreifenden auch entsprechend differenzierte Ergebnisse zu liefern. Alle Ergebnisse dieses Abschnitts werden auch separat für Jungen/Männer und Mädchen/Frauen sowie innerhalb der beiden Geschlechtsgruppen noch differenziert nach drei Altersgruppen ausgewiesen. Aufgrund der nur seltenen Inanspruchnahmen von Psychotherapien bei Kleinkindern wurde dabei auf eine separate Darstellung von Ergebnissen zur Altersgruppe der 0- bis 4-Jährigen verzichtet, die mit $n = 112$ Personen nur 1,2 Prozent der hier betrachteten Untersuchungspopulation umfasst. Berichtet werden Ergebnisse zu den folgenden drei Altersgruppen:

- 5- bis 12-Jährige: vorrangig Kinder im Vor- und Grundschulalter vor Eintritt der Pubertät
- 13- bis 17-Jährige: vorrangig Kinder und Jugendliche in der Pubertät und vor Erreichen der Volljährigkeit und vor Abschluss der Schulzeit
- 18- bis 24-Jährige: volljährige Jugendliche und junge Erwachsene vorrangig in der Übergangsphase zwischen Schulabschluss und dem Start in das Berufsleben

Mit einer entsprechenden Differenzierung zeigt Tabelle 3.9 zunächst Ergebnisse, die sich auf die fünf Jahre ab dem Tag der erstmaligen Richtlinientherapie beziehen und insofern auch Rückschlüsse auf die im Rahmen der Richtlinientherapie erfassten Behandlungsanlässe, Therapieverläufe und begleitende Behandlungen sowie Arzneimittelverordnungen ab dem Startzeitpunkt der Richtlinientherapie erlauben. Tabelle 3.10 zeigt demgegenüber Ergebnisse zum fünfjährigen Zeitraum vor Start der „erstmaligen“ Richtlinientherapie. In der betrachteten Untersuchungspopulation ließen sich den einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen zwischen 978 und 2.613 der insgesamt 9.553 Personen zuordnen. Hochgerechnet auf Deutschland dürften diese Subgruppen bei insgesamt 147.000 Betroffenen approximativ zwischen 13.000 und 43.000 Betroffene mit erstmaliger Richtlinientherapie umfassen (vgl. die ersten beiden Ergebniszeilen in beiden Tabellen).

Tabelle 3.9: Kennwerte zu Kindern und Jugendlichen mit Richtlinientherapien bezogen auf fünf Jahre ab Therapiebeginn, auch nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Altersgruppen (Angaben in Jahren)	Jungen/Männer				Mädchen/Frauen				gesamt
	5–12	13–17	18–24	0–24	5–12	13–17	18–24	0–24	0–24
Untersuchungspopulation (absolut)	1.586	978	1.152	3.785	1.117	1.995	2.613	5.768	9.553
approximative Betroffenenzahl in Deutschland (absolut, in Tausend)	24,8	13,3	21,0	60,5	17,1	26,2	43,0	87,0	147,5
Richtlinientherapien									
Anzahl der abrechnenden Therapeuten (Mittelwert)	1,11	1,10	1,16	1,13	1,12	1,19	1,23	1,20	1,17
Therapiestunden à 50 Minuten* in fünf Jahren ab Ersttherapie (Mittelwert)	50,6	39,9	32,4	41,6	48,7	48,8	39,5	44,2	43,1
Prozentanteile ...									
... mit weniger als 5 Therapiestunden	2,8	5,6	7,1	4,9	2,6	3,0	5,9	4,4	4,6
... mit 5 bis 12 Therapiestunden	7,8	13,7	19,0	13,1	8,1	10,5	13,6	11,7	12,3
... mit 13 bis 25 Therapiestunden**	16,6	22,2	36,1	24,7	17,2	18,7	33,0	25,4	25,1
... mit 26 bis 31 Therapiestunden**	25,6	22,2	5,8	18,0	26,6	19,6	6,5	14,6	16,0
... mit 32 bis 60 Therapiestunden	19,4	17,4	19,1	18,9	18,9	20,5	22,4	21,2	20,2
... mit 61 bis 120 Therapiestunden	18,9	14,3	11,0	15,0	19,4	20,9	14,4	17,3	16,3
... mit mehr als 120 Therapiestunden	8,9	4,6	2,0	5,4	7,2	6,8	4,0	5,5	5,5
Therapiezeitspanne in Tagen innerhalb von fünf Jahren ab Ersttherapie (Mittelwert)	597	519	507	549	611	630	579	600	579
Krankenhausbehandlungen mit F-Diagnose, Prozentanteile ...									
... mit vollstationärer Behandlung	9,3	19,8	18,3	14,8	10,2	28,1	19,7	20,2	18,0
... mit teilstationärer Behandlung	6,5	4,8	7,9	6,7	6,0	8,5	8,3	7,9	7,4
... mit ambulanter Behandlung	33,3	28,8	22,5	28,6	24,5	33,1	21,4	25,5	26,8
Arzneimittelverordnungen, Prozentanteile ...									
... mit Psychopharmaka (ATC: N05, N06)	33,2	41,4	51,5	41,1	18,3	42,1	49,8	40,9	41,0
... mit Antidepressiva (ATC: N06A)	3,5	20,5	44,7	21,5	5,6	35,0	45,1	33,9	28,8
... mit Psychostimulanzien (ATC: N06B)	27,5	20,9	6,6	18,5	11,2	5,4	2,5	5,1	10,6
... mit Antipsychotika (ATC: N05A)	5,1	11,0	13,1	9,2	2,0	10,3	12,7	9,8	9,5
... mit Hypnotika, Sedativa (ATC: N05C)	2,2	4,0	8,7	4,9	1,9	8,5	12,4	9,1	7,4

Altersgruppen (Angaben in Jahren)	Jungen/Männer				Mädchen/Frauen				gesamt
	5–12	13–17	18–24	0–24	5–12	13–17	18–24	0–24	0–24
ambulante Diagnosen, Prozentanteile (in Klammern: Anteil mit Dokumentation im Abrechnungsfall zur Ersttherapie) ...									
... mit Reaktionen auf schwere Belastungen (F43)	41,2 (22,9)	48,0 (25,5)	54,4 (25,1)	47,7 (24,7)	47,8 (28,4)	61,8 (29,8)	62,8 (26,4)	59,4 (27,9)	54,6 (26,6)
... mit Depressionen (F32, F33)	11,3 (2,3)	37,9 (13,8)	71,9 (33,6)	38,0 (15,7)	16,0 (2,5)	61,2 (24,3)	73,9 (36,6)	58,1 (25,9)	49,8 (21,7)
... mit Angststörungen (F40, F41)	17,0 (5,1)	33,7 (14,6)	51,8 (26,8)	32,6 (14,6)	28,3 (8,2)	45,8 (16,5)	56,4 (24,7)	47,3 (18,8)	41,3 (17,1)
... mit Emotionalen Störungen des Kindesalters (F93)	48,8 (27,2)	29,5 (15,8)	2,4 (1,2)	28,7 (15,5)	57,2 (36,6)	25,3 (12,6)	2,6 (1,5)	20,7 (12,1)	24,0 (13,5)
... mit Somatoformen Störungen (F45)	17,7 (1,6)	28,0 (4,0)	37,9 (5,2)	27,1 (3,4)	24,4 (2,5)	44,1 (3,7)	50,9 (5,2)	43,3 (4,2)	36,6 (3,8)
... mit Hyperkinetischen Störungen (F90)	46,9 (21,4)	36,0 (17,3)	13,0 (3,6)	32,3 (13,9)	22,8 (9,3)	10,5 (3,0)	4,2 (0,6)	9,8 (3,0)	19,0 (7,5)

* Bei den nur selten abgerechneten Gruppentherapien wurden als Therapiestunden hier jeweils Abrechnungseinheiten gezählt, die regulär mindestens 100 Minuten umfassen.

** Die oberen Begrenzungen von 25 sowie 31 Therapiestunden wurden aufgrund auffälliger Häufungen genau dieser Werte gewählt.

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019 zu n = 9.553 Kindern und Jugendlichen mit erstmaliger Richtlinientherapie im Jahr 2014 nach mindestens zwei therapiefreien Jahren; gewichtet nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung nach Geschlecht, Ein-Jahres-Altersgruppen und Wohnregion in Bundesländern im Jahresdurchschnitt 2019

Tabelle 3.10: Kennwerte zu Kindern und Jugendlichen mit Richtlinientherapien bezogen auf fünf Jahre vor Therapiebeginn, auch nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Altersgruppen (Angaben in Jahren)	Jungen/Männer				Mädchen/Frauen				gesamt
	5–12	13–17	18–24	0–24	5–12	13–17	18–24	0–24	0–24
Untersuchungspopulation (absolut)	1.586	978	1.152	3.785	1.117	1.995	2.613	5.768	9.553
approximative Betroffenenzahl in Deutschland (absolut, in Tausend)	24,8	13,3	21,0	60,5	17,1	26,2	43,0	87,0	147,5
Richtlinientherapien									
Therapiestunden à 50 Minuten* in fünf Jahren vor Ersttherapie (Mittelwert)	0,8	3,2	2,3	1,8	0,9	1,7	2,9	2,1	2,0
Prozentanteile mit Richtlinientherapie	2,7	9,7	7,6	5,9	2,9	5,7	9,9	7,2	6,7
Krankenhausbehandlungen mit F-Diagnose, Prozentanteile ...									
... mit vollstationärer Behandlung	5,4	15,4	18,4	12,0	3,8	20,6	20,0	16,8	14,8
... mit ambulanter Behandlung	26,5	27,7	18,3	23,7	17,9	26,3	17,0	19,9	21,5

Altersgruppen (Angaben in Jahren)	Jungen/Männer				Mädchen/Frauen				gesamt
	5–12	13–17	18–24	0–24	5–12	13–17	18–24	0–24	0–24
Arzneimittelverordnungen, Prozentanteile ...									
... mit Psychopharmaka (ATC: N05, N06)	22,2	36,0	49,0	34,5	15,1	21,9	42,5	30,7	32,3
... mit Antidepressiva (ATC: N06A)	0,9	9,8	37,2	15,5	0,8	11,9	37,3	22,2	19,4
... mit Psychostimulanzien (ATC: N06B)	14,2	24,5	8,8	14,3	5,6	6,7	2,4	4,3	8,4
... mit Antipsychotika (ATC: N05A)	2,3	6,2	9,0	5,4	1,0	3,2	7,7	4,9	5,1
... mit Hypnotika, Sedativa (ATC: N05C)	3,8	1,9	6,9	4,5	3,3	2,7	7,3	5,1	4,8
ambulante Diagnosen, Prozentanteile (in Klammern: Zeitspanne Erstdokumentation bis Ersttherapie in Quartalen)** ...									
... mit Reaktionen auf schwere Belastungen (F43)	29,5 (2,3)	37,7 (4,3)	44,2 (3,7)	36,5 (3,2)	29,0 (2,4)	37,2 (3,1)	49,6 (4,8)	41,7 (3,7)	39,6 (3,5)
... mit Depressionen (F32, F33)	4,5 (0,8)	20,8 (2,4)	49,7 (4,7)	23,7 (4,0)	5,3 (1,3)	30,3 (2,0)	52,4 (4,9)	36,0 (4,0)	31,0 (4,0)
... mit Angststörungen (F40, F41)	13,2 (2,2)	22,8 (2,9)	38,4 (4,4)	23,9 (3,8)	17,1 (2,5)	23,9 (3,1)	39,7 (4,5)	30,3 (3,9)	27,7 (3,9)
... mit Emotionalen Störungen des Kindesalters (F93)	37,7 (3,0)	33,3 (5,0)	6,0 (1,5)	25,4 (3,4)	44,1 (2,7)	22,3 (3,1)	5,3 (4,9)	18,3 (2,9)	21,2 (3,1)
... mit Somatoformen Störungen (F45)	13,4 (3,0)	18,5 (3,9)	31,1 (4,0)	20,6 (3,7)	16,3 (3,7)	25,7 (3,4)	43,5 (6,4)	32,4 (5,3)	27,6 (4,7)
... mit Hyperkinetischen Störungen (F90)	36,1 (7,3)	38,3 (14,9)	13,7 (12,2)	28,1 (9,8)	17,1 (6,9)	11,3 (10,9)	4,1 (11,2)	8,8 (8,5)	16,7 (9,5)

* Bei den nur selten abgerechneten Gruppentherapien wurden als Therapiestunden hier jeweils Abrechnungseinheiten gezählt, die regulär mindestens 100 Minuten umfassen.

** In Klammern: durchschnittliche Zeitspanne zwischen Erstdokumentation einer Diagnose und Richtlinientherapiebeginn (in Quartalen; nur sofern die Diagnose auch Anlass der Richtlinientherapie war). Die Werte für die Zeitspanne können im fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraum zwischen 0 (bei erstmaliger Dokumentation der Diagnose im Quartal der Ersttherapie) und 20 (bei erstmaliger Dokumentation der Diagnose bereits 20 Quartale vor der Ersttherapie) betragen.

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019 zu n = 9.553 Kindern und Jugendlichen (vgl. Tabelle 3.9); Ergebnisse zu teilstationären Behandlungen aufgrund unvollständig verfügbarer Daten zum Vorbeobachtungszeitraum nicht dargestellt

Inanspruchnahmen und Diagnosen ab erstmaliger Richtlinien therapie

Durchschnittlich rechneten bei den Kindern und Jugendlichen in den fünf Jahren ab Start der Ersttherapie 1,17 unterschiedliche Therapeuten Richtlinien therapien ab. Weit überwiegend erfolgte in diesen fünf Jahren die Therapie also bei ein und demselben Therapeu- ten. Tendenziell kamen Therapeutenwechsel mit zunehmendem Alter und bei Frauen häufiger als bei Männern vor, obwohl die durchschnittlichen Therapiezeiten in den

jüngeren Altersgruppen eher höher als in der höchsten Altersgruppe lagen. Im Durchschnitt wurden in der Gesamtgruppe innerhalb von fünf Jahren 43,1 Therapieeinheiten abgerechnet (Therapiezeiten wurden hier als Therapiestunden ausgewiesen und durch Zählung der abgerechneten Einheiten ermittelt).

Hinweise auf Therapieabbrüche ohne Neuaufnahme eher bei Älteren

Mit weniger als fünf Einheiten nur sehr wenige Therapieeinheiten wurden bei 4,6 Prozent der Untersuchungspopulation abgerechnet, wobei sich hier als maßgebliche Ursache Therapieabbrüche (ohne die erneute Aufnahme einer Richtlinien therapie in fünf Jahren) vermuten lassen. Ältere waren von den vermeintlichen Therapieabbrüchen dabei häufiger als Jüngere betroffen.

Insgesamt 16,8 Prozent der Patienten erhielten maximal zwölf Therapiestunden und lagen damit innerhalb des Stundenkontingents einer ersten Kurzzeittherapie, insgesamt 41,9 Prozent erhielten maximal 25 Therapieeinheiten. Noch höhere Therapiekontingente überschreiten bei Erwachsenen bereits die Grenzen der Kurzzeittherapie ohne Gutachterverfahren (KBV, 2019), was den geringen Anteil von Jugendlichen im Alter ab 18 Jahren mit 26 bis 31 Therapiestunden erklärt, welche bei jüngeren Kindern ein häufiger beobachtetes Therapiekontingent bilden. Sehr hohe Stundenkontingente von mehr als 60 Stunden betrafen insbesondere 5- bis 12-jährige Jungen sowie 5- bis 17-jährige Mädchen.

Um ein Bild zu Behandlungsverläufen bei Psychotherapien aus der Versorgungsrealität von Kindern und Jugendlichen zu zeichnen, erscheint es wichtig, auch Kennzahlen zu den Zeiträumen zu liefern, über die sich Richtlinien therapien in der Praxis typischerweise erstrecken. Bestimmt man die Zeitspanne vom Tag der Ersttherapie bis zur letzten abgerechneten Richtlinien therapie innerhalb des fünfjährigen Beobachtungszeitraums, lassen sich die in Tabelle 3.9 ausgewiesenen durchschnittlichen Zeitspannen in Tagen berechnen. Bezogen auf die Gesamtgruppe ergibt sich hier ein Wert von durchschnittlich 579 Tagen, der etwa einem Jahr und sieben Monaten entspricht. Ein entsprechender Durchschnittswert ist insofern allerdings problematisch, da durch den auf fünf Jahre beschränkten Nachbeobachtungszeitraum extrem lange Therapien nicht vollständig hinsichtlich ihrer Dauer berücksichtigt werden können. Zudem ist anzumerken, dass separate Therapien mit größeren zeitlichen Abständen bei der vorliegenden Berechnung nicht einzeln berücksichtigt wurden.

Zumindest vom erstgenannten Punkt unbeeinträchtigt bleibt im Gegensatz zum Mittelwert die Berechnung von Perzentilen, zu denen als 50-Prozent-Perzentil auch der Median zählt. Der Median ist allgemein derjenige Messwert, der von der Hälfte der Beobachtungen nicht überschritten und zugleich von der anderen Hälfte nicht unterschritten wird. Er kennzeichnet insofern sinngemäß den „mittleren“ aller sortiert angeordneten Messwerte. Perzentile sind entsprechend Grenzwerte, welche die Messwerte zu anderen Prozentanteilen in zwei Gruppen aufteilen. Tabelle 3.11 listet ausgewählte Perzentile zur Zeitspanne von Richtlinientherapien bei Kindern und Jugendlichen in Tagen auf. „Im Mittel“ beziehungsweise bei 50 Prozent der Kinder und Jugendlichen erfolgte die letzte abgerechnete Richtlinientherapie nach spätestens 421 Tagen. Jüngere und weibliche Patienten erhielten tendenziell häufiger über längere Zeiträume Therapien als ältere und männliche Patienten. Bei einem Viertel der Kinder und Jugendlichen erstreckten sich die Abrechnungen von Richtlinientherapien über einen Zeitraum von mindestens 827 Tagen, was etwa einer Zeit von zwei Jahren und drei Monaten entspricht. Bei zehn Prozent der Kinder und Jugendlichen verteilte sich die erste und letzte Abrechnung einer Richtlinientherapie über eine Zeitspanne von mindestens 1.374 Tagen, also mehr als drei Jahre und neun Monate.

Die Hälfte aller Richtlinientherapien erstreckt sich über mehr als 13,8 Monate, ein Viertel über mehr als 27 Monate.

Tabelle 3.11: Perzentile zu Therapiezeitspannen bei Kindern und Jugendlichen mit Richtlinientherapien, auch nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Altersgruppen (Angaben in Jahren)	Jungen/Männer				Mädchen/Frauen				gesamt
	5–12	13–17	18–24	0–24	5–12	13–17	18–24	0–24	0–24
Therapiezeitspannen in Tagen, die bei bestimmten Anteilen der Kinder und Jugendlichen nicht überschritten wurden									
5-Prozent-Perzentil	76	42	43	54	73	71	49	57	57
10-Prozent-Perzentil	134	78	75	92	141	108	85	101	98
25-Prozent-Perzentil	253	194	174	217	254	246	206	234	225
50-Prozent-Perzentil (Median)	442	376	344	390	453	486	427	449	421
75-Prozent-Perzentil	831	716	695	778	869	918	848	872	827
90-Prozent-Perzentil	1.390	1.246	1.283	1.327	1.374	1.407	1.409	1.402	1.374

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019 zu n = 9.553 Kindern und Jugendlichen (vgl. Tabelle 3.9)

In 5 Jahren ab Start der Richtlinientherapie wurden 28% der 13- bis 17-jährigen Mädchen auch vollstationär mit F-Diagnose behandelt.

Ein nicht unerheblicher Anteil der Kinder und Jugendlichen wurde innerhalb der fünf Jahre ab Start der Richtlinientherapie auch mit psychischen Störungen im Krankenhaus behandelt. Besonders hoch lagen die Anteile bei 13- bis 17-jährigen Mädchen, von denen 28,1 Prozent vollstationär behandelt wurden (vgl. Tabelle 3.9).

Im 5-Jahres-Zeitraum ab Start der Richtlinientherapie erhielten 45% der ab 18-Jährigen Antidepressiva.

Psychopharmaka wurden in den fünf Jahren ab erstmaliger Richtlinientherapie geschlechts- und altersabhängig in sehr unterschiedlichem Umfang verordnet. Insgesamt sind Ältere häufiger als Jüngere betroffen, was maßgeblich aus einer häufigen Verordnung von Antidepressiva resultiert. Von den Männern und Frauen im Alter ab 18 Jahren erhielten in den fünf Jahren ab Start der Richtlinientherapie rund 45 Prozent mindestens eine Antidepressiva-Verordnung. Bei den vorrangig im Zusammenhang mit ADHS verordneten Psychostimulanzien ist die Altersabhängigkeit umgekehrt, wobei Jungen noch erheblich häufiger als Mädchen betroffen sind.

Im unteren Teil von Tabelle 3.9 sind Ergebnisse zu den im Rahmen der ambulanten Versorgung als gesichert dokumentierten Diagnosen gelistet. Von unterschiedlichen Diagnosen psychischer Störungen waren innerhalb des fünfjährigen Beobachtungszeitraums ab Ersttherapie insgesamt sehr große Anteile der Kinder und Jugendlichen betroffen. Ergänzend und in Klammern sind in der Tabelle zudem diejenigen Anteile der Kinder und Jugendlichen vermerkt, bei denen die Diagnosen auch im Abrechnungsfall zur erstmaligen Richtlinientherapie dokumentiert waren und insofern als Behandlungsanlässe für die Richtlinientherapie gelten können.

Depressionsdiagnosen im 5-Jahres-Zeitraum ab Therapiestart bei >70% der ab 18-Jährigen

Reaktionen auf schwere Belastungen (F43) sowie Depressionen (F32, F33) wurden innerhalb von fünf Jahren bei 54,6 beziehungsweise 49,8 Prozent der Kinder und Jugendlichen mit Richtlinientherapie dokumentiert, wobei diese beiden Diagnosen mit Anteilen von 26,6 und 21,7 Prozent recht häufig auch im Abrechnungsfall zur Ersttherapie dokumentiert waren. Von Depressionsdiagnosen waren vorrangig Ältere betroffen – in der Altersgruppe ab 18 Jahre lagen die Raten sowohl bei Männern als auch bei Frauen oberhalb von 70 Prozent. Auch Angststörungen (F40, F41) und somatoforme Störungen (F45) betrafen vorrangig Ältere. Umgekehrt verhält es sich bei emotionalen Störungen des Kindesalters (F93) sowie bei hyperkinetischen Störungen (F90). Dabei werden emotionale Störungen des Kindesalters offensichtlich nahezu ausschließlich von Kindertherapeuten

dokumentiert – in der Altersgruppe der ab 18-Jährigen wird die Diagnose nur sehr selten dokumentiert. Von den aufgeführten Diagnosen wurden ausschließlich die hyperkinetischen Störungen bei Jungen/Männern deutlich häufiger als bei Mädchen/Frauen dokumentiert, bei den anderen Diagnosen waren zumeist Mädchen und Frauen häufiger betroffen.

Inanspruchnahmen und Diagnosen im Vorfeld der erstmaligen Richtlinientherapie

Nach den in Tabelle 3.10 dargestellten Ergebnissen zum fünfjährigen Zeitraum im Vorfeld der erstmaligen Richtlinientherapie bewegten sich sowohl Verordnungen von Psychopharmaka als auch Dokumentationen von psychischen Störungen bei den hier betrachteten Kindern und Jugendlichen bereits vor Start der Richtlinientherapie auf einem relativ hohen Niveau. So erhielten 32,3 Prozent bereits vor einer Richtlinientherapie Psychopharmaka. Bei rund 37 Prozent der 18- bis 24-Jährigen war bereits mindestens einmalig die Verordnung eines Antidepressivums dokumentiert. Bei knapp einem Viertel der 13- bis 17-jährigen Jungen war die Verordnung von Psychostimulanzien dokumentiert.

Verordnung von Psychopharmaka nicht selten vor Richtlinientherapie

Wie bereits erwähnt wurden auch Diagnosen psychischer Störungen häufig bereits im Vorfeld der Richtlinientherapie dokumentiert, wobei Diagnosen nur dann dem Vorfeld der Richtlinientherapie zugeordnet waren, wenn sie spätestens im Quartal vor der Abrechnung der erstmaligen Richtlinientherapie dokumentiert waren. Dennoch lässt sich nicht ausschließen, dass ein Teil dieser Diagnosen auch in diesen Fällen erst vom späteren Richtlinien-Psychotherapeuten dokumentiert wurden, beispielsweise, wenn von ihm probatorische Sitzungen bereits im Quartal vor der Richtlinientherapie durchgeführt und abgerechnet wurden.

Um den Zeitpunkt der erstmaligen Dokumentation von späteren Behandlungsdiagnosen genauer zu beschreiben, wurde, bezogen auf die Diagnosen, welche im Zusammenhang mit der Abrechnung einer erstmaligen Richtlinientherapie vom Therapeuten dokumentiert wurden, die Zeitspanne zwischen dem Quartal ihrer Erstdokumentation (durch einen beliebigen Therapeuten) und dem Quartal der erstmaligen Richtlinientherapie mit einer fallbezogenen Dokumentation der entsprechenden Diagnose ermittelt. Die Zeitspannen beziehen sich damit immer auf die in Tabelle 3.9 in Klammern ausgewiesenen Anteile der Kinder und Jugendlichen mit entsprechenden Diagnosen bei erstmaliger Richtlinienthera-

pie. Die in Quartalseinheiten berechneten Zeitspannen können bei dem hier betrachteten fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraum ausschließlich Werte zwischen 0 (bei Dokumentation der Diagnose erstmalig im Quartal der Ersttherapie selbst) und 20 (bei erstmaliger Dokumentation der Diagnose bereits 20 Quartale vor der Ersttherapie) annehmen. Durchschnittswerte zu entsprechend berechneten Zeitspannen werden im unteren Teil der Tabelle 3.10 im Abschnitt zu den Diagnosehäufigkeiten ergänzend jeweils in Klammern angegeben.

Die hier bei Kindern und Jugendlichen ermittelten durchschnittlichen Zeitspannen zwischen Erstdiagnosen und erstmaligen Richtlinientherapien mit entsprechenden Diagnosen variieren in der Gesamtgruppe diagnoseabhängig zwischen 3,1 Quartalen bei emotionalen Störungen des Kindesalters und 9,5 Quartalen bei hyperkinetischen Störungen. Die letztgenannte Diagnose unterscheidet sich dabei hinsichtlich der ermittelten Zeitspannen sehr auffällig auch innerhalb der einzelnen Geschlechts- und Altersgruppen von allen übrigen betrachteten Diagnosen.

Hinweise auf auffällig große Zeitspannen zwischen erster ADHS-Diagnose und Richtlinientherapie

Eine lange Zeitspanne zwischen der hier identifizierten Erstdiagnose von hyperkinetischen Störungen beziehungsweise ADHS und der erstmaligen Richtlinientherapie könnte in höheren Altersgruppen durch das Hinzutreten weiterer Behandlungsanlässe mitbedingt sein. Zudem könnte bei Betroffenen aus höheren Altersgruppen auch schon deutlich länger zurückliegend eine speziell auf die ADHS-Symptomatik ausgerichtete Psychotherapie stattgefunden haben, was mit der verwendeten Auswertungsmethodik nicht ausgeschlossen wurde. Dies gilt allerdings nicht für die von ADHS häufig betroffene jüngste Altersgruppe der 5- bis 12-Jährigen, die bei der gewählten Methodik spätestens ab einem Alter von sieben Jahren beobachtet wurden. Auch in dieser Altersgruppe lag die Zeitspanne jedoch mit 7,3 Quartalen bei Jungen und 6,9 Quartalen bei Mädchen außergewöhnlich hoch. Selbst wenn aus diesen beiden Gruppen (abweichend von der Standardmethodik) ausschließlich Personen nachweislich ohne Richtlinientherapie in allen fünf Jahren vor Ersttherapie betrachtet wurden, resultierten noch durchschnittlich 7,2 und 6,6 Quartale (Werte nicht in der Tabelle enthalten).

Unter Ausnahme der Ergebnisse zu ADHS-Diagnosen sind die Zeitspannen zwischen Erstdiagnose und einer Richtlinientherapie mit der entsprechenden Diagnose bei Kindern

im Alter von 5 bis 12 Jahren vergleichsweise klein, was zum Teil an der sehr geringen Wahrscheinlichkeit für einige der Diagnosen (bei dann noch ein bis fünf Jahre geringerem Alter) liegen dürfte. Vereinfacht ausgedrückt erreichen die Kinder ein plausibles Diagnosealter zum Teil erst kurz vor der Richtlinien­therapie.

Bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 13 bis 17 Jahren liegen die Zeitspannen zwischen Erst­diagnose und Richtlinien­therapie zumeist oberhalb von drei Quartalen, wobei in dieser Altersgruppe vergleichsweise geringe Zeitspannen sowohl bei Jungen als auch bei Mädchen bezogen auf Depressions­diagnosen auffallen. Bei Jugendlichen im Alter ab 18 Jahren wurden insbesondere bei Frauen häufig und zum Teil auch merklich mehr als vier Quartale messende durchschnittliche Zeitspannen zwischen Erst­diagnose und Richtlinien­therapie­beginn ermittelt.

Im Mittel werden Diagnosen nachfolgender Richtlinien­therapien rund ein Jahr vor Therapie­beginn dokumentiert.

Zeitspannen zwischen der Erstdokumentation von Diagnosen und Richtlinien­therapien

Ergänzend zu den bereits in Tabelle 3.10 dargestellten Angaben zur durchschnittlichen Zeitdauer zwischen der Erstdokumentation bestimmter Diagnosen und nachfolgend mit Dokumentation entsprechender Diagnosen begonnenen Richtlinien­therapien listet die nachfolgende Tabelle 3.12 auch Angaben zu Perzentilen dieser Zeitdauer für einzelne Diagnosen in unterschiedlichen Subgruppen von betroffenen Kindern und Jugendlichen auf, welche die Interpretation der zuvor dargestellten Ergebnisse unterstützen. Zu allen sechs Diagnosen und für alle zuvor differenzierten Subgruppen werden in der Tabelle Angaben zum 25., 50., 75. sowie zum 90. Perzentil aufgelistet. Genannt wird damit in der Tabelle jeweils die Dauer zwischen Erstdokumentation einer Diagnose und der Richtlinien­therapie, die bei 25, 50, 75 sowie 90 Prozent der Betroffenen nicht überschritten wurde. Umgekehrt lässt sich formulieren, dass mindestens diese oder eine noch längere Dauer bei 75, 50, 25 sowie 10 Prozent der Betroffenen zu beobachten war.

Bezogen auf alle betrachteten Diagnosen und unter Ausnahme der altersübergreifend eher selten als Behandlungs­anlass von Richtlinien­therapien dokumentierten hyperkinetischen Störungen (F90) lässt sich bei nur wenigen Abweichungen von Ergebnissen in einigen Subgruppen formulieren, dass – gemessen an Angaben zum 50. Perzentil – bei der Hälfte der Richtlinien­therapie­Patienten die entsprechende (Therapie­)Diagnose frühestens im Vorquartal der Richtlinien­therapie erstmals dokumentiert wurde. Nach

Bei vielen relevanten Indikationen erfolgte die Hälfte der Richtlinien­therapien zeitnah nach Erstdokumentation einer Behandlungs­diagnose.

Ergebnissen zum 25. Perzentil erfolgte die Erstdokumentation der Diagnose bei mindestens einem Viertel der Patienten sogar erst in dem Quartal, in dem die Richtlinientherapie begann. Damit erfolgte also mindestens die Hälfte der Richtlinientherapien bei relevanten Indikationen sehr zeitnah (0 bis 1 Quartal) nach Erstdokumentation einer Behandlungsdiagnose.

merkliche Zeitspannen
zwischen der Erstdokumentation von
Depressionen und
Richtlinientherapien
bei Jugendlichen
ab 18 Jahren

Bei der Betrachtung der weiteren Ergebnisse unter Ausnahme der Ergebnisse zu hyperkinetischen Störungen ergeben sich Hinweise auf längere Zeitintervalle zwischen erstmaliger Dokumentation einer Behandlungsdiagnose und einer nachfolgenden Richtlinientherapie vorrangig in der Gruppe der 18- bis 24-Jährigen. Dies dürfte zum Teil darauf zurückzuführen sein, dass ein Teil der Diagnosen erst bei dieser Gruppe dann auch in einem noch merklich jüngeren Alter im Vorfeld der Richtlinientherapie in nennenswerter Häufigkeit gestellt wird. Bezogen auf die Gruppe der 18- bis 24-Jährigen zeigen die Ergebnisse zu Depressionsdiagnosen, dass bei 25 Prozent der Richtlinientherapie-Patienten acht oder mehr Quartale, also mindestens zwei Jahre, zwischen der Erstdokumentation einer gesicherten Depressionsdiagnose und dem Beginn der Richtlinientherapie vergehen, bei zehn Prozent waren es sogar mindestens 17 Quartale. Schließt man bei den Auswertungen jegliche Personen mit Richtlinientherapien im fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraum aus, ergeben sich bei 25 Prozent der Männer und Frauen Zeitintervalle von mindestens fünf beziehungsweise sechs Quartalen, bei zehn Prozent sind es mindestens 14 beziehungsweise 15 Quartale (Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Bei einem Viertel der ab 18-jährigen Patienten mit Depressionsdiagnosen lässt sich also auch unter Ausschluss vorausgehender Behandlungsepisoden über fünf Jahre noch ein relevant erscheinender Zeitverzug zwischen Erstdiagnose und Beginn der Richtlinientherapie feststellen.

Generell nicht überprüft wurde im Rahmen der hier präsentierten Ergebnisse, inwieweit bei längeren Zeitintervallen zwischen erstmaliger Diagnosedokumentation und Richtlinientherapie eventuell auch längere Intervalle ohne eine Dokumentation von späteren Behandlungsdiagnosen vorlagen, die auf beschwerdefreie Zeitintervalle hindeuten könnten, wobei idealtypisch Diagnoseinformationen aus allen Versorgungsbereichen berücksichtigt werden sollten, um die fehlerhafte Feststellung von Dokumentationslücken aufgrund einer Versorgung außerhalb der regulären kassenärztlichen Versorgung auszu-

schließen. Dies war im vorgegebenen Rahmen dieser Übersichtsdarstellung zum Thema Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen nicht möglich, zumal auch mit derartigen Auswertungen nur ein Teil offener Fragen hätte beantwortet werden können.

Sehr erheblich von den übrigen Ergebnissen weichen die Ergebnisse zu den Zeitspannen zwischen Erstdokumentation von Diagnosen und einer Richtlinientherapie bei Diagnosen hyperkinetischer Störungen (F90) ab. Die Ergebnisse ändern sich dabei auch unter vollständigem Ausschluss aller Personen mit vorausgehenden Behandlungsepisoden über fünf Jahre nur graduell (für die geschlechts- und altersübergreifenden Perzentilen-Ergebnisse ergaben sich statt 1, 9, 18 und 20 in der Variante nach Ausschluss aller Personen mit Richtlinientherapien im fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraum 1, 8, 17 und 20 Quartale; Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Dies deutet darauf hin, dass nach erstmaligen ADHS-Diagnosen Richtlinientherapien im Rahmen der ambulanten kassenärztlichen Versorgung (zu der auch niedergelassene psychologische Psychotherapeuten zählen) häufig erst in einem vergleichsweise sehr großen zeitlichen Abstand zur ADHS-Diagnose durchgeführt werden. Dabei erreichen die Abstände in den Altersgruppen ab 13 Jahren nach den vorliegenden Ergebnissen bei relativ großen Teilen von Betroffenen die Grenzen des fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraums und dürften insofern im Rahmen der vorliegenden Auswertung nur unvollständig abgebildet sein, womit dann eventuell auch mehr als fünf Jahre zurückliegende Psychotherapien in relevantem Umfang nicht mehr berücksichtigt wurden.

Denkbare Ursachen für entsprechende Ergebnisse, insbesondere bei jüngeren Kindern ohne die Einschränkungen durch offensichtlich unzureichende Vorbeobachtungszeiträume wie bei Älteren, könnten a) sehr frühzeitig gestellte Diagnosen, b) längere Wartezeiten auf Psychotherapien im Jahr 2014, c) anderweitige Behandlungen der Kinder in hier nicht berücksichtigten Versorgungsbereichen oder auch d) relativ häufige Therapieversuche im Vorfeld der Richtlinientherapie gewesen sein, die sich zunächst mehr oder minder gewollt ausschließlich auf eine Arzneimitteltherapie beschränkten.

Zum erstgenannten Punkt a) lässt sich anmerken, dass sich das Bild und die Auffassungen von ADHS in den zurückliegenden Jahren merklich geändert haben. So findet sich auf der ersten Seite der S1-Leitlinie „Hyperkinetische Störungen“ aus dem Jahr 2007

(Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2007) gleich im ersten Textabsatz noch die Aussage „Die Störung beginnt vor dem Alter von 6 Jahren ...“. Diese Leitlinie wurde nach Kenntnis der Autoren erst nach langer Verzögerung im Jahr 2017 durch die S3-Leitlinie „ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen“ abgelöst (AWMF, 2017). In der Kurzfassung dieser aktuell gültigen Leitlinie wird auf Seite 14 im Abschnitt 1.8.1 zur Diagnostik von ADHS vermerkt: „Die Diagnose einer ADHS soll vor dem Alter von drei Jahren nicht gestellt werden. Bei Kindern im Alter von drei bis vier Jahren kann die Diagnose in der Regel nicht hinreichend sicher gestellt werden. Bei Kindern im Vorschulalter soll die Diagnose in der Regel nur bei sehr starker Ausprägung der Symptomatik gestellt werden.“ Damit ist der 2007 in der Leitlinie noch weitgehend obligat beschriebene Beginn hyperkinetischer Störungen vor Vollendung des sechsten Lebensjahres nach aktueller Fachauffassung nur in Ausnahmefällen verifizierbar, was in den Jahren vor 2014 aber noch nicht unbedingt allgemeiner Konsens bei den beteiligten Ärzten und Therapeuten gewesen sein dürfte. Ein Teil der Kinder könnte bei Diagnosestellung vor 2014 auch als noch zu jung für eine Psychotherapie erachtet worden sein. Allerdings zeigen die in Tabelle 3.12 gelisteten Ergebnisse zu Diagnosen von emotionalen Störungen des Kindesalters (F93), dass bei anderen Beschwerdebildern auch in der Altersgruppe der 5- bis 12-Jährigen Richtlinientherapien relativ zeitnah nach einer erstmaligen Diagnosedokumentation eingeleitet werden können.

ADHS oftmals deutlich vor Richtlinientherapie diagnostiziert – mitbedingt durch primär durchgeführte Arzneimitteltherapie

Für die Annahme des letztgenannten Punktes d) von relativ häufig zunächst primär auf eine Arzneimitteltherapie beschränkten Therapieversuchen im Vorfeld der Richtlinientherapie spricht die Tatsache, dass zur Behandlung von ADHS mit Psychostimulanzien, und dabei vorrangig mit der Substanz Methylphenidat, Arzneimittel existieren, die zunächst ausschließlich für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen zugelassen waren und die in Deutschland erst seit Sommer 2011 auch bei Erwachsenen verordnet werden konnten (BfArM, 2011). Während Arzneimitteltherapien für andere psychische Störungen in erster Linie bei Erwachsenen eingesetzt werden und Anwendungen bei Kindern eher eine Ausnahme bilden, existieren bei ADHS also pharmakologische Therapieoptionen, die lange Zeit sogar ausschließlich auf Kinder und Jugendliche beschränkt waren und möglicherweise auch vor diesem Hintergrund als attraktive Therapieoption bei Kindern erscheinen. Die Annahme wird zumindest teilweise durch ergänzende Auswertungen unterstützt, nach denen Zeitspannen zwischen der erstmaligen Doku-

mentation einer ADHS-Diagnose und der Richtlinientherapie in einer Subgruppe von Kindern und Jugendlichen ohne Hinweise auf Verordnungen von Psychostimulanzien im fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraum insbesondere in der jüngsten Altersgruppe deutlich kürzer ausfallen (vgl. letzte Ergebniszeilen in Tabelle 3.12).

Tabelle 3.12: Perzentile zu Zeitspannen zwischen Erstdokumentation ausgewählter Diagnosen und Richtlinientherapie in Quartalen, auch nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

	Jungen/Männer				Mädchen/Frauen				gesamt
Altersgruppen (Angaben in Jahren)	5–12	13–17	18–24	0–24	5–12	13–17	18–24	0–24	0–24
Reaktionen auf schwere Belastungen (F43): Zeitspanne Erstdokumentation bis Richtlinientherapie in Quartalen									
Prozentanteil mit Diagnose*	22,9	25,5	25,1	24,7	28,4	29,8	26,4	27,9	26,6
25-Prozent-Perzentil – Quartale	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50-Prozent-Perzentil – Quartale	1	1	1	1	1	1	1	1	1
75-Prozent-Perzentil – Quartale	2	5	4	2	2	3	8	4	3
90-Prozent-Perzentil – Quartale	8	16	15	12	8	12	17	14	14
Depressionen (F32, F33): Zeitspanne Erstdokumentation bis Richtlinientherapie in Quartalen									
Prozentanteil mit Diagnose*	2,3	13,8	33,6	15,7	2,5	24,3	36,6	25,9	21,7
25-Prozent-Perzentil – Quartale	0	0	1	0	0	0	0	0	0
50-Prozent-Perzentil – Quartale	1	1	1	1	1	1	2	1	1
75-Prozent-Perzentil – Quartale	1	2	8	5	1	2	8	5	5
90-Prozent-Perzentil – Quartale	1	7	17	15	3	5	17	15	15
Angststörungen (F40, F41): Zeitspanne Erstdokumentation bis Richtlinientherapie in Quartalen									
Prozentanteil mit Diagnose*	5,1	14,6	26,8	14,6	8,2	16,5	24,7	18,8	17,1
25-Prozent-Perzentil – Quartale	0	0	1	1	0	0	0	0	0
50-Prozent-Perzentil – Quartale	1	1	1	1	1	1	1	1	1
75-Prozent-Perzentil – Quartale	1	3	6	4	2	2	6	4	4
90-Prozent-Perzentil – Quartale	7	9	16	13	9	12	17	16	15
Emotionale Störungen des Kindesalters (F93): Zeitspanne Erstdokumentation bis Richtlinientherapie in Quartalen									
Prozentanteil mit Diagnose*	27,2	15,8	1,2	15,5	36,6	12,6	1,5	12,1	13,5
25-Prozent-Perzentil – Quartale	0	1	0	0	0	0	0	0	0
50-Prozent-Perzentil – Quartale	1	1	0	1	1	1	1	1	1
75-Prozent-Perzentil – Quartale	3	7	1	3	2	2	8	2	2
90-Prozent-Perzentil – Quartale	11	18	1	13	9	14	20	11	12

Altersgruppen (Angaben in Jahren)	Jungen/Männer				Mädchen/Frauen				gesamt
	5–12	13–17	18–24	0–24	5–12	13–17	18–24	0–24	0–24
Somatoforme Störungen (F45): Zeitspanne Erstdokumentation bis Richtlinientherapie in Quartalen									
Prozentanteil mit Diagnose*	1,6	4,0	5,2	3,4	2,5	3,7	5,2	4,2	3,8
25-Prozent-Perzentil – Quartale	0	0	1	0	0	0	1	0	0
50-Prozent-Perzentil – Quartale	1	1	1	1	1	1	2	2	1
75-Prozent-Perzentil – Quartale	1	4	5	4	5	4	13	11	8
90-Prozent-Perzentil – Quartale	12	16	16	16	17	13	18	16	16
Hyperkinetische Störungen (F90): Zeitspanne Erstdokumentation bis Richtlinientherapie in Quartalen									
Prozentanteil mit Diagnose*	21,4	17,3	3,6	13,9	9,3	3,0	0,6	3,0	7,5
25-Prozent-Perzentil – Quartale	1	11	0	1	1	2	0	1	1
50-Prozent-Perzentil – Quartale	6	19	19	10	4	14	15	6	9
75-Prozent-Perzentil – Quartale	13	20	20	19	13	20	19	16	18
90-Prozent-Perzentil – Quartale	18	20	20	20	18	20	20	20	20
Hyperkinetische Störungen (F90): Ergänzende Ergebnisse zur Subgruppe von n = 8.716 Kindern und Jugendlichen ohne Hinweise auf Verordnungen von Psychostimulanzien (ATC: N06B) im Vorfeld der Richtlinientherapie									
Prozentanteil mit Diagnose in Subgruppe	14,2	6,1	1,6	7,7	6,1	0,8	0,4	1,6	4,0
25-Prozent-Perzentil – Quartale	0	1	0	0	0	0	0	0	0
50-Prozent-Perzentil – Quartale	2	9	0	2	1	1	1	1	2
75-Prozent-Perzentil – Quartale	7	20	12	9	7	2	17	7	8
90-Prozent-Perzentil – Quartale	14	20	20	19	15	20	19	16	18

* Anteil der Untersuchungspopulation mit Dokumentation der Diagnose im Abrechnungsfall zur Ersttherapie (auch in Tabelle 3.9 genannt); ausschließlich auf diese Teilpopulation beziehen sich die Angaben zu Zeitintervallen von Erstdokumentation bis zur Richtlinientherapie.

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019 zu n = 9.553 Kindern und Jugendlichen (vgl. Tabelle 3.9)

Zeitspannen zwischen der Erstverordnung von Psychopharmaka und Richtlinientherapien

Analog zum Vorgehen bei Diagnosen wurde auch im Hinblick auf die beiden relevantesten Gruppen von Psychopharmaka – Antidepressiva sowie Psychostimulanzien – ermittelt, in welchen zeitlichen Abständen Arzneimittel aus diesen Gruppen gegebenenfalls bereits vor dem Start einer Richtlinientherapie verordnet wurden. Da sowohl zu den Arzneiverordnungen als auch zu Richtlinientherapien tagesgenaue Angaben zu Zeitpunkten der

Verordnung beziehungsweise Durchführung verfügbar waren, erfolgen hier Angaben zu Zeiträumen in Tagen.

Für jede der beiden Substanzgruppen listet Tabelle 3.13 zunächst die Anteile der von einer Verordnung im fünfjährigen Beobachtungszeitraum vor Richtlinientherapie betroffenen Kinder und Jugendlichen auf. Alle weiteren Angaben beziehen sich ausschließlich auf die von den jeweiligen Arzneiverordnungen betroffenen Kinder und Jugendlichen. Aufgeführt werden durchschnittliche Gesamtverordnungsvolumen innerhalb des fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraums in Tagesdosen (DDD), durchschnittliche Zeitspannen von der erstmaligen Dokumentation einer Verordnung aus der Arzneimittelgruppe bis zum Beginn der Richtlinientherapie in Tagen sowie das 25., 50. und 75. Perzentil zu diesen Zeitspannen.

Verordnungen von Antidepressiva (ATC: N06A) betrafen vorrangig die Altersgruppe der 18- bis 24-Jährigen. Aus dieser Altersgruppe erhielten (wie schon in Tabelle 3.10 berichtet) 37 Prozent der Männer und Frauen bereits vor Beginn der Richtlinientherapie Antidepressiva. Nach geschlechts- und altersübergreifenden Auswertungen waren 19,4 Prozent, also knapp ein Fünftel der Kinder und Jugendlichen mit einer nachfolgenden Richtlinientherapie von vorausgehenden Antidepressiva-Verordnungen betroffen. Durchschnittlich erfolgte die erstmalige Verordnung von Antidepressiva bei diesem Fünftel bereits 512 Tage (1,4 Jahre) vor der Richtlinientherapie, wobei durchschnittlich 275 definierte Tagesdosen verordnet wurden. In einer allgemein üblichen Dosierung hätte die Verordnungsmenge demnach für eine Behandlung aller Betroffenen über gut die Hälfte des Zeitraums ab erstmaliger Verordnung bis zur Richtlinientherapie ausreichen sollen. Dabei wurde die Hälfte der Betroffenen erst ab Tag 245 oder später vor Start der Richtlinientherapie mit Antidepressiva behandelt, die andere Hälfte ab diesem Tag oder noch früher im Vorfeld der Richtlinientherapie. Insbesondere bei 18- bis 24-jährigen Frauen zeigen sich tendenziell noch ausgedehntere Verordnungszeiträume im Vorfeld der Richtlinientherapie, wobei die durchschnittlichen Verordnungsvolumen jedoch nicht höher als bei gleichaltrigen Männern liegen. Die Ergebnisse reduzieren sich graduell, sofern bei den Auswertungen jegliche Personen mit Hinweisen auf Richtlinientherapien im fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraum ausgeschlossen werden (vgl. Tabelle A 9 im Anhang).

19,4% der Kinder und Jugendlichen erhielten bereits vor einer Richtlinientherapie Antidepressiva, darunter die Hälfte mehr als 200 Tage vor dem Start der Therapie.

Tabelle 3.13: Psychopharmaka-Verordnungen vor Richtlinientherapien: Verordnungsvolumen sowie Durchschnittswerte und Perzentile zu Zeitspannen zwischen Erstmedikation und Richtlinientherapie in Tagen, auch nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen

Altersgruppen (Angaben in Jahren)	Jungen/Männer				Mädchen/Frauen				gesamt
	5–12	13–17	18–24	0–24	5–12	13–17	18–24	0–24	0–24
Antidepressiva (ATC: N06A): Zeitspanne zwischen Erstverordnung bis Richtlinientherapie in Tagen									
Prozentanteil mit Verordnung*	0,9	9,8	37,2	15,5	0,8	11,9	37,3	22,2	19,4
durchschnittlich verordnete DDD**	–	222	320	300	–	125	292	263	275
durchschnittliche Zeitspanne in Tagen	–	454	489	488	–	265	574	523	512
25-Prozent-Perzentil – Tage	–	82	85	84	–	58	97	90	88
50-Prozent-Perzentil – Tage	–	189	217	217	–	152	296	255	245
75-Prozent-Perzentil – Tage	–	637	751	747	–	349	980	850	804
Psychostimulanzien (ATC: N06B): Zeitspanne zwischen Erstverordnung bis Richtlinientherapie in Tagen									
Prozentanteil mit Verordnung*	14,2	24,5	8,8	14,3	5,6	6,7	2,4	4,3	8,4
durchschnittlich verordnete DDD**	436	825	621	622	457	621	456	533	595
durchschnittliche Zeitspanne in Tagen	744	1.432	1.458	1.156	804	1.327	1.367	1.205	1.171
25-Prozent-Perzentil – Tage	302	1.139	1.410	596	288	858	1.064	647	617
50-Prozent-Perzentil – Tage	663	1.760	1.778	1.280	808	1.662	1.682	1.449	1.346
75-Prozent-Perzentil – Tage	1.134	1.805	1.801	1.789	1.202	1.798	1.785	1.779	1.786

* Anteil der von den genannten Arzneiverordnungen im Vorfeld der Richtlinientherapie betroffenen Kinder und Jugendlichen; weitere Ergebnisse bei Betroffenenanteilen unterhalb von einem Prozent nicht weiter angegeben; vgl. auch Tabelle 3.10
 ** durchschnittliches Verordnungsvolumen in DDD innerhalb von fünf Jahren vor erstmaliger Richtlinientherapie bei Personen mit mindestens einer Verordnung aus der jeweiligen Substanzgruppe im Vorfeld der Richtlinientherapie
 Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019 zu n = 9.553 Kindern und Jugendlichen (vgl. Tabelle 3.9)

Von Arzneimittelverordnungen aus der Gruppe der Psychostimulanzien (ATC: N06B) waren im fünfjährigen Vorfeld der Richtlinientherapie 8,4 Prozent aller Kinder und Jugendlichen betroffen, Jungen und Männer erheblich häufiger als Mädchen und Frauen, Ältere ab 18 Jahren seltener als Jüngere. Geschlechts- und altersübergreifend lag im Vorfeld der Richtlinientherapie die Verordnungsrate der Psychostimulanzien – mit erheblichen altersabhängigen Variationen – etwa halb so hoch wie der Anteil an Kindern und Jugendlichen mit der Diagnose hyperkinetischer Störungen (vgl. Tabelle 3.10, ICD-10: F90). Ähnlich wie bei hyperkinetischen Störungen beziehungsweise ADHS zeigt sich auch

im Hinblick auf die Verordnung von Psychostimulanzien, dass ein erheblicher Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen diese Arzneiverordnungen bereits mit deutlichem zeitlichem Abstand vor dem Start der Richtlinientherapie erhielt. Dabei deuten extrem hohe Werte in den Altersgruppen ab 13 Jahre auch hier darauf hin, dass bei einem relevanten Teil der Fälle fünfjährige Vorbeobachtungszeiten nur eine unvollständige Beschreibung des Verordnungsgeschehens erlauben. Aber auch bei den 5- bis 12-jährigen Jungen erfolgte eine erste Verordnung von Psychostimulanzien durchschnittlich bereits 744 Tage vor der Richtlinientherapie, bei Mädchen aus dieser Altersgruppe gegebenenfalls durchschnittlich 804 Tage. Als Median beziehungsweise 50. Perzentil lassen sich bei Jungen und Mädchen Werte von 663 und 808 Tagen errechnen, für die geschlechtsübergreifend zu 10,7 Prozent betroffenen Kinder mit Psychostimulanzien-Verordnung ergab sich in dieser Altersgruppe ein Median von 693 Tagen, was einer Zeitspanne von 1,9 Jahren entspricht (geschlechtsübergreifende Ergebnisse anderweitig nicht dargestellt). Die genannten Ergebnisse verändern sich nur unwesentlich, sofern bei den Auswertungen jegliche Personen mit Hinweisen auf Richtlinientherapien im fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraum ausgeschlossen werden (vgl. Tabelle A 9 im Anhang). Auch diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass zumindest bis 2014 ADHS-Diagnosen selbst bei Kindern mit einer nachfolgenden Psychotherapie in vielen Fällen primär zunächst pharmakologisch behandelt wurden und Psychotherapien dann häufig erst deutlich nach Beginn der Arzneimitteltherapie begonnen wurden.

Bei den 10,7 % der 5- bis 12-jährigen mit Verordnung von Psychostimulanzien erfolgte die Verordnung häufig bereits mindestens 1,9 Jahre vor der Richtlinientherapie.

Anhang

Anhang

Standardpopulation Bevölkerung

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

Für Abschätzungen zu aktuellen bevölkerungsbezogenen Kennzahlen für Deutschland sowie allgemein für Auswertungen zum aktuellsten Beobachtungsjahr 2019 wurde in der Regel auf entsprechende Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland im Jahr 2019 zurückgegriffen (siehe Tabelle A 1). Die entsprechend standardisierten Ergebnisse sind durch das Kürzel D2019 gekennzeichnet. Im Schwerpunktkapitel können teilweise auch Angaben zur durchschnittlichen Bevölkerung in Deutschland aus weiteren Jahren verwendet werden, die gegebenenfalls analog gekennzeichnet sind. Dafür konnten für den Arztreport 2021 – wie erstmals für den Arztreport 2016 – detaillierte Angaben zur Geschlechts- und Altersstruktur der Bevölkerung in Deutschland auf Basis des Zensus 2011 genutzt werden, die vom Statistischen Bundesamt freundlicherweise vorab zur Verfügung gestellt wurden (Statistisches Bundesamt, 2021).

Im Report wurden zum Berichtsjahr 2019 durchgängig und ausschließlich Zahlenangaben zu geschlechtsspezifischen Ein-Jahres-Altersgruppenbesetzungen verwendet, wie diese vom Statistischen Bundesamt bereitgestellt wurden und aus denen anschließend alle erforderlichen Angaben zu höher aggregierten Gruppen (wie auch die Angaben in Tabelle A 1) berechnet wurden, um innerhalb des Reports stets vollständig konsistente Angaben verwenden zu können. Lediglich bei der Berechnung der einleitend im Report erwähnten Anteile der BARMER-Versicherten an der Bevölkerung in den einzelnen Bundesländern sowie im Schwerpunktkapitel wurden geschlechts- und altersübergreifende Angaben des Statistischen Bundesamtes zur Bevölkerung in einzelnen Bundesländern

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

Tabelle A 1: Durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland 2005 und 2019

Altersgruppe	2005		2019	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
0	356.598	338.768	399.826	379.607
1–4	1.496.093	1.421.631	1.623.096	1.541.399
5–9	2.037.981	1.933.777	1.898.527	1.796.119
10–14	2.156.023	2.045.998	1.904.813	1.797.776
15–19	2.467.847	2.344.022	2.060.790	1.910.608
20–24	2.471.447	2.400.604	2.415.775	2.192.123
25–29	2.435.365	2.363.810	2.665.980	2.467.963
30–34	2.621.256	2.525.406	2.807.192	2.645.225
35–39	3.495.827	3.318.519	2.668.243	2.595.114
40–44	3.663.754	3.489.322	2.454.966	2.420.453
45–49	3.180.692	3.077.093	2.730.602	2.698.381
50–54	2.797.457	2.800.967	3.427.013	3.366.114
55–59	2.330.738	2.344.900	3.334.049	3.333.750
60–64	2.424.215	2.509.020	2.737.609	2.833.272
65–69	2.520.879	2.761.003	2.302.100	2.531.704
70–74	1.667.259	2.017.734	1.699.101	1.936.255
75–79	1.211.137	1.819.227	1.778.342	2.204.603
80–84	652.203	1.499.057	1.328.725	1.874.251
85–89	221.381	632.291	550.353	972.875
90 und älter	140.834	472.209	215.453	593.635
gesamt	40.348.986	42.115.358	41.002.555	42.091.227
insgesamt	82.464.344		83.093.782	

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2019, Statistisches Bundesamt 2020

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

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

Indirekte Standardisierung, kleinräumige Analyse

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

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

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

einer regional 20-prozentigen Überschreitung der geschlechts- und altersspezifisch erwarteten Werte).

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

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

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

Effektiv werden Ergebnisse zu 413 Kreisen in einer Abgrenzung entsprechend dem Stand von Gemeinde- und Kreisreformen Ende des Jahres 2008 ermittelt, in denen von 2005 bis 2019 jeweils mehr als 800 Versicherte der BARMER wohnten (in mehr als 90 Prozent der Kreise jeweils sogar mehr als 4.000 Versicherte, was im aktuell betrachteten Jahr 2019 für 96,6 Prozent der 413 Kreise galt). Durch die Verwendung der bereits historischen Kreisauflistung lassen sich aktuelle Ergebnisse problemlos mit Vorjahresergebnissen zu identischen Regionen vergleichen. Da Kreisreformen oftmals mit der Zusammenfassung von Gebieten einhergehen, würden mit einer Anpassung an aktuelle Abgrenzungen regionale Differenzierungsmöglichkeiten weiter eingeschränkt.

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

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

* ICD-9-Diagnoseklasse mit der inhaltlich größten Übereinstimmung zum angeführten ICD-10-Kapitel

Quelle: BfArM 2019

Tabellenanhang

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

Tabelle A 3: Anteil der Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2019 in Prozent

Altersgruppen in Jahren	Männer	Frauen	gesamt*
0	99,6	99,6	99,6
1–4	99,1	99,0	99,1
5–9	95,0	94,5	94,8
10–14	90,3	90,8	90,5
15–19	89,3	94,5	91,8
20–24	86,2	96,4	91,0
25–29	84,6	96,5	90,3
30–34	84,5	96,1	90,1
35–39	85,0	95,4	90,1
40–44	85,7	95,0	90,3
45–49	87,0	95,0	91,0
50–54	88,7	95,7	92,2
55–59	90,7	95,6	93,2
60–64	93,0	95,9	94,5
65–69	94,4	96,1	95,3
70–74	96,0	96,6	96,3
75–79	97,4	97,6	97,5
80–84	98,1	98,2	98,1
85–89	98,3	98,4	98,4
90+	98,4	98,7	98,6
gesamt*	90,3	95,9	93,2

* standardisiert D2019

Quelle: BARMER-Daten 2019

Tabelle A 4: Anzahl der Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2019

Alter in Jahren	Männer	Frauen	gesamt*
0	6,60	6,37	6,49
1-4	6,26	5,85	6,06
5-9	5,09	4,73	4,91
10-14	4,52	4,56	4,54
15-19	4,53	7,50	5,96
20-24	4,35	8,79	6,46
25-29	4,35	8,94	6,55
30-34	4,51	9,21	6,79
35-39	4,88	9,12	6,97
40-44	5,36	9,20	7,27
45-49	6,06	9,64	7,84
50-54	6,92	11,00	8,94
55-59	8,06	11,36	9,71
60-64	9,46	11,91	10,70
65-69	10,76	12,69	11,77
70-74	12,37	13,19	12,80
75-79	14,05	14,10	14,08
80-84	14,79	13,98	14,31
85-89	14,51	12,79	13,41
90+	13,06	10,85	11,44
gesamt*	7,21	10,04	8,64

* standardisiert D2019

Quelle: BARMER-Daten 2019

Tabelle A 5: Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2019

Alter in Jahren	Männer	Frauen	gesamt*
0	12,2	11,6	11,9
1–4	10,2	9,4	9,8
5–9	7,9	7,0	7,4
10–14	7,2	6,9	7,1
15–19	7,0	11,5	9,1
20–24	6,7	13,1	9,7
25–29	6,9	14,1	10,4
30–34	7,4	15,2	11,2
35–39	8,4	15,0	11,7
40–44	9,5	15,1	12,3
45–49	11,0	16,0	13,5
50–54	12,6	18,4	15,5
55–59	14,9	19,4	17,2
60–64	17,9	20,7	19,3
65–69	20,2	21,9	21,1
70–74	23,9	24,0	23,9
75–79	27,7	26,7	27,1
80–84	30,1	28,2	29,0
85–89	31,1	28,7	29,6
90+	30,7	28,4	29,0
gesamt*	13,1	17,4	15,3

* standardisiert D2019

Quelle: BARMER-Daten 2019

Tabelle A 6: Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2019 in Euro

Alter in Jahren	Männer	Frauen	gesamt*
0	580	563	572
1-4	410	374	393
5-9	350	286	319
10-14	344	306	326
15-19	276	452	361
20-24	240	469	349
25-29	259	548	398
30-34	281	611	441
35-39	319	602	459
40-44	362	591	475
45-49	424	621	522
50-54	495	707	600
55-59	603	764	684
60-64	718	807	763
65-69	823	843	834
70-74	978	937	956
75-79	1.171	1.071	1.116
80-84	1.245	1.099	1.160
85-89	1.241	1.079	1.137
90+	1.188	1.029	1.071
gesamt*	528	680	605

* standardisiert D2019; unter Annahme eines einheitlichen Punktwerts von 10,8226 Cent
Quelle: BARMER-Daten 2019

Tabelle A 7: Fachgebietskodierungen und anteilige Verteilung von Abrechnungsziffern nach drei Zuordnungsvarianten sowie Gruppierung von Fachgebieten 2019

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
01	Allgemeinmediziner (Hausarzt)	22,83	22,88	24,71	Hausarzt Allgemeinmedizin
02	Arzt / Praktischer Arzt (Hausarzt)	2,37	2,37	1,94	Hausarzt Allgemeinmedizin
03	Internist (Hausarzt)	11,62	11,59	10,56	Hausarzt Internist
04	Anästhesiologie	0,50	0,49	0,45	Sonstige
05	Augenheilkunde	4,14	4,14	4,14	Augenarzt
06	Chirurgie	1,01	1,02	0,91	Chirurgie
07	Gefäßchirurgie	0,21	0,21	0,18	Chirurgie
08	Viszeralchirurgie	0,08	0,08	0,04	Chirurgie
09	Kinderchirurgie	0,06	0,06	0,05	Chirurgie
10	Orthopädie	4,34	4,35	4,64	Orthopädie
11	Unfallchirurgie	0,60	0,59	0,51	Chirurgie
12	Chirurgie/Rheumatologie	0,19	0,19	0,15	Chirurgie
13	Plastische Chirurgie	0,06	0,06	0,04	Chirurgie
14	Thoraxchirurgie	0,00	0,00	0,00	Chirurgie
15	Frauenheilkunde	7,55	7,55	7,58	Gynäkologie
16	Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	0,05	0,05	0,05	Gynäkologie
17	Gynäkologische Onkologie	0,04	0,04	0,03	Gynäkologie
18	Spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin	0,03	0,03	0,03	Gynäkologie
19	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	3,15	3,14	3,14	HNO
20	Phoniatrie	0,07	0,07	0,06	HNO
21	Geschlechtskrankheiten	3,10	3,10	3,11	Hautarzt
22	Humangenetik	0,03	0,03	0,02	Sonstige
23	Internist	1,03	1,00	0,80	Internist (FA)
24	Angiologie	0,14	0,13	0,09	Internist (FA)
25	Endokrinologie und Diabetologie	0,22	0,22	0,20	Internist (FA)
26	Gastroenterologie	0,63	0,63	0,51	Internist (FA)
27	Hämatologie und Onkologie	0,79	0,78	0,67	Internist (FA)
28	Kardiologie	1,09	1,07	1,01	Internist (FA)

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
29	Nephrologie	0,83	0,84	0,89	Internist (FA)
30	Pneumologie	0,78	0,78	0,77	Internist (FA)
31	Innere Medizin / Rheumatologie	0,54	0,53	0,45	Internist (FA)
32	Geriatric	0,00	0,00	0,00	Internist (FA)
33	Infektiologie	0,00	0,00	0,00	Internist (FA)
34	Kinderarzt (Hausarzt)	3,00	3,07	2,90	Kinder- und Jugendmedizin
35	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Hausarzt)	0,01	0,01	0,01	Kinder- und Jugendmedizin
36	Kinder-Kardiologie (Hausarzt)	0,05	0,05	0,04	Kinder- und Jugendmedizin
37	Neonatalogie (Hausarzt)	0,05	0,06	0,04	Kinder- und Jugendmedizin
38	Neuropädiatrie (Hausarzt)	0,03	0,03	0,02	Kinder- und Jugendmedizin
39	Kinder-Pneumologie (Hausarzt)	0,00	0,00	0,00	Kinder- und Jugendmedizin
40	Kinderarzt (Facharzt)	0,05	0,05	0,05	Kinder- und Jugendmedizin
41	Kinder-Hämatologie und -Onkologie (Facharzt)	0,00	0,00	0,00	Kinder- und Jugendmedizin
42	Kinder-Kardiologie (Facharzt)	0,03	0,03	0,03	Kinder- und Jugendmedizin
43	Neonatalogie (Facharzt)	0,03	0,03	0,03	Kinder- und Jugendmedizin
44	Neuropädiatrie (Facharzt)	0,03	0,03	0,02	Kinder- und Jugendmedizin
45	Kinder-Pneumologie (Facharzt)	0,01	0,01	0,01	Kinder- und Jugendmedizin
46	Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt und Teilnahme an haus- und fachärztlicher Versorgung	0,24	0,25	0,24	Kinder- und Jugendmedizin
47	Kinder- und Jugendpsychiatrie/ -psychotherapie	0,29	0,29	0,28	Kinder- und Jugendmedizin
48	Laboratoriumsmedizin	11,76	11,93	13,24	Labormedizin
49	Mikrobiologie	1,20	1,10	0,25	Labormedizin
50	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	0,05	0,05	0,04	Chirurgie

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
51	Nervenheilkunde	1,14	1,14	1,13	Neurologie – Nervenheilkunde
52	Neurochirurgie	0,25	0,25	0,19	Neurologie – Nervenheilkunde
53	Neurologie	1,08	1,08	1,09	Neurologie – Nervenheilkunde
54	Nuklearmedizin	0,47	0,48	0,31	Radiologie – Nuklearmedizin
55	Neuropathologie	0,00	0,00	0,00	Pathologie
56	Pathologie	0,72	0,72	0,61	Pathologie
57	Physikalische und Rehabilitative Medizin	0,25	0,24	0,18	Sonstige
58	Psychiatrie und Psychotherapie	0,77	0,76	0,69	Neurologie – Nervenheilkunde
59	Forensische Psychiatrie	0,00	0,00	0,00	Neurologie – Nervenheilkunde
60	Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	0,15	0,15	0,15	Neurologie – Nervenheilkunde
61	Psychotherapeutisch tätiger Arzt	0,18	0,18	0,18	Neurologie – Nervenheilkunde
62	Radiologie	1,65	1,63	1,87	Radiologie – Nuklearmedizin
63	Kinderradiologie	0,01	0,01	0,00	Radiologie – Nuklearmedizin
64	Neuroradiologie	0,04	0,04	0,01	Radiologie – Nuklearmedizin
65	Strahlentherapie	0,28	0,29	0,28	Radiologie – Nuklearmedizin
66	Transfusionsmedizin	0,18	0,15	0,04	Sonstige
67	Urologie	2,76	2,75	2,72	Urologie
68	Psychologischer Psychotherapeut	1,13	1,13	1,12	Psychotherapeut
69	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut	0,27	0,27	0,26	Psychotherapeut
70	zur freien Verfügung der KVen	0,03	0,03	0,03	Sonstige
71	zur freien Verfügung der KVen	0,01	0,01	0,01	Sonstige
72	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
73	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige

Kode	Fachgebietsbezeichnung	ziffernbezogen	fallbezogen	BSNR*-bezogen	Gruppierung
		in Prozent			
74	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
75	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
76	zur freien Verfügung der KVen	0,08	0,08	0,08	Sonstige
77	zur freien Verfügung der KVen	0,02	0,02	0,02	Sonstige
78	zur freien Verfügung der KVen	0,06	0,06	0,06	Sonstige
79	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
80	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
81	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
83	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
85	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
89	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
90	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
91	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
92	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
93	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
98	zur freien Verfügung der KVen	0,00	0,00	0,00	Sonstige
99	sonstige Fachgruppen	0,10	0,10	0,10	Sonstige
00	unbekannt	3,41	3,41	3,93	unbekannt
	gesamt	100,00	100,00	100,00	

* BSNR: Betriebsstättennummer

Quelle: BARMER-Daten2019, standardisiert D2019

Tabelle A 8: Therapeuten mit Abrechnung von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen sowie mit Abrechnung von Richtlinien-therapien nach Fachgruppen 2019

Fachgruppe	Gesamtzahl	Therapeuten mit Abrechnung spezifischer psychotherapeutischer Leistungen			Therapeuten mit Abrechnung von Richtlinien-therapien			Richtlinien-therapien
		Anzahl	Prozentanteil in Fachgruppe	Anteil der Therapieeinheiten	Anzahl	Prozentanteil in Fachgruppe	Prozentanteil Fachgruppe an Gesamt	Prozentanteil der Therapieeinheiten
Psychologischer Psychotherapeut (FG 68)	22.104	22.061	99,8	58,1	21.212	96,0	61,5	64,0
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (FG 69)	5.848	5.840	99,9	15,4	5.474	93,6	15,9	14,0
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (FG 60)	2.363	2.340	99,0	6,2	2.212	93,6	6,4	7,4
Psychotherapeutisch tätiger Arzt (FG 61)	3.113	3.103	99,7	8,2	2.994	96,2	8,7	9,8
Psychiatrie und Psychotherapie (FG 58)	2.066	1.275	61,7	3,4	772	37,4	2,2	1,7
Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie (FG 47)	1.212	792	65,3	2,1	324	26,7	0,9	0,4
Nervenheilkunde (FG 51)	2.045	566	27,7	1,5	267	13,1	0,8	0,6
übrige Fachgruppen	147.381	1.979	1,3	5,2	1.217	0,8	3,5	2,1
gesamt	186.132	37.956	20,4	100,0	34.472	18,5	100,0	100,0

Quelle: BARMER-Daten 2019; Anzahl der anhand von Pseudonymen differenzierbaren Psychologen und Ärzte in Fachgruppen (FG) mit Abrechnung von Leistungen insgesamt, mit Abrechnung von spezifischen Leistungen (EBM 35130 bis 35152 oder antragspflichtige Leistungen aus Abschnitt 35.2) sowie mit Abrechnung von Richtlinien-therapien (nur Leistungen aus Abschnitt 35.2, ohne Zuschläge)

**Tabelle A 9: Psychopharmaka-Verordnungen vor Richtlinientherapien:
Verordnungsvolumen sowie Durchschnittswerte und Perzentile zu Zeitspannen
zwischen Erstmedikation und Richtlinientherapie in Tagen – nur Personen ohne
jegliche Richtlinientherapie im fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraum**

Altersgruppen (Angaben in Jahren)	Jungen/Männer				Mädchen/Frauen				gesamt
	5–12	13–17	18–24	0–24	5–12	13–17	18–24	0–24	0–24
Antidepressiva (ATC: N06A): Zeitspanne zwischen Erstverordnung bis Richtlinientherapie in Tagen									
Prozentanteil mit Verordnung*	0,8	10,4	36,5	15,0	0,8	12,2	35,7	21,0	18,5
durchschnittlich verordnete DDD**	–	218	263	252	–	124	247	232	239
durchschnittliche Zeitspanne in Tagen	–	438	428	435	–	257	498	455	448
25-Prozent-Perzentil – Tage	–	91	76	77	–	58	90	85	84
50-Prozent-Perzentil – Tage	–	183	188	189	–	152	247	223	214
75-Prozent-Perzentil – Tage	–	612	654	654	–	342	772	679	674
Psychostimulanzien (ATC: N06B): Zeitspanne zwischen Erstverordnung bis Richtlinientherapie in Tagen									
Prozentanteil mit Verordnung*	13,7	23,8	8,5	13,7	5,6	6,3	2,3	4,3	8,1
durchschnittlich verordnete DDD**	424	780	555	581	437	620	507	540	569
durchschnittliche Zeitspanne in Tagen	726	1.405	1.418	1.119	805	1.302	1.362	1.180	1.137
25-Prozent-Perzentil – Tage	256	1.051	1.072	541	288	756	1.114	589	556
50-Prozent-Perzentil – Tage	638	1.751	1.774	1.196	812	1.662	1.686	1.408	1.264
75-Prozent-Perzentil – Tage	1.068	1.804	1.800	1.781	1.202	1.798	1.789	1.779	1.781

* Anteil der von den genannten Arzneiverordnungen im Vorfeld der Richtlinientherapie betroffenen Kinder und Jugendlichen bezogen auf die hier betrachtete Gruppe; weitere Ergebnisse bei Betroffenenanteilen unterhalb von einem Prozent nicht weiter angegeben

** durchschnittliches Verordnungsvolumen in DDD innerhalb von fünf Jahren vor erstmaliger Richtlinientherapie bei Personen mit mindestens einer Verordnung aus der jeweiligen Substanzgruppe im Vorfeld der Richtlinientherapie

Quelle: BARMER-Daten 2009 bis 2019 zu n = 8.933 Kindern und Jugendlichen

Verzeichnisse

Verzeichnisse

Abkürzungsverzeichnis

ADHS	Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung
ATC	Anatomisch-Therapeutisch-Chemische Klassifikation
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.
BfArM	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSNR	Betriebsstättennummer (eindeutige Kennung einer Arztpraxis)
D2005	standardisiert nach der durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands 2005
D2019	standardisiert nach der durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands 2019
D20...	standardisiert nach einer jeweils genannten durchschnittlichen Bevölkerung Deutschlands aus einem anderen Jahr
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab (vergleiche: https://www.kbv.de/html/ebm.php)
FA	Facharzt(gruppe)
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss
GEK	Gmünder Ersatzkasse
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung

HA	Hausarzt (im Sinne hausärztlich niedergelassener Kassenärzte)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases, 10. Revision (vergleiche www.dimdi.de)
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
LANR	Lebenslange Arztnummer
Morbi-RSA	morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich
PIA	Psychiatrische Institutsambulanz
PKV	Private Krankenversicherung
RSA	Risikostrukturausgleich
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung
stand.	alters-(und gegebenenfalls geschlechts-)standardisiert – siehe Erläuterungen im Anhang

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1.1:	Anteil der BARMER-Versicherten in Prozent an der durchschnittlichen Bevölkerung in Bundesländern im Jahr 2019	30
Abbildung 2.1 A:	Anteil der Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2007 und 2012	43
Abbildung 2.1 B:	Anteil der Personen mit dokumentierten ärztlichen Leistungen an Kalendertagen im Jahresverlauf 2019 und 2012	43
Abbildung 2.2:	Anteil Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2019	45
Abbildung 2.3:	Anzahl Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2019	46
Abbildung 2.4:	Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2019	47
Abbildung 2.5:	Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2019	48
Abbildung 2.6:	Personen mit Kontakt zu Facharztgruppen je 1.000 Versicherte 2019	50
Abbildung 2.7:	Anzahl abrechnender Betriebsstätten je Versicherten 2019	56
Abbildung 2.8:	Diagnoseraten nach ICD-10-Kapiteln 2019	69
Abbildung 2.9:	Anzahl unterschiedlicher dreistelliger Diagnosen pro Kopf nach Geschlecht und Alter 2019	81
Abbildung 2.10:	Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, EBM-Ziffern 01730, 01733, 01731: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2019	106
Abbildung 2.11:	Früherkennungsleistungen Darmkrebs, EBM-Ziffern 01737/01738, 01740, 01741: Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2019	110
Abbildung 2.12:	Früherkennungsleistungen gemäß EBM-Ziffern 01745/01746, 01750 (nur Frauen): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2019	112
Abbildung 2.13:	Früherkennungsleistungen gemäß EBM-Ziffern 01732 und 01748 (nur Männer): Anteil der Betroffenen nach Geschlecht und Altersgruppen 2019	114

Abbildung 3.1:	Anteil Kinder und Jugendliche mit Psychotherapie im erweiterten und engeren Sinne 2009 bis 2019	129
Abbildung 3.2:	Psychotherapiezeiten bei Kindern und Jugendlichen im erweiterten und engeren Sinne 2009 bis 2019	131
Abbildung 3.3:	Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Psychotherapie im erweiterten Sinne nach Geschlecht und Alter 2019	137
Abbildung 3.4:	Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Psychotherapie im engeren Sinne nach Geschlecht und Alter 2019	138
Abbildung 3.5:	Anteil der Kinder und Jugendlichen mit Richtlinientherapie in Abhängigkeit von Beobachtungszeiten von einem Jahr bis zu elf Jahren, ausgehend von 2009	140
Abbildung 3.6:	Beobachtungszeiträume zu Behandlungsverläufen bei Richtlinientherapie 2014	156

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1.1:	Wesentliche Beobachtungseinheiten und Zählgrößen in Daten zur ambulanten ärztlichen Versorgung	32
Tabelle 2.1:	Trends von Behandlungsraten, Behandlungsfällen und Arztkontakten je Quartal 2005 bis 2019	39
Tabelle 2.2:	Ambulante ärztliche Versorgung 2010 bis 2019	40
Tabelle 2.3:	Ambulante ärztliche Versorgung 2019	41
Tabelle 2.4:	Betroffene, Behandlungsfälle und Leistungstage je 1.000 Versicherte nach Fachgebieten 2019	52
Tabelle 2.5:	Abrechnungsziffern sowie approximative fall- und versichertenbezogene Kosten nach Fachgebieten 2019	53
Tabelle 2.6:	Anzahl kontaktierter Praxen allgemein und nach Fachgruppen 2019	58
Tabelle 2.7:	Kennzahlen zur ambulanten ärztlichen Versorgung in Bundesländern 2019	61
Tabelle 2.8:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen 2010 bis 2019 nach Diagnosekapiteln	64
Tabelle 2.9:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2019	67
Tabelle 2.10:	Bevölkerung in Deutschland mit Diagnosen aus der ambulanten Versorgung nach Diagnosekapiteln 2019	70
Tabelle 2.11:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte Diagnosegruppen 2019	72
Tabelle 2.12:	Anteil der Bevölkerung mit Diagnosen: Häufig kodierte dreistellige Diagnosen 2019	77
Tabelle 2.13:	Anteil der Bevölkerung nach Zahl der Diagnosen 2019	82
Tabelle 2.14:	Top 20 der Zweierkombinationen von Diagnosen 2019	84
Tabelle 2.15:	Top 20 der Zweierkombinationen von Erkrankungsdiagnosen 2019	85
Tabelle 2.16:	Top-20-Diagnosen: Kleinkinder, 0 bis 4 Jahre	89
Tabelle 2.17:	Top-20-Diagnosen: Kinder, 5 bis 14 Jahre	91
Tabelle 2.18:	Top-20-Diagnosen: männliche Jugendliche, 15 bis 24 Jahre	93
Tabelle 2.19:	Top-20-Diagnosen: weibliche Jugendliche, 15 bis 24 Jahre	94
Tabelle 2.20:	Top-20-Diagnosen: männliche Erwachsene, 25 bis 39 Jahre	95

Tabelle 2.21:	Top-20-Diagnosen: weibliche Erwachsene, 25 bis 39 Jahre	96
Tabelle 2.22:	Top-20-Diagnosen: männliche Erwachsene, 40 bis 64 Jahre	97
Tabelle 2.23:	Top-20-Diagnosen: weibliche Erwachsene, 40 bis 64 Jahre	98
Tabelle 2.24:	Top-20-Diagnosen: männliche Personen, 65 bis 79 Jahre	100
Tabelle 2.25:	Top-20-Diagnosen: weibliche Personen, 65 bis 79 Jahre	101
Tabelle 2.26:	Top-20-Diagnosen: männliche Hochbetagte ab 80 Jahre	103
Tabelle 2.27:	Top-20-Diagnosen: weibliche Hochbetagte ab 80 Jahre	104
Tabelle 2.28:	Krebsfrüherkennungsuntersuchungsraten in Bundesländern 2019	108
Tabelle 3.1:	Psychotherapien bei Kindern und Jugendlichen im erweiterten und engeren Sinne	123
Tabelle 3.2:	Therapeuten mit Abrechnung von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen sowie mit Abrechnung von Richtlinientherapien bei Kindern und Jugendlichen nach Fachgruppen 2019	127
Tabelle 3.3:	Anteil Kinder und Jugendliche mit Psychotherapie im erweiterten und engeren Sinne 2009 und 2019 nach Bundesländern	133
Tabelle 3.4:	Psychotherapiezeiten bei Kindern und Jugendlichen für Therapien im erweiterten und engeren Sinne 2009 und 2019 nach Bundesländern	134
Tabelle 3.5:	Psychotherapie bei Kindern und Jugendlichen im erweiterten und engeren Sinne – absolute Betroffenenzahlen sowie Therapiezeiten in Deutschland 2019 nach Bundesländern	135
Tabelle 3.6:	Initiale Behandlungsanlässe bei Richtlinientherapien von Kindern und Jugendlichen 2019	151
Tabelle 3.7:	Behandlungsverläufe bei Richtlinientherapien von Kindern und Jugendlichen	158
Tabelle 3.8:	Behandlungsverläufe – Richtlinientherapieminuten, Krankenhaustage, Tagesdosen (DDD)	164
Tabelle 3.9:	Kennwerte zu Kindern und Jugendlichen mit Richtlinientherapien bezogen auf fünf Jahre ab Therapiebeginn , auch nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	167

Tabelle 3.10:	Kennwerte zu Kindern und Jugendlichen mit Richtlinientherapien bezogen auf fünf Jahre vor Therapiebeginn , auch nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	168
Tabelle 3.11:	Perzentile zu Therapiezeitspannen bei Kindern und Jugendlichen mit Richtlinientherapien, auch nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	171
Tabelle 3.12:	Perzentile zu Zeitspannen zwischen Erstdokumentation ausgewählter Diagnosen und Richtlinientherapie in Quartalen, auch nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen	179
Tabelle 3.13:	Psychopharmaka-Verordnungen vor Richtlinientherapien: Verordnungsvolumen sowie Durchschnittswerte und Perzentile zu Zeitspannen zwischen Erstmedikation und Richtlinientherapie in Tagen, auch nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen ..	182
Tabelle A 1:	Durchschnittliche Bevölkerung in Deutschland 2005 und 2019	187
Tabelle A 2:	Übersicht zu den ICD-10-Diagnosekapiteln	190
Tabelle A 3:	Anteil der Personen mit Arztkontakt nach Geschlecht und Alter 2019 in Prozent	191
Tabelle A 4:	Anzahl der Behandlungsfälle nach Geschlecht und Alter 2019	192
Tabelle A 5:	Anzahl der Tage mit Abrechnung von Leistungen nach Geschlecht und Alter 2019	193
Tabelle A 6:	Approximative Behandlungskosten nach Geschlecht und Alter 2019 in Euro	194
Tabelle A 7:	Fachgebietskodierungen und anteilige Verteilung von Abrechnungsziffern nach drei Zuordnungsvarianten sowie Gruppierung von Fachgebieten 2019	195
Tabelle A 8:	Therapeuten mit Abrechnung von spezifischen psychotherapeutischen Leistungen sowie mit Abrechnung von Richtlinientherapien nach Fachgruppen 2019	199
Tabelle A 9:	Psychopharmaka-Verordnungen vor Richtlinientherapien: Verordnungsvolumen sowie Durchschnittswerte und Perzentile zu Zeitspannen zwischen Erstmedikation und Richtlinientherapie in Tagen – nur Personen ohne jegliche Richtlinientherapie im fünfjährigen Vorbeobachtungszeitraum	200

Literaturverzeichnis

- AWMF (2017). ADHS bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Registernummer 028–045. Klassifikation S3. Stand: 02.05.2017 (in Überarbeitung), gültig bis 01.05.2022. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/028-045.html> [17.01.2021]
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2011). Methylphenidat auch für Erwachsene: BfArM erweitert Zulassung. Pressemitteilung Nummer 2/11 vom 15.04.2011. Verfügbar unter: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2011/pm2-2011.html#:~:text=Methylphenidat%20auch%20f%C3%BCr%20Erwachsene%3A%20BfArM%20erweitert%20Zulassung,-Nummer%202%2F11&text=Das%20Bundesinstitut%20f%C3%BCr%20Arzneimittel%20und,einigen%20Methylphenidat%20haltigen%20Arzneimitteln%20zugestimmt.> [17.01.2021]
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2019). Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision German Modification. Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/> [17.01.2021]
- BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2021). Amtliche Fassung der Anatomisch-Therapeutisch-Chemischen (ATC) Klassifikation mit definierten Tagesdosen (DDD, Defined Daily Doses). Verfügbar unter: <https://www.dimdi.de/dynamic/de/arzneimittel/atc-klassifikation> [17.01.2021]
- Daly, L. (1992). Simple SAS macros for the calculation of exact binomial and Poisson confidence limits. *Comp Biol Med* 22 (5), 351–361.
- Deutsches Ärzteblatt (2008). Änderung des Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) sowie Änderung des Bundesmantelvertrages Ärzte/Ersatzkassen (EKV) zur weiteren Umsetzung der Laborreform. 105 (Heft 31–32). A1654–1655. Verfügbar unter: [https://www.aerzteblatt.de/archiv/61094/Aenderung-des-Bundesmantelvertrages-Aerzte-\(BMV-Ae\)-sowie-Aenderung-des-Bundesmantelvertrages-Aerzte-Ersatzkassen-\(EKV\)-zur-weiteren-Umsetzung-der-Laborreform](https://www.aerzteblatt.de/archiv/61094/Aenderung-des-Bundesmantelvertrages-Aerzte-(BMV-Ae)-sowie-Aenderung-des-Bundesmantelvertrages-Aerzte-Ersatzkassen-(EKV)-zur-weiteren-Umsetzung-der-Laborreform) [17.01.2021]
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg.) (2007). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Deutscher Ärzte Verlag, 3. überarbeitete Auflage 2007, S. 239–254.

- GKV-Spitzenverband (2021). Psychiatrische Institutsambulanzen nach § 118 SGB V (PIA). Verfügbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/ambulant_stationaere_versorgung/psychiatrische_institutsambulanzen/psychiatrische_institutsambulanzen.jsp [17.01.2021]
- Grobe, T. G., Kleine-Budde, K., Bramesfeld, A., Thom, J., Bretschneider, J. & Hapke, U. (2019). Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routinedaten. *Gesundheitswesen* 2019; 81(12): 1011-1017, doi: 10.1055/a-0652-5424.
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020). Prävention: Darmkrebsfrüherkennung. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/praevention_darmkrebsfrueherkennung.php [17.01.2021]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2019). Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Verfügbar unter: <https://www.kbv.de/html/gutachterverfahren.php> [17.01.2021]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020a). Ab April höhere Vergütung für Kurzzeittherapien. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_45000.php [17.01.2021]
- KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung (2020b). Systemische Therapie startet am 1. Juli: Vergütung festgelegt. Verfügbar unter: https://www.kbv.de/html/1150_46599.php [17.01.2021]
- Statistisches Bundesamt (2020). Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011 – Fachserie 1 Reihe 1.3 – 2019 (vom Statistischen Bundesamt freundlicherweise vorab zur Verfügung gestellt). Verfügbar unter: www.gbe-bund.de unter > Rahmenbedingungen > Bevölkerung > Bevölkerungsstand [17.01.2021]

Autorenverzeichnis

Thomas G. Grobe, Dr. med., MPH, Leiter der Abteilung Gesundheitsberichterstattung und Biometrie, aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

Joachim Szecsenyi, Prof. Dr. med., Dipl.-Soz., Leiter des aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH in Göttingen.

