



# Inzidenztrends für 37 psychische Störungen bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung – Entwicklungen zwischen 2015 und 2022 mit Fokus auf Schizophrenie, Depressionen, tabakbezogenen und somatoformen Störungen sowie Schlaf- und Persönlichkeitsstörungen

Claudia Kohring • Milan Hartmann • Jakob Holstiege • Doreen Müller

DOI: 10.20364/VA-24.06

## Abstract

### Hintergrund

Psychische Störungen sind in zunehmendem Ausmaß Auslöser für Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrente und haben damit neben den individuellen auch erhebliche volkswirtschaftliche Folgen. Daten zum bevölkerungsbezogenen Neuerkrankungsrisiko einzelner psychischer Störungen oder zum gesamten Diagnosespektrum und dessen zeitliche Entwicklung sind kaum vorhanden. Ziel der vorliegenden Studie war es, diese Lücke mittels eines standardisierten Ansatzes zu schließen und für ein breites Spektrum psychischer und Verhaltensstörungen sowohl bundesweite als auch kleinräumige Inzidenztrends für Deutschland bereitzustellen.

### Methoden

Auf Basis der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V; Q1/2013-Q3/2023) wurde für 37 psychische und Verhaltensstörungen die rohe sowie die altersstandardisierte kumulative Diagnoseinzidenz pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre nach zwei Jahren diagnosefreier Vorbeobachtungszeit berechnet. Die Populationen unter Risiko für die ICD-10-Subkapitel F1-F6 bildeten je Berichtsjahr (2015-2022) GKV-Versicherte ab 18 Jahre, für die im Vorbeobachtungszeitraum keine Diagnose aus dem jeweiligen ICD-10-Subkapitel dokumentiert war. Die Diagnosevalidierung erfolgte entweder über eine als gesichert gekennzeichnete Diagnose und eine nochmalige Diagnosekodierung in einem der drei patientenindividuellen Folgequartale oder in Verbindung mit einer spezifischen abgerechneten Leistung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs. Für die Jahre 2020 bis 2022 wurde der beobachteten Inzidenz zusätzlich die erwartete Inzidenzentwicklung gegenübergestellt. Weiterhin werden rohe und altersstandardisierte Inzidenzwerte auf Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (N=17) sowie der Landkreise und kreisfreien Städte (N=401, Gebietsstand 31.12.2016) berichtet. Die Standardbevölkerung zur direkten Altersstandardisierung bildete die deutsche Bevölkerung ab 18 Jahre zum Stichtag 31.12.2022.

Korrespondierende Autorin: Claudia Kohring  
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi)  
Salzufer 8 – 10587 Berlin – Tel. (030) 2200 56133 – E-Mail: [CKohring@zi.de](mailto:CKohring@zi.de)



## Ergebnisse

Im Jahr 2022 wurde bei ca. 7,5 von 60,9 Millionen GKV-Versicherten ab 18 Jahre erstmalig nach zwei Jahren Diagnosefreiheit mindestens eine psychische bzw. Verhaltensstörung aus dem Diagnosebereich F10-F99 dokumentiert. Besonderer Fokus lag auf den jeweils häufigsten Störungen der ICD-10-Subkapitel F1-F6. Die Spannweite der Diagnoseinzidenz der 37 untersuchten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen reichte auf Ebene der ICD-Dreisteller 2022 von 3,3 (akute vorübergehende psychotische Störungen, F23) bis 598,2 je 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre (Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, F43). Die rohe kumulative Inzidenz für die sechs im Fokus des Berichts stehenden psychischen Störungen zeigte sich 2022 wie folgt: Für tabakbezogene psychische und Verhaltensstörungen (F17) lag sie bei 133/10.000 GKV-Versicherte (+7,5 % seit 2015), für Schizophrenien (F20) bei 7 (-12 %), für depressive Störungen (F32, F33) bei 434 (-11 %), für somatoforme Störungen (F45) bei 567 (-15 %), für nichtorganische Schlafstörungen (F51) bei 56 (+27 %) und für spezifische Persönlichkeitsstörungen bei 28 (-26 %). Es zeigten sich für nahezu alle untersuchten Diagnosen sowohl geschlechts- als auch altersgruppenspezifische Unterschiede des Neuerkrankungsrisikos. Ebenso waren zum Teil deutliche regionale Unterschiede zu beobachten.

## Schlussfolgerung

Die vorliegende Studie liefert erstmalig Erkenntnisse zu Inzidenztrends über einen Zeitraum von acht Jahren für ein breites Spektrum psychischer und Verhaltensstörungen für die erwachsene, gesetzlich krankenversicherte Bevölkerung in Deutschland. Vor dem Hintergrund fehlender Evidenz zu bevölkerungsbezogenen Neuerkrankungsrisiken aus Primärerhebungen für das vergangene Jahrzehnt, schließen die Ergebnisse eine Lücke im Wissensstand zur Entwicklung der psychischen Gesundheit. Sie können eine Diskussionsgrundlage für die Weiterentwicklung insbesondere der psychotherapeutischen Versorgung bilden.

## Schlagwörter

Abrechnungsdaten, affektive Störungen, Alkohol, Angststörung, Anorexie, Anpassungsstörung, Belastungsreaktion, bipolare Störungen, Bulimie, Cannabis, Depression, Essstörung, Impulskontrollstörung, Inzidenz, Manie, pathologisches Spielen, Persönlichkeitsstörung, Phobie, psychische Störungen, Schizophrenie, Schlafstörung, Schmerzstörung, somatoforme Störung, substanzbezogene Störungen, Tabak, Trend, wahnhaftige Störungen

## Zitierweise

Kohring C, Hartmann M, Holstiege J, Müller D. Inzidenztrends für 37 psychische Störungen bei Erwachsenen in der ambulanten Versorgung – Entwicklungen zwischen 2015 und 2022 mit Fokus auf Schizophrenie, Depressionen, tabakbezogenen und somatoformen Störungen sowie Schlaf- und Persönlichkeitsstörungen. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 24/06. Berlin 2024. <https://doi.org/10.20364/VA-24.06>

## Abstract (English)

### **Incidence trends for 37 mental disorders in adults in outpatient care - developments between 2015 and 2022 with a focus on schizophrenia, depression, tobacco-related and somatoform disorders as well as sleep and personality disorders**

#### **Background**

Mental disorders are increasingly leading to incapacity for work and reduced earning capacity pensions and therefore have not only individual but also considerable economic consequences. There is little data on the population-related risk of newly diagnosed mental disorders or on the entire spectrum of these diagnoses and their development over time. The aim of this study was to close this gap by using a standardized approach and thus provide both nationwide and small-scale incidence trends for Germany for a broad spectrum of mental and behavioral disorders for the period 2015 to 2022.

#### **Methods**

The crude and age-standardized cumulative incidence per 10,000 persons with statutory health insurance (SHI) aged 18 and over was calculated for 37 diagnosed mental and behavioral disorders after a two-year diagnosis-free observation period on the basis of the billing data from SHI-accredited physicians and psychotherapists in accordance with Section 295 of the Fifth Book of the German Social Code (SGB V; Q1/2013-Q3/2023). The populations at risk for ICD-10 subsections F1-F6 for each reporting year (2015-2022) were SHI-insured persons aged 18 and over for whom no diagnosis from the respective ICD-10 subsection was documented in the previous two-year observation period. The diagnoses were validated either via a diagnosis marked as “assured” and at least one confirmatory diagnosis coding in one of the three patient-related follow-up quarters or in connection with a specific billed service of the Uniform Value Scale. For the years 2020 to 2022, the observed incidence was also compared with the expected incidence trend based on the values of the pre-pandemic period. Crude and age-standardized incidence values are also reported at the level of the Associations of Statutory Health Insurance Physicians (N=17) as well as of districts and independent cities (N=401, as of 31.12.2016). The standard population for the direct age standardization was the German population aged 18 and over (reference date: 31.12.2022).

#### **Results**

In 2022, around 7.5 out of 60.9 million SHI-insured persons aged 18 and over had at least one mental or behavioral disorder from the F10-F99 diagnosis range documented for the first time after two years without a diagnosis. Special focus was given to the most common disorders of the ICD-10 subsections F1-F6. In 2022, the crude cumulative incidence of the 37 diagnoses or diagnosis groups examined ranged from 3.3 for acute transient psychotic disorders (F23) to 598.2 for reactions to severe stress and adjustment disorders (F43) per 10,000 SHI-insured persons aged 18 and over at level of the ICD-10 three-digit codes. The crude cumulative incidence for the six mental disorders in the focus of the report was as follows in 2022: For tobacco-related mental and behavioral disorders (F17), it was 133/10,000 SHI-insured persons aged 18 and over (+7.5 % compared to 2015), for schizophrenia (F20) 7 (-12 %), for depressive disorders (F32, F33) 434 (-11 %), for somatoform disorders (F45) 567 (-15 %), for non-organic sleep disorders (F51) 56 (+27 %) and for specific personality disorders 28 (-26 %). For almost all diagnoses under study, there were both sex- and age-group-specific differences in the risk of newly diagnosed cases. In addition, there were considerable regional differences for some of the diagnoses or diagnosis groups, respectively.

#### **Conclusion**

This study is the first to provide findings on incidence trends over an eight-year period for a broad spectrum of mental and behavioral disorders for the adult population with statutory health insurance in Germany. Against the background of a lack of evidence about the population-related risk of new cases of mental disorders from primary surveys over the last decade, the results close a knowledge gap about the development of mental health in the population. The results at hand can form a basis for discussion for the further development of psychotherapeutic care in particular.

## Keywords

adaptive disorders; affective disorders; alcohol; anorexia; anxiety disorders; bipolar disorders; bulimia; cannabis; claims data; delusional disorders; depressive disorders; eating disorders; gambling addiction; impulsive control disorder; incidence; insomnia; mania; mental disorders; mood disorders; pain disorders; personality disorders; phobia; schizophrenia; sleep disorders; somatoform disorders; stress disorders; substance-related disorders; tobacco, trend

## Citation

Kohring C, Hartmann M, Holstiege J, Müller D. Incidence trends for 37 mental disorders in adults in outpatient care - developments between 2015 and 2022 with a focus on schizophrenia, depression, tobacco-related and somatoform disorders as well as sleep and personality disorders. Central Research Institute of Ambulatory Health Care in Germany (Zi). Versorgungsatlas-Report Nr. 24/06. Berlin 2024. URL: <https://doi.org/10.20364/VA-24.06>

## Kernaussagen

- Die höchsten Diagnoseinzidenzen waren durchgängig für somatoforme Störungen, Belastungsreaktionen und Anpassungsstörungen sowie Depressionen zu beobachten.
- Über den Untersuchungszeitraum von acht Jahren zeigten sich teilweise unterschiedliche Trendverläufe zwischen und innerhalb der unterschiedlichen ICD-10-Subkapitel *F1-F6*.
- Es bestehen bei den meisten untersuchten psychischen Störungen ausgeprägte und zeitbeständige Unterschiede der altersgruppen- und geschlechtsspezifischen Diagnoseinzidenz.

## Hintergrund

Die mentale Gesundheit und ihre Bedeutung auf individueller sowie gesellschaftlicher Ebene ist in den vergangenen Jahrzehnten und insbesondere zuletzt im Kontext der Corona-Pandemie und den sich zeitlich überschneidenden bzw. anschließenden Krisen zunehmend in den Fokus der Fach- aber auch Laienöffentlichkeit gerückt. Dieser Prozess wurde und wird durch eine zunehmende Entstigmatisierung psychischer Störungen begleitet (1,2). Die enormen gesamtgesellschaftlichen Konsequenzen psychischer Störungen spiegeln sich Jahr für Jahr in hohen Arbeitsunfähigkeits- und Erwerbsminderungsrentenzahlen sowie u. a. damit verbundenen direkten und indirekten Kosten wider, die auf psychische Störungen zurückzuführen waren (3–7). Wenngleich der Aspekt der Arbeitsunfähigkeit aufgrund psychischer Störungen gut belegt ist, ist die epidemiologische Beschreibung psychischer Störungen in ihrer Gesamtheit unvollständig – auch weil in bevölkerungsbezogenen Surveys oftmals nicht zwischen psychischen Auffälligkeiten und behandlungsbedürftigen psychischen Störungen differenziert wird (8,9). Dagegen können Routinedatenanalysen nur denjenigen Bevölkerungsteil abbilden, bei dem im Rahmen psychotherapeutischer bzw. medizinischer Versorgung eine entsprechende Diagnose dokumentiert wurde.

Die mittlerweile über zehn Jahre alten, aber nach wie vor aktuellsten populationsbezogenen Primärdaten zur Krankheitslast der Gesamtheit psychischer Störungen in der erwachsenen Bevölkerung in Deutschland liefert die *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1-MH, 2009-2012)* (8,9): Die Jahresprävalenz psychischer Störungen insgesamt (ohne Nikotinabhängigkeit) lag bei schätzungsweise fast 28 %

der 18- bis 79-Jährigen; verglichen mit dem früheren *Bundesgesundheitsurvey (BGS98, 1998)* gab es keinen statistisch signifikanten Anstieg der Gesamtprävalenz. Die höchsten Prävalenzen in *DEGS1-MH* wurden für substanzbezogene Störungen (17 %, ohne Nikotinabhängigkeit: 6 %), Angststörungen (15 %) sowie affektive Störungen (10 %) ermittelt (9). Neuere Sekundärdatenanalysen für den Zeitraum 2012 bis 2022 zum Gesamtspektrum diagnostizierter psychischer Störungen basieren auf den bundesweiten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigungen: Über alle Altersgruppen hinweg stieg die Diagnoseprävalenz (M1Q<sup>1</sup>) von 33 % auf 38 % (M2Q<sup>2</sup>: von 22 % auf 27 %) unter den gesetzlich Krankenversicherten aller Altersgruppen (10). Die Datenlage zur Inzidenz ist überwiegend auf einzelne psychische Störungen in bestimmten Settings oder Bevölkerungsgruppen begrenzt und selbst für zwei der häufigsten Störungen, Angststörungen und Depressionen, stark limitiert (11–15). Die Erstmanifestation einer psychischen Störung tritt durchschnittlich im jungen Erwachsenenalter auf, bei Männern mit 19 Jahren und bei Frauen mit 20 Jahren (16). Zwischen den unterschiedlichen Störungsbildern variiert das Alter des ersten Auftretens allerdings stark: Phobien und Trennungsangst treten im Median im Alter von acht Jahren erstmalig auf; psychotische Störungen mit einem Medianalter von 35 Jahren (17). Zur Verbesserung der Datenlage

- 1 M1Q: Diagnose mit dem Zusatzkennzeichen „gesichert“ in mindestens einem Quartal des Kalenderjahres
- 2 M2Q: Diagnose mit dem Zusatzkennzeichen „gesichert“ in mindestens zwei Quartalen des Kalenderjahres

zur psychischen Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland wird am Robert Koch-Institut (RKI) seit 2019 eine nationale Mental Health Surveillance aufgebaut (18), Inzidenzdaten für die konsentierten prioritären psychischen Störungen sind allerdings bislang nicht verfügbar.

Während für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen Inzidenztrends diagnostizierter psychischer Störungen, Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bereits durch den Versorgungsatlas publiziert wurden (19), sind Daten zur Inzidenz eines umfassenden Spektrums psychischer Störungen und Risikoveränderungen im Zeitverlauf für die erwachsene, gesetzlich krankenversicherte Bevölkerung in Deutschland nicht verfügbar. Vor diesem Hintergrund soll erstmalig ein umfassendes Spektrum neu diagnostizierter psychischer Störungen systematisch und standardisiert auf einer einheitlichen Datenbasis untersucht werden. Ziel der vorliegenden Studie ist die Abbildung von Inzidenztrends und regionalen Variationen von 37 verschiedenen psychischen und Verhaltensstörungen im Zeitraum 2015 bis 2022. Im Fokus des Berichts stehen dabei die häufigsten Störungen ihres jeweiligen ICD-10-Subkapitels (F1-F6). Die Studie erlaubt auch eine Einordnung der Entwicklung der eingeschlossenen Erstdiagnosen im zeitlichen Zusammenhang mit den von der Corona-Pandemie geprägten Jahren 2020 bis 2022.

## Methodik

### Datenbasis und Charakterisierung der Studienpopulation

Grundlage der vorliegenden Studie waren die bundesweiten vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Abrechnungsdaten gemäß § 295 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) des Zeitraums vom ersten Quartal 2013 bis zum dritten Quartal 2023. Dieser administrative Datensatz umfasst alle gesetzlich versicherten Personen in Deutschland, die im entsprechenden Jahr mindestens einen abrechnungsfähigen vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Kontakt hatten. Neben Informationen zum einzelnen Behandlungsfall (z. B. Diagnosen, abgerechnete Leistungen, Leistungserbringende, Praxis), enthalten die Daten auch soziodemografische Basisangaben der Versicherten (z. B. Alter, Geschlecht, Kreis des Wohnorts).

Die Studienpopulation zur Berechnung der Diagnoseinzidenz bilden alle gesetzlich versicherten Personen ab 18 Jahre mit mindestens einem

vertragsärztlichen bzw. -psychotherapeutischen Kontakt im jeweiligen Berichtsjahr sowie zwei Jahre vorher, so dass ein diagnosefreier Vorbeobachtungszeit von zwei Jahren angenommen werden kann.

### Diagnoseauswahl

Einleitend wird die relative Verteilung validierter Erstdiagnosen aus dem Diagnosebereich F10-F99 für die Jahre 2015 und 2022 beschrieben. Die Auswahl der in die Studie eingeschlossenen Diagnosen (**Tabelle 1**) erfolgte mit fachlicher Unterstützung durch Mitglieder des Mainzer Psychoanalytischen Instituts und Mitarbeitende des Fachgebiets „Psychische Gesundheit“ am Robert Koch-Institut. Der Fokus des vorliegenden Berichts liegt auf den häufigsten psychischen Störungen ihres ICD-10-Subkapitels (F1-F6) zu Beginn des Untersuchungszeitraums: *Tabakbedingte psychische und Verhaltensstörungen (F17), Schizophrenie (F20), depressive Störungen (F32–F33), somatoforme Störungen (F45), nicht-organische Schlafstörungen (F51) und spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)*. Die Ergebnisse zu den anderen eingeschlossenen Störungsbildern finden sich in **Tabelle A-2, Abbildung A-2, Abbildung A-3, Abbildung A-4, Abbildung A-5** sowie im interaktiven Bereich des Versorgungsatlas unter [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de). Ergebnisse auf ICD-10-Dreistellerebene umfassen immer alle untergeordneten vier- bzw. fünfstellige Diagnosecodes.

### Bestimmung der Risikopopulationen

Die Risikopopulationen (Nenner) für die jahresweisen Inzidenzberechnungen bildeten alle GKV-Versicherten ab einem Alter von 18 Jahren mit abrechnungsfähigem Kontakt im sowie zwei Jahre vor dem jeweiligen Berichtsjahr, so dass sie mindestens zwei Jahre vorbeobachtbar waren und bei denen in diesem Zeitraum keine Diagnose aus dem jeweiligen ICD-10-Subkapitel (**Tabelle 1**) mit der Kennzeichnung „gesichert“ oder „Zustand nach“ dokumentiert worden war. Die Risikopopulationen für die untersuchten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen aus unterschiedlichen ICD-10-Subkapiteln sind daher nicht identisch. Die Zugrundelegung der jeweiligen ICD-10-Subkapitel für die Inzidenzberechnung erfolgte basierend auf der Annahme, dass innerhalb dieser Subkapitel ähnliche Erkrankungen mit teilweise klinischen Schnittmengen klassifiziert sind und diese ein standardisiertes Vorgehen erlauben, um ein breites Diagnosespektrum abbilden zu können.

**Tabelle 1:** Auswahl der Diagnosen bzw. Diagnosegruppen, basierend auf den gemäß der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision, German Modification (ICD-10-GM) dokumentierten Diagnoseschlüssel. Die in der vorliegenden Studie fokussierten Diagnosen sind fett hervorgehoben.

ICD-10-Subkapitel	Diagnoseauswahl und ggf. Gruppierung aus dem ICD-10-Subkapitel		
	3-Steller	4-Steller	
Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1: F10–F19)	Alkohol (F10)		
	Andere psychotrope Substanzen (F11, F13–F16, F18–F19)		
	Cannabinoide (F12)		
	<b>Tabak (F17)</b>		
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2: F20–F29)	<b>Schizophrenie (F20)</b>		
	Anhaltende wahnhaftige Störungen (F22)		
	Akute vorübergehende psychotische Störungen (F23)		
Affektive Störungen (F3: F30–F39)	Manien / bipolare Störungen (F30, F31)		
	<b>Depressive Störungen (F32, F33)</b>		
	Anhaltende affektive Störungen (F34)	Dysthymie (F34.1)	
	Phobische Störungen (F40)		
	Andere Angststörungen (F41)		
	Zwangsstörungen (F42)		
		Akute Belastungsreaktion (F43.0)	
Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4: F40–F48)	Reaktion auf schwere Belastungen / Anpassungsstörungen (F43)	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	
		Anpassungsstörungen (F43.2)	
		[Undifferenzierte] Somatisierungsstörung (F45.0, F45.1)	
		Hypochondrische Störung (F45.2)	
	<b>Somatoforme Störungen (F45)</b>	Somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)	
		Anhaltende Schmerzstörung (F45.4)	
		Sonstige und n.n.b. somatoforme Störungen (F45.8, F45.9)	
	Andere neurotische Störungen (F48)	Neurasthenie (F48.0)	
	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5: 50–59)	Essstörungen (F50)	Anorexie (F50.0, F50.1) Bulimie (F50.2, F50.3)
			Sonstige / n.n.b. (F50.8, F50.9)
		Insomnie (F51.0)	
<b>Nichtorganische Schlafstörungen (F51)</b>		Hypersomnie (F51.1)	
		Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus (F51.2)	
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F6: F60–F69)	<b>Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)</b>		
	Abnorme Gewohnheiten / Impulskontrollstörungen (F63)	Pathologisches Spielen (F63.0)	

### Falldefinition und Diagnosevalidierung

GKV-Versicherte ab 18 Jahre werden in einem Berichtsjahr als inzident an einer der untersuchten psychischen Störung (**Tabelle 1**) erkrankt gezählt, sofern sie die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a. keine Diagnose aus dem jeweiligen ICD-10-Subkapitel (*F1-F6*) aus **Tabelle 1** mit dem Zusatzkennzeichen G (gesichert) oder Z (Zustand nach) im zweijährigen Vorbeobachtungszeitraum des jeweiligen Berichtsjahres
- b. gesicherte Diagnose entsprechend der Diagnoseauswahl aus **Tabelle 1** im Berichtsjahr, die entweder in einem der patientenindividuellen drei Folgequartalen nochmals bestätigt wurde (rollierendes M2Q-Kriterium, nachfolgend: M2QR) oder für die im Diagnosequartal bzw. dem ersten Folgequartal eine entsprechende ärztliche oder psychotherapeutische Leistung abgerechnet worden war (M1Q + GOP [Gebührenordnungsposition], **Tabelle A-1**).

Patient\*innen konnten ggf. in späteren Berichtsjahren erneut als neu erkrankte Fälle für dieselbe Diagnose erfasst werden, sofern sie vor diesem späteren Berichtsjahr die diagnosefreie Vorbeobachtungszeit von zwei Jahren entsprechend der beschriebenen Falldefinition erneut erfüllten. Aus der Beschränkung auf die ICD-10-Subkapitel ergibt sich, dass Patient\*innen im gleichen Berichtsjahr auch als neu erkrankt für Diagnosen aus einem anderen ICD-10-Subkapitel gezählt werden konnten. Sofern in einem Berichtsjahr mehrere der untersuchten Diagnosen aus dem gleichen ICD-10-Subkapitel erstmalig dokumentiert wurden, zählten diese Personen für alle einzelnen drei- bzw. vierstelligen Diagnosen, bei denen sie die Falldefinition erfüllten, als inzidente Patient\*innen, in aggregierten Diagnosegruppen zählten sie jedoch nur einmalig.

### Inzidenzberechnung

Für die in **Tabelle 1** aufgeführte Diagnoseauswahl wird jeweils die rohe und altersstandardisierte kumulative jährliche Inzidenz pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre für die Jahre 2015 bis 2022 insgesamt sowie für Frauen und Männer getrennt bestimmt. Die Standardbevölkerung

für die direkt altersstandardisierten Werte bildet die deutsche Bevölkerung ab 18 Jahre zum Stichtag 31.12.2022 (20). Im Falle von Diagnosen, die entweder auf Dreistellerebene aggregiert wurden oder mehrere dreistellige Diagnosen zusammenfassen, wurde jedes Individuum nur einmalig gezählt.

Für die Auswertungen wurden folgende Altersgruppen gebildet: *18–24 Jahre, 25–29 Jahre, 30–34 Jahre, 35–39 Jahre, 40–44 Jahre, 45–49 Jahre, 50–54 Jahre, 55–59 Jahre, 60–64 Jahre, 65–69 Jahre, 70–74 Jahre, 75–79, 80–84 Jahre sowie 85 Jahre und älter*. Neben der bundesweiten Inzidenz werden regionale Vergleiche auf Basis der Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) und der Landkreise und kreisfreien Städte (Stand: 31.12.2016) dargestellt. Aus Datenschutzgründen können Ergebnisse, die sich auf Gruppen mit weniger als 30 Personen beziehen, nicht veröffentlicht werden. Daher liegen für einige der ausgewerteten Diagnosen bzw. Diagnosegruppen keine kreisspezifischen Daten vor. Aussagen zur (Diagnose-)Inzidenz bzw. Erstdiagnosen beziehen sich im Kontext dieser Arbeit stets auf neu dokumentierte Diagnosen nach zweijähriger diagnosefreier Vorbeobachtungszeit.

### Statistische Auswertungen

Für die Jahre 2020 bis 2022 wurden zusätzlich zur beobachteten Diagnoseinzidenz der einzelnen Diagnosen bzw. Diagnosegruppen die Erwartungswerte auf Basis des Trends der Vorjahre 2015 bis 2019 extrapoliert. Der erste Erwartungswert wurde anhand der jährlichen mittleren relativen Veränderung, basierend auf den Jahresinzidenzwerten des Zeitraums 2015 bis 2019, berechnet. Ein zweiter Erwartungswert wurde mittels exponentieller Glättung berechnet, das heißt Werte der jüngeren Vergangenheit werden entsprechend des gewählten Glättungsfaktors höher gewichtet als ältere Werte. Der Glättungsfaktor  $\alpha$  wurde auf 0,25 festgesetzt.

Zur Beschreibung der regionalen Variation wurden als Streuungsmaße zum einen der Variationskoeffizient (VK) als Quotient aus Standardabweichung und Mittelwert und zum anderen der Extremalquotient (EQ) berechnet, der sich durch Division des Maximalwerts und des Minimalwerts ergibt.

Ergebnisse

Im Jahr 2022 nahmen 60,9 Millionen GKV-Versicherte ab 18 Jahre vertragsärztliche bzw. -psychotherapeutische Leistungen in Anspruch, von denen 88 % mindestens zwei Jahre vorbeobachtbar waren. Dieser Anteil war über den Untersuchungszeitraum konstant (Tabelle 2). Die vorbeobachtbare Studienpopulation war im Jahr 2022 im Median 54 Jahre alt (IQR: 37-68, 2015: 52 [36-68]).

Insgesamt wurde im Jahr 2022 bei 7.517.642 erwachsenen GKV-Versicherten mindestens eine validierte Erstdiagnose aus dem Diagnosebereich F10-F99 entsprechend der beschriebenen Falldefinition dokumentiert (2015: 7.723.689

GKV-Versicherte, -2,7 %). Die meisten Erstdiagnosen bei diesen Patient\*innen entfielen auf das Kapitel der *neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (F4)*, gefolgt von *affektiven Störungen (F3)*. Diese Verteilung über die einzelnen dreistelligen Diagnosen zeigte sich im Vergleich der Jahre 2015 und 2022 weitestgehend stabil (Abbildung 1). Aufgrund ihrer hohen Anteile an allen Erstdiagnosen sind insbesondere *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen (F43, 2015: 24 %, 2022: 29 %)*, somatoforme Störungen (F45, 2015: 31 %, 2022: 27 %) sowie *depressive Episoden (F32, 2015: 20 %, 2022: 18 %)* hervorzuheben. Hinsichtlich des Alters ist festzuhalten, dass die Patient\*innen mit mindestens einer erstmaligen Diagnose aus dem Bereich F10-F99 etwas jünger waren als die vorbeobachtbare Studienpopulation (2015: 49 Jahre

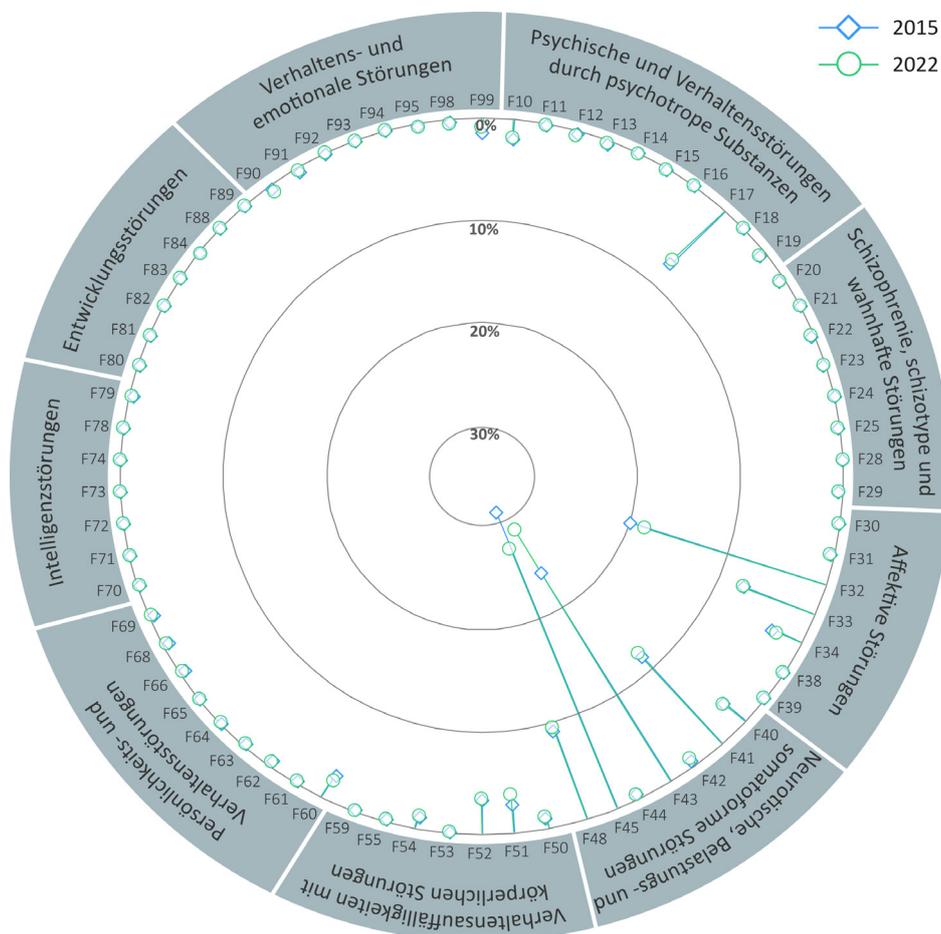
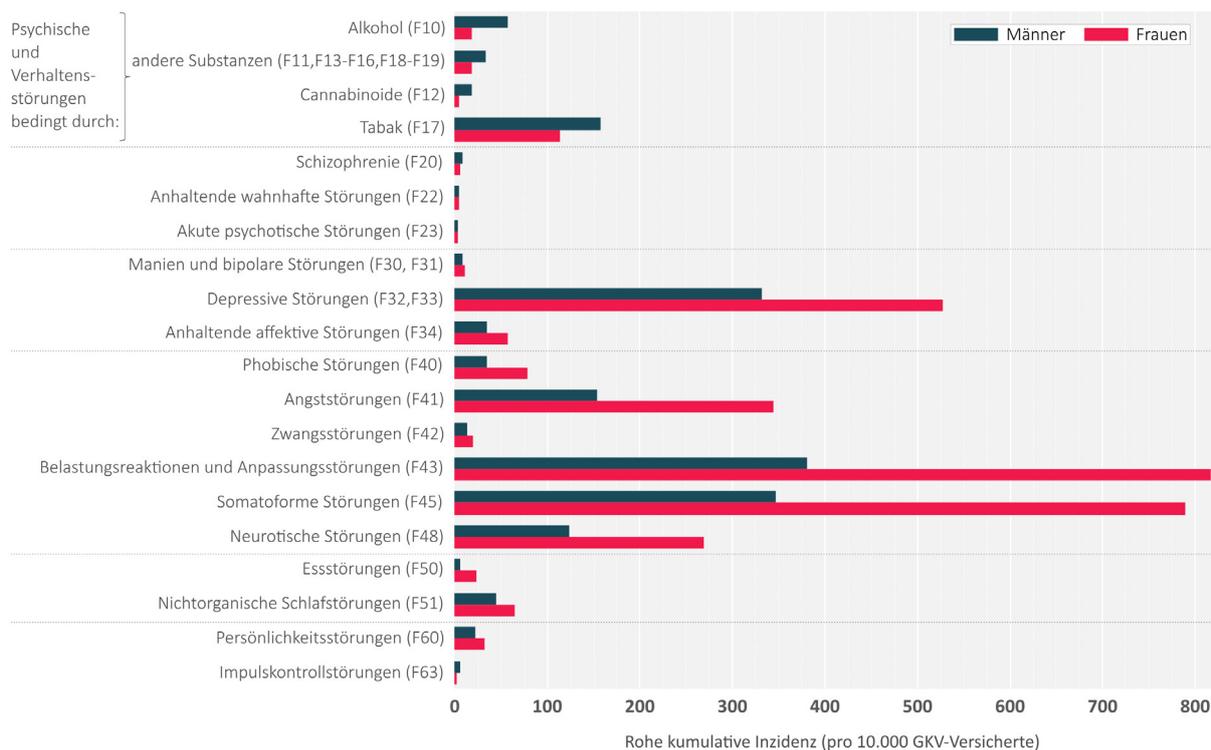


Abbildung 1: Anteil der Patient\*innen mit einer jeweiligen Erstdiagnose (ICD-3-Steller) aus dem Bereich der psychischen Störungen (F10-F99) an allen gesetzlich krankenversicherten Patient\*innen, bei denen im Jahr 2015 (N=7.723.689) bzw. 2022 (N=7.517.642) nach zwei diagnosefreien Vorjahren erstmalig eine psychische Störung diagnostiziert wurde (mehrere Erstdiagnosen pro Jahr möglich). Erstdiagnosen, deren Anteil < 5 Prozent beträgt, sind im Anhang (Abbildung A-1) dargestellt.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.



**Abbildung 2:** Geschlechtsspezifische rohe kumulative Inzidenz (pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre) der eingeschlossenen psychischen Störungen (auf Ebene der ICD-10-Dreisteller) für das Jahr 2022. Eine entsprechende Darstellung der vierstelligen Diagnosen findet sich in **Abbildung A-2**.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

[IQR: 34-61], 2022: 49 [34-62]). Bei der Differenzierung nach ICD-10-Subkapitel zeigten sich weitere Unterschiede: Das niedrigste Medianalter war bei Patient\*innen mit Erstdiagnosen aus dem Bereich *F8* beobachtbar (2015: 32 Jahre [21-55], 2022: 30 [21-51]), das höchste Medianalter dagegen war bei Patient\*innen mit Erstdiagnosen aus dem Kapitel *F2* zu verzeichnen (2015: 52 Jahre [37-71], 2022: 55 [37-72]).

Insgesamt zeigten sich zum Teil erhebliche Geschlechtsunterschiede nach Inzidenzberechnung (**Abbildung 2, Abbildung A-2**). Diese sind mit höheren Inzidenzwerten bei Frauen am deutlichsten in den Subkapiteln *Affektive Störungen (F3)* und *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)* ausgeprägt. Nur im Subkapitel *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F1)* sowie beim *pathologischen Spielen (F63.0)* wiesen Männer höhere Inzidenzwerte auf.

Die kumulative Inzidenz pro 10.000 GKV-Versicherte wurde für alle in **Tabelle 1** gelisteten Diagnosen bzw. zusammengefassten Diagnosegruppen berechnet. Im Fokus dieser Arbeit stehen nachfolgend die Störungen mit der höchsten Inzidenz ihres ICD-10-Subkapitels, Ergebnisse für die übrigen Diagnosen finden sich im Anhang in **Tabelle A-2** sowie im interaktiven Teil unter [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de).

### Bundesweite Inzidenzentwicklung der rohen Inzidenz ausgewählter Diagnosen

Im Subkapitel *F1* war die höchste rohe Inzidenz durchgängig bei *tabakbedingten Störungen (F17)* zu verzeichnen. Nach einem Inzidenzanstieg zwischen 2015 und 2019 war 2020 zunächst ein kurzzeitiger Rückgang mit anschließendem Wiederanstieg aber noch unklarer Tendenz beobachtbar (**Tabelle 2, Abbildung 3**). Insgesamt betrug die relative Zunahme zwischen 2015 und 2022 7,5 % (2015: 123,5/10.000; 2022: 132,8),

**Tabelle 2:** Übersicht über Größe (absolute Anzahl) und Entwicklung der gesamten und der zwei Jahre vorbeobachtbaren Studienpopulation vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Patient\*innen sowie der jeweiligen Population unter Risiko für die ICD-10-Subkapitel F1-F6 im Untersuchungszeitraum 2015 bis 2022 sowie die absolute Anzahl (n) der häufigsten neu diagnostizierten psychischen und Verhaltensstörungen der ICD-10-Subkapitel F1-F6 inklusive des prozentualen Anteils an Frauen und die rohe kumulative Diagnoseinzidenz (pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre) insgesamt sowie für Frauen und Männer getrennt im Untersuchungszeitraum.

	Untersuchungsjahr								
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
<b>Studienpopulation, insgesamt</b>	58.538.501	58.951.514	59.378.559	60.246.597	59.649.060	59.287.505	60.213.158	60.928.651	
<b>Studienpopulation, vorbeobachtbar</b>	51.872.263	52.074.555	52.394.459	52.873.895	53.121.491	53.058.712	53.776.304	53.679.714	
<b>ICD-Subkapitel: F10-F19</b>									
<b>Risikopopulation</b>	46.607.532	44.917.989	43.890.755	42.983.670	41.945.353	40.841.891	40.471.607	39.663.815	
<b>Tabakbedingte psychische und Verhaltensstörungen (F17)</b>									
n	575.754	596.524	582.482	582.170	595.547	529.797	558.135	526.742	
Anteil Frauen, %	51,0	50,8	50,1	49,5	49,0	48,6	47,9	48,2	
Roh	Gesamt	123,5	132,8	132,7	135,4	142,0	129,7	137,9	132,8
	Frauen	109,2	116,6	115,3	116,9	121,7	110,4	116,8	113,6
	Männer	143,1	155,1	156,3	160,3	169,1	155,5	165,5	157,7
<b>ICD-Subkapitel: F20-F29</b>									
<b>Risikopopulation</b>	51.074.920	51.281.795	51.603.221	52.091.544	52.351.096	52.297.948	53.025.035	52.943.134	
<b>Schizophrenie (F20)</b>									
n	40.826	41.307	39.722	40.156	40.243	38.779	38.206	37.349	
Anteil Frauen, %	52,4	52,5	51,9	51,6	50,9	50,8	50,6	50,4	
Roh	Gesamt	8,0	8,1	7,7	7,7	7,7	7,4	7,2	7,1
	Frauen	7,4	7,5	7,1	7,1	7,0	6,8	6,6	6,4
	Männer	8,8	8,8	8,5	8,5	8,5	8,3	8,0	7,8
<b>ICD-Subkapitel: F30-F39</b>									
<b>Risikopopulation</b>	41.535.183	41.478.546	41.519.382	41.793.259	41.966.972	41.890.940	42.591.355	42.481.344	
<b>Depressive Störungen (F32, F33)</b>									
n	2.022.828	2.091.664	1.958.622	1.873.668	1.861.533	1.774.314	1.830.365	1.844.551	
Anteil Frauen, %	65,5	65,5	65,0	64,4	64,0	64,1	64,2	63,7	
Roh	Gesamt	487,0	504,3	471,7	448,3	443,6	423,6	429,8	434,2
	Frauen	596,6	618,6	576,6	545,9	537,5	513,9	525,0	527,2
	Männer	361,1	373,2	352,6	338,6	338,5	322,3	324,4	331,7
<b>ICD-Subkapitel: F40-F48</b>									
<b>Risikopopulation</b>	36.222.347	36.020.941	36.017.230	36.180.011	36.210.341	35.980.446	36.480.979	36.253.089	
<b>Somatiforme Störungen (F45)</b>									
n	2.409.067	2.509.006	2.336.645	2.227.437	2.182.143	2.150.714	2.122.583	2.056.277	
Anteil Frauen, %	70,8	70,6	70,4	70,1	69,6	69,7	69,8	69,4	
Roh	Gesamt	665,1	696,5	648,8	615,7	602,6	597,8	581,8	567,2
	Frauen	923,1	965,1	900,0	854,9	832,8	826,0	810,9	788,9
	Männer	396,5	417,5	389,7	371,5	368,8	365,6	352,3	346,3
<b>ICD-Subkapitel: F50-F59</b>									
<b>Risikopopulation</b>	49.038.466	49.145.600	49.387.857	49.776.709	49.939.081	49.810.314	50.480.940	50.338.464	
<b>Nichtorganische Schlafstörungen (F51)</b>									
n	215.959	232.431	244.160	256.131	266.560	265.566	278.099	281.391	
Anteil Frauen, %	67,2	67,5	66,4	65,6	64,9	64,9	64,8	64,6	
Roh	Gesamt	44,0	47,3	49,4	51,5	53,4	53,3	55,1	55,9
	Frauen	51,9	55,9	57,8	59,7	61,3	61,3	63,7	64,4
	Männer	33,6	35,8	38,5	40,8	43,1	43,0	44,1	45,1

	Untersuchungsjahr							
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Studienpopulation, insgesamt	58.538.501	58.951.514	59.378.559	60.246.597	59.649.060	59.287.505	60.213.158	60.928.651
Studienpopulation, vorbeobachtbar	51.872.263	52.074.555	52.394.459	52.873.895	53.121.491	53.058.712	53.776.304	53.679.714
ICD-Subkapitel: F60–F69								
Risikopopulation	50.404.227	50.567.538	50.836.848	51.287.972	51.543.356	51.508.869	52.250.088	52.185.838
Spezifische Persönlichkeitsstörungen (F60)								
n	189.034	197.809	185.195	173.462	165.637	153.652	148.241	144.531
Anteil Frauen, %	61,5	62,0	62,3	62,3	62,1	62,4	63,5	63,5
Roh	Gesamt	37,5	39,1	36,4	33,8	32,1	29,8	27,7
	Frauen	41,0	43,1	40,5	37,8	35,9	33,5	31,9
	Männer	33,1	34,0	31,2	28,9	27,5	25,3	22,6

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

bei Betrachtung nur bis 2019 lag der Anstieg bei 14,9 % (2019: 142,0). Auf Basis der Trendfortschreibung nach 2019 mittels exponentieller Glättung wäre mit einer Stagnation der Inzidenz zu rechnen gewesen, während unter Nutzung der mittleren jährlichen Veränderung ein weiterer Anstieg zu erwarten gewesen wäre (**Abbildung 3**).

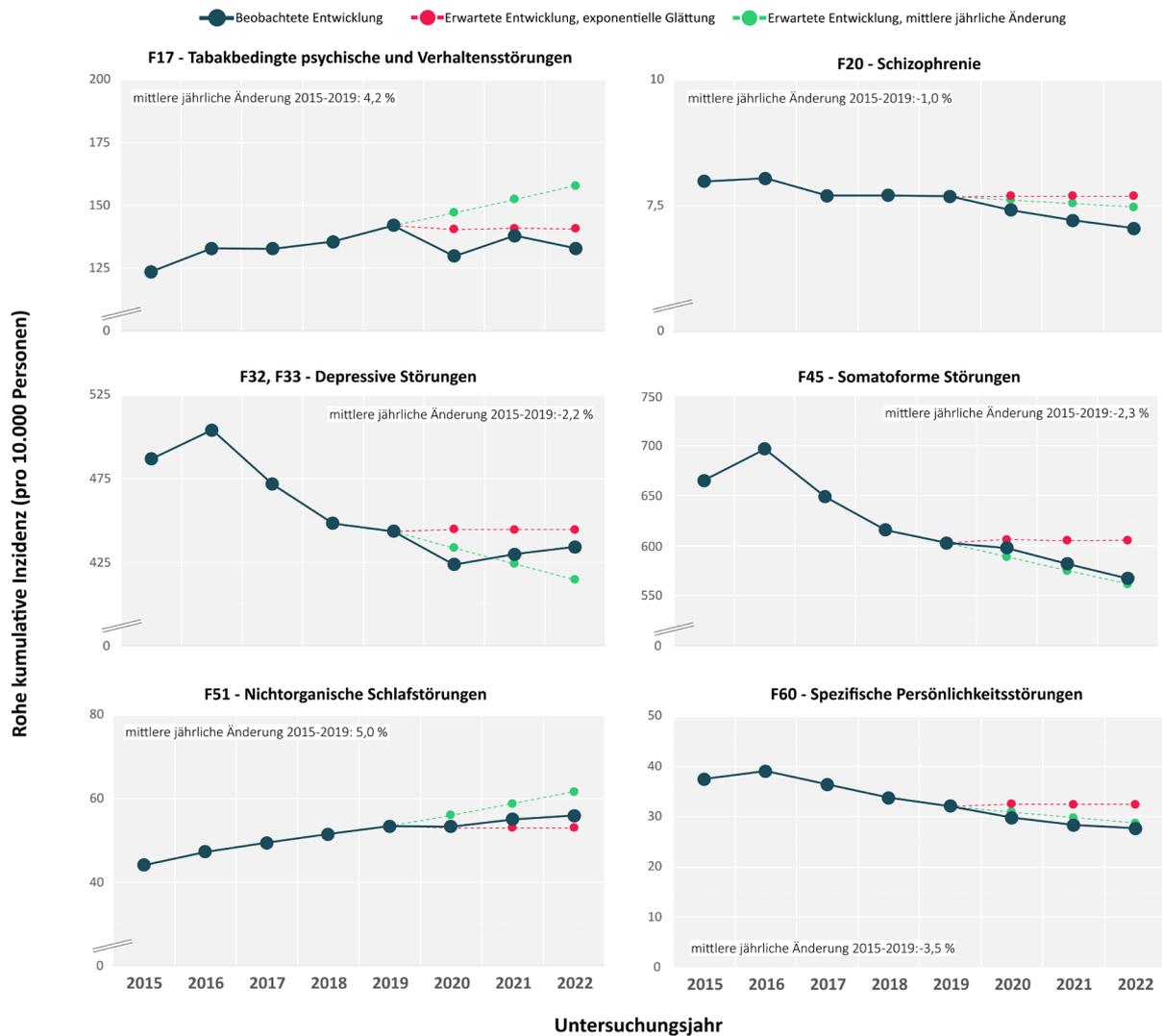
Bei den *Schizophrenien, schizotypen und wahnhaften Störungen (F2)* zeigte sich die höchste Inzidenz bei *Schizophrenien (F20)*, wobei diese durch einen nahezu kontinuierlichen Rückgang im Studienzeitraum gekennzeichnet war (-12 %; 2015: 8,0/10.000; 2022: 7,1; **Tabelle 2**). Betrachtet man nur den Zeitraum bis einschließlich 2019, lag der Rückgang bei 4 % und einer durchschnittlichen mittleren Veränderung von -1 %; darauf basierend wäre in den Folgejahren ein weiterer Rückgang auf etwas niedrigerem Niveau als schließlich beobachtet zu erwarten gewesen. Die Extrapolation durch exponentielles Glätten hätte dagegen eine Stagnation erwarten lassen (**Abbildung 3**).

Unter den *affektiven Störungen (F3)* hatten *depressive Störungen (F32, F33)* mit deutlichem Abstand die höchste Inzidenz über den gesamten Zeitraum. Im Jahr 2016 lag die Inzidenz bei einem Höchstwert von 504,3 je 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre, anschließend sank sie kontinuierlich bis auf 423,6/10.000 im Jahr 2020 und stieg danach wieder an (**Tabelle 2, Abbildung 3**). Insgesamt lässt sich der Rückgang zwischen 2015 und 2022 auf fast 11 % (2015: 487,0; 2022: 434,2) beziffern, während es bis 2019 -9 % waren. Die

erwartete Entwicklung wäre entweder ein weiterer Rückgang oder aber das Verbleiben auf einem eher konstanten Niveau gewesen (**Abbildung 3**).

Bei den neurotischen, *Belastungs- und somatoformen Störungen (F4)* hatten die *somatoformen Störungen (F45)* bis einschließlich 2020 die höchste Inzidenz, erst in den letzten beiden Untersuchungsjahren wurde diese von der Inzidenz der *Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)* übertroffen (**Abbildung 1**). Insgesamt zeichnete sich bei somatoformen Störungen seit 2016 ein stetiger Inzidenzrückgang ab (**Tabelle 2, Abbildung 3**), zwischen 2015 und 2022 belief sich die relative Veränderung insgesamt auf -15 % (2015: 665,1/10.000; 2022: 567,2), bis 2019 waren es -9 % bei einer mittleren jährlichen Reduktion um 2,3 %. Damit entsprach die beobachtete Inzidenzentwicklung der auf der mittleren jährlichen Veränderung basierenden Erwartung (**Abbildung 3**).

Aus dem Subkapitel *Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F5)* hatten *nichtorganische Schlafstörungen (F51)* die höchste Inzidenz seit Beginn des Untersuchungszeitraums. Von 2015 bis 2022 stieg die Inzidenz insgesamt um 27 % (2015: 44,0/10.000; 2022: 55,9; **Tabelle 2, Abbildung 3**). Im Zeitraum 2015 bis 2019 betrug die mittlere jährliche Zunahme 5 %, die insgesamt einen etwas stärkeren Anstieg in den nachfolgenden Jahren hätte erwarten lassen, die Extrapolation durch exponentielle Glättung dagegen einen stagnierenden Verlauf (**Abbildung 3**).



**Abbildung 3:** Jährliche rohe kumulative Diagnoseinzidenz pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre für die häufigste psychische Störung des jeweiligen ICD-10-Subkapitels (F1-F6) im Zeitraum 2015-2022. Der Gewichtungsfaktor für die exponentielle Glättung wurde auf  $\alpha=0,25$  festgelegt. Bitte um Beachtung der unterschiedlichen Skalierungen der y-Achsen.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Im Subkapitel *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen* (F6) zeigten die *spezifischen Persönlichkeitsstörungen* (F60) die höchste Inzidenz. Insgesamt lag die Inzidenz 2022 um 26 % niedriger als noch 2015 (2015: 37,5/10.000; 2022: 27,7), wobei der Höchstwert 2016 (39,1) zu verzeichnen war (**Tabelle 2, Abbildung 3**). Unter Berücksichtigung des Zeitraums 2015 bis 2019 lag die mittlere jährliche Veränderung bei -3,7 %, diese Erwartung deckte sich mit dem beobachteten Verlauf (**Abbildung 3**).

### Geschlechts- und altersspezifische Diagnoseinzidenz

Im Jahr 2022 stieg die Inzidenz *tabakbedingter psychischer und Verhaltensstörungen* (F17) bis zur Altersgruppe 35-39 Jahre zunächst an, verblieb bis in die Gruppe der 65- bis 69-Jährigen auf ähnlich hohem Niveau und sank anschließend mit zunehmendem Alter wieder (**Abbildung 4**). Insgesamt blieb das Geschlechterverhältnis zwischen

Männern und Frauen über den Studienzeitraum nahezu unverändert ( $M/F_{2015}=1,3$ ;  $M/F_{2022}=1,4$ ; **Tabelle 2**).

Für *Schizophrenie (F20)* waren in allen Altersgruppen Inzidenzrückgänge im Vergleich von 2015 zu 2022 beobachtbar. Diese waren insbesondere bei jungen Erwachsenen (18-39 Jahre) sowie bei den ab 85-Jährigen stärker ausgeprägt. Während bei den jungen Erwachsenen vor allem Männer eine erstmalige Schizophrenie-Diagnose erhielten, kehrte sich das Geschlechterverhältnis mit zunehmendem Alter um (**Abbildung 4**). Über alle Altersgruppen hinweg blieb das Geschlechterverhältnis allerdings konstant ( $M/F = 1,2$ ; **Tabelle 2**).

Bei den *depressiven Störungen (F32-F33)* zeigten sich von 2015 zu 2022 bei den 18- bis 24-Jährigen sowie bei den 25- bis 29-Jährigen deutliche Inzidenzanstiege (+26 % bzw. 12 %), während die Inzidenz in den Altersgruppen ab 30 Jahre durchweg rückläufig war ( $\bar{x} = -17\%$ ). Während die Altersverteilung 2015 zunächst einen Anstieg der Inzidenz bis zur Altersgruppe 55-59 Jahre aufwies, an den sich ein abrupter Rückgang mit Wiederanstieg bei den ab 70-Jährigen anschloss, haben sich die Inzidenzen der jüngeren Altersgruppen (18-64 Jahre) im Jahr 2022 angenähert. In den Altersgruppen ab 65 Jahre war ein abrupter Inzidenzrückgang beobachtbar, auf den bis in die ältesten Gruppen wieder eine leichte Zunahme folgte. Diese Entwicklung der Altersverteilung war grundsätzlich bei beiden Geschlechtern zu verzeichnen, wenngleich bei Frauen auf einem wesentlich höheren Niveau ( $M/F_{2015 \text{ und } 2022}=0,6$ ; **Abbildung 4, Tabelle 2**).

Die *Inzidenz somatoformer Störungen (F45)* ging mit Ausnahme der ab 80-Jährigen in den meisten Altersgruppen zurück, besonders große Abnahmen waren bei den 18- bis 54-Jährigen ( $\bar{x} = -20\%$ ) zu beobachten. Im Jahr 2022 zeigte sich bis zur Altersgruppe 55-59 Jahre eine Inzidenzzunahme und war anschließend wieder rückläufig (**Abbildung 4**). Es gab über den gesamten Studienzeitraum hinweg starke Geschlechtsunterschiede mit vielfach höherer Inzidenz bei Frauen ( $M/F_{2015 \text{ und } 2022}=0,4$ ; **Abbildung 4, Tabelle 2**).

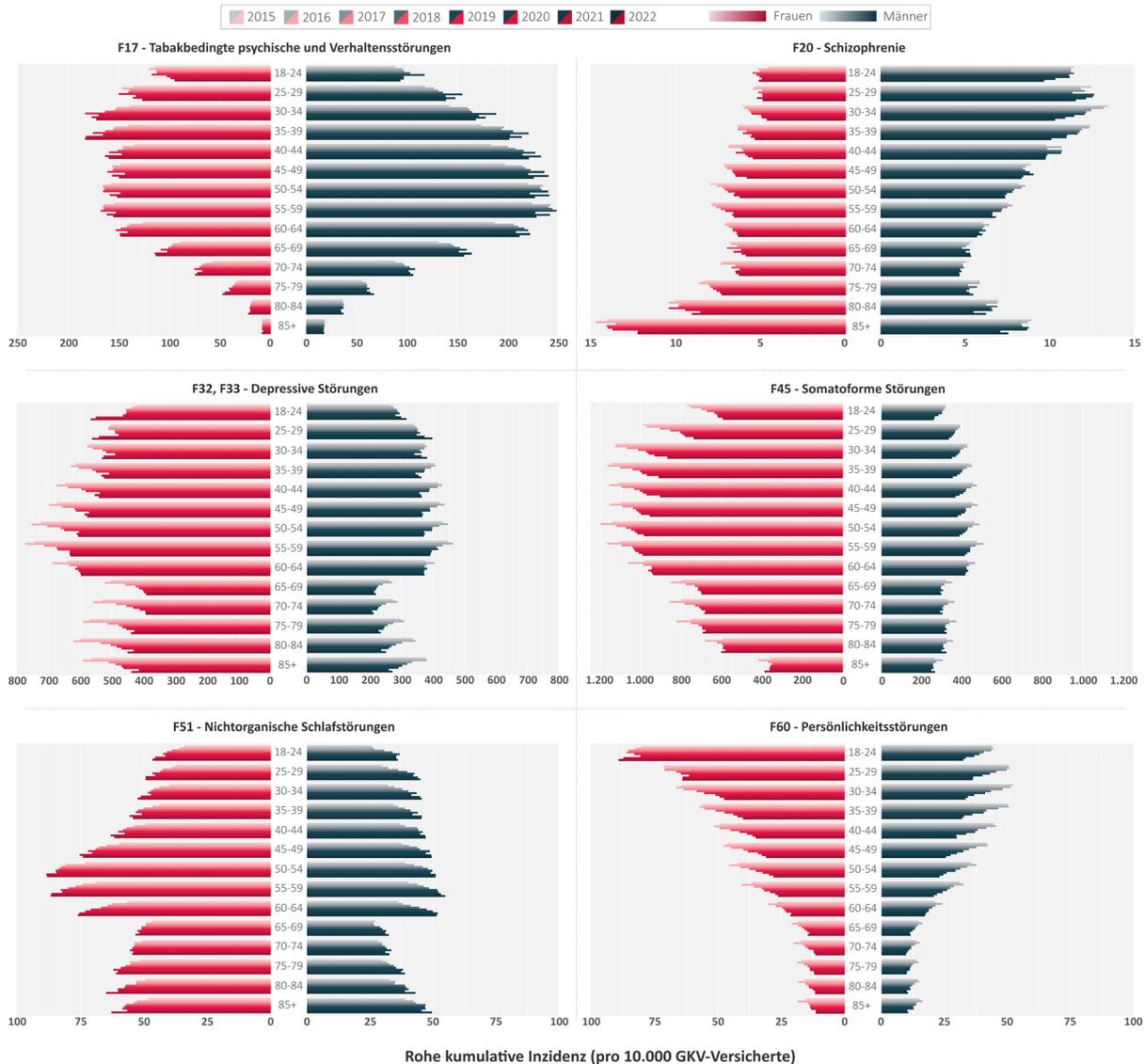
*Nichtorganische Schlafstörungen (F51)* zeigten von 2015 zu 2022 Inzidenzanstiege in allen Altersgruppen zwischen 10 % (70-74 Jahre)

und 38 % (25-29 Jahre). Die Altersverteilung blieb über beide Jahre nahezu unverändert mit einem ersten Höchstwert nach kontinuierlicher Zunahme bei den 55- bis 59-Jährigen und einem zweiten Altersgipfel nach Wiederanstieg bei den ab 85-Jährigen. In allen Altersgruppen waren Frauen häufiger betroffen, besonders ausgeprägt waren die Geschlechtsunterschiede bei den Altersgruppen 50-74 Jahre (**Abbildung 4, Tabelle 2**).

Bei *Persönlichkeitsstörungen (F60)* sank die Inzidenz stetig mit zunehmendem Alter und erreichte bei den ab 65-Jährigen ein konstantes Niveau. Diese Altersverteilung blieb von 2015 zu 2022 unverändert (**Abbildung 4**). Dieser Trend war aufgrund der höheren Inzidenz bei Frauen in den jüngeren Altersgruppen stark von diesen geprägt. Bei Männern lag der Höchstwert im Jahr 2022 in der Altersgruppe 25-29 Jahre und zeigte im Vergleich zu 2015 eine leichte Verschiebung in Richtung jüngerer Altersgruppen. Im Gegensatz zu allen anderen Alters- und Geschlechtsgruppen war bei den 18- bis 24-jährigen Frauen ein Inzidenzanstieg um 11 % zu verzeichnen, während die relativen Rückgänge in den übrigen Gruppen bei durchschnittlich -28 % lagen. Die Geschlechtsunterschiede waren insbesondere bei den unter 30-Jährigen bedeutsam, da sich mit zunehmendem Alter das Verhältnis angleich. Über alle Altersgruppen hinweg hatten Frauen eine deutlich höhere Inzidenz als Männer ( $M/F_{2015}=0,8$ ;  $M/F_{2022}=0,7$ ; **Tabelle 2**).

#### Regionale Unterschiede der altersstandardisierten Diagnoseinzidenz

Die altersstandardisierte Inzidenz *tabakbedingter psychischer und Verhaltensstörungen (F17)* stieg von 2015 zu 2022 bis auf Schleswig-Holstein (-6 %) in allen anderen KV-Regionen an ( $\bar{x} = 13\%$ ). Im Jahr 2022 verzeichnete Hessen die niedrigste, Bremen dagegen die höchste Inzidenz (117,3 vs. 199/10.000). Auf Kreisebene variierte die altersstandardisierte Inzidenz um den Faktor 4 (Variationskoeffizient  $VK = 24,4\%$ ), mit dem niedrigsten Wert im Landkreis Tirschenreuth und dem höchsten Wert in der kreisfreien Stadt Hof (beide Bayern; 68,5 vs. 267,7/10.000). Geografisch zeigte sich allerdings ein deutliches Gefälle mit höheren Inzidenzen im Nordosten Deutschlands zu niedrigeren Inzidenzwerten in Süddeutschland (**Abbildung 5**).



**Abbildung 4:** Entwicklung der alters- und geschlechtsspezifischen kumulativen Diagnoseinzidenz pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre im Studienzeitraum 2015-2022 für die häufigsten psychischen Störungen ihres ICD-10-Subkapitels (F1-F6).

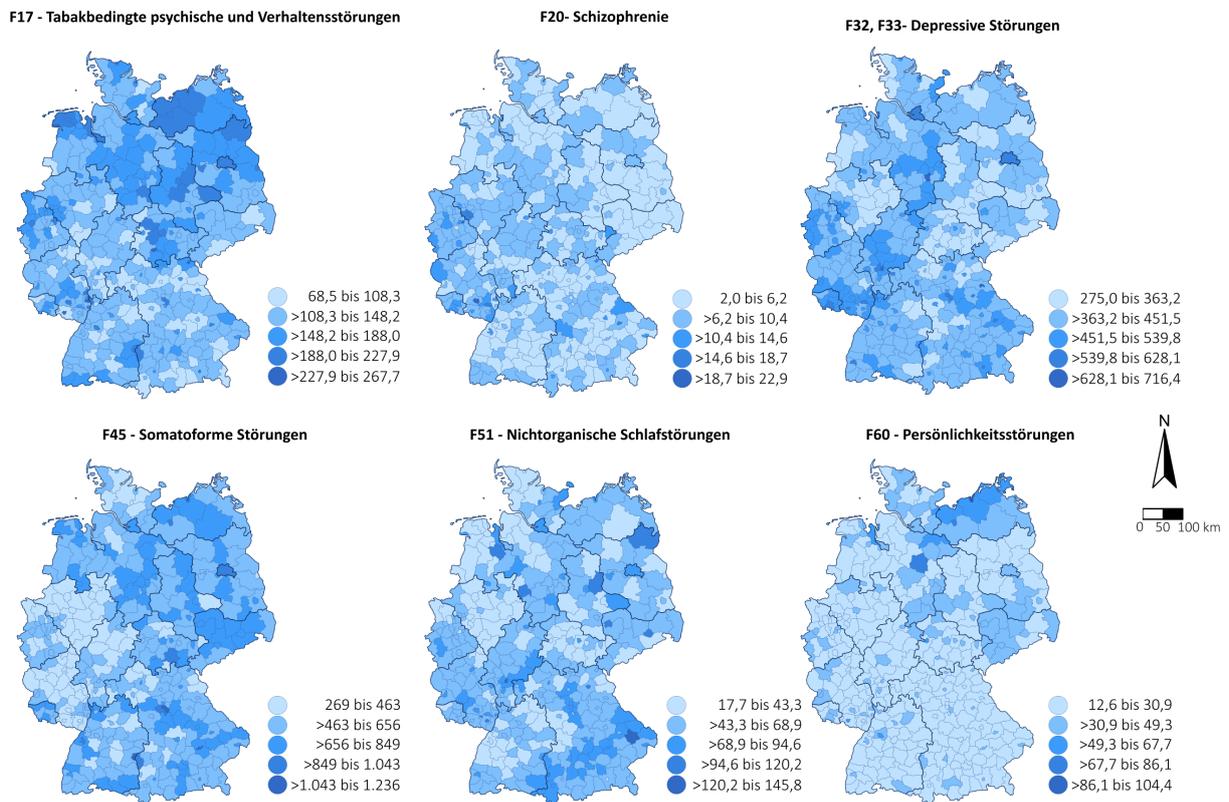
Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

In allen KV-Regionen sank die altersstandardisierte Inzidenz diagnostizierter *Schizophrenie* (F20) von 2015 zu 2022 ( $\bar{x}$  = -14 %), am stärksten in Hamburg (-41 %) und am geringsten im Saarland (-1 %). Insgesamt war die altersstandardisierte Inzidenz 2022 in Brandenburg am niedrigsten und im Saarland am höchsten (5,1 vs. 9,9/10.000). Auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte variierte die Inzidenz um das

11-Fache (VK = 36 %). Kreisregionen mit höheren Inzidenzwerten fanden sich insbesondere in der Großregion Nordrhein, Rheinland-Pfalz und Saarland (**Abbildung 5**). Am niedrigsten war die altersstandardisierte Inzidenz im Landkreis Elbe-Elster (Brandenburg; 2,0/10.000) und am höchsten in der kreisfreien Stadt Kaiserslautern (Rheinland-Pfalz; 22,9/10.000).

Die Inzidenz *depressiver Störungen (F32-F33)* ging von 2015 zu 2022 in 15 KV-Regionen zurück, am stärksten in Bremen (-33 %). In Sachsen-Anhalt (+1 %) und Sachsen (+8 %) stieg die altersstandardisierte Inzidenz dagegen. Im letzten Studienjahr wies Thüringen mit 365,9 neu diagnostizierten Patient\*innen pro 10.000 Personen die niedrigste Inzidenz auf, während sie in Berlin (580,1/10.000) am höchsten war. Auf Kreisebene variierte die altersstandardisierte Inzidenz zwischen dem niedrigsten Wert im Landkreis Sömmerda (Thüringen, 275,0/10.000) sowie dem Höchstwert in der kreisfreien Stadt Offenbach am Main (Hessen; 716,4/10.000) und damit um den Faktor 2,6 (VK = 16 %) (**Abbildung 5**).

Die altersstandardisierte Inzidenz *somatoformer Störungen (F45)* sank im Studienzeitraum in allen KV-Regionen ( $\bar{x}$  = 14 %), am niedrigsten war sie im Jahr 2022 schließlich in Westfalen-Lippe und am höchsten in Berlin (411,9 vs. 908,2/10.000). In der kleinräumigen Betrachtung waren 2022 sowohl in Nordost- als auch Süddeutschland vermehrt Kreise mit höherer Diagnoseinzidenz (**Abbildung 5**), insgesamt variierte die Inzidenz um den Faktor 4,6 (VK = 25 %). Der niedrigste Inzidenzwert fand sich im Landkreis Dithmarschen (Schleswig-Holstein, 269,2/10.000), der höchste in der kreisfreien Stadt Fürth (Bayern, 1.236,0/10.000).



**Abbildung 5:** Altersstandardisierte kumulative Diagnoseinzidenz pro 10.000 Personen ab 18 Jahre für die häufigsten psychischen Störungen ihres ICD-10-Subkapitels (F1-F6) im Jahr 2022 auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte (N=401, Stand: 31.12.2016). Die äquidistanten Klassierungen sind in allen Karten unterschiedlich und bzgl. identischer Farbabstufungen nicht direkt vergleichbar.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

Für die altersstandardisierte Inzidenz diagnostizierter *nichtorganischer Schlafstörungen (F51)* waren mit Ausnahme von Rheinland-Pfalz (-10 %) in allen anderen KV-Regionen von 2015 zu 2022 relative Anstiege zwischen 5 % (Schleswig-Holstein) und 72 % (Sachsen-Anhalt) zu verzeichnen. Die niedrigste altersstandardisierte Inzidenz wurde in Westfalen-Lippe beobachtet, die höchste in Berlin (37,9 vs. 83,6/10.000). Auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte hatte der Landkreis Rottweil (Baden-Württemberg; 17,7/10.000) die niedrigste und der Landkreis Deggendorf (Bayern; 145,8/10.000) die höchste altersstandardisierte Inzidenz (Faktor 8, VK = 32,9 %). Ein klares geografisches Muster ist nicht zu beobachten (**Abbildung 5**).

Die altersstandardisierte Inzidenz *diagnostizierter Persönlichkeitsstörungen (F60)* nahm in 16 KV-Bereichen ab, am stärksten in Bremen (-50 %); auch in Mecklenburg-Vorpommern war die Inzidenzentwicklung insgesamt bis 2021 tendenziell leicht rückläufig, von 2021 zu 2022 kam es allerdings zu einem Wiederanstieg. Damit verzeichnete Mecklenburg-Vorpommern im Jahr 2022 auch die höchste altersstandardisierte Inzidenz (54,4/10.000), während Bayern den niedrigsten Wert hatte (23,8/10.000). Auf Kreisebene lag der Variationskoeffizient bei 32 %. Die niedrigste altersstandardisierte Inzidenz wies der Landkreis Tirschenreuth (Bayern; 12,6/10.000) auf, den höchsten dagegen die kreisfreie Hansestadt Rostock (Mecklenburg-Vorpommern; 104,4/10.000). Neben den hohen Inzidenzwerten entlang der mecklenburgischen Ostseeküste fallen auch Kreisregionen in Südbrandenburg, Sachsen und im östlichen Niedersachsen mit eher höheren altersstandardisierten Inzidenzen auf (**Abbildung 5**).

Daten zur rohen und altersstandardisierten Diagnoseinzidenz für die 31 weiteren untersuchten psychischen und Verhaltensstörungen aus **Tabelle 1** für alle Jahre des Studienzeitraums sind im Anhang in **Tabelle A-2** sowie im interaktiven Berichtsteil unter [www.versorgungsatlas.de](http://www.versorgungsatlas.de) abrufbar.

## Diskussion

Die vorliegende Studie stellt nach unserer Kenntnis erstmalig nach standardisiertem Vorgehen berechnete Inzidenztrends für 37 verschiedene Diagnosen bzw. Diagnosegruppen aus dem Spektrum psychischer und Verhaltensstörungen für die gesetzlich krankenversicherte erwachsene Bevölkerung ab 18 Jahre in Deutschland über einen Zeitraum von acht Jahren dar. Zwischen den unterschiedlichen Diagnosen und Diagnosegruppen waren zum Teil differierende Trendverläufe zwischen den ICD-10-Subkapiteln, aber auch innerhalb einiger Subkapitel beobachtbar. So zeigten alle untersuchten Diagnosen des Subkapitels *F1 (substanzbezogene Störungen)* Inzidenzzunahmen im Untersuchungszeitraum, die Diagnosen der Subkapitel *F2 (Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen)* und *F3 (Affektive Störungen)* dagegen Inzidenzrückgänge; in den übrigen Subkapiteln (*F4-F6*) fallen die Trendverläufe unterschiedlicher aus. Auffällig sind bei der Mehrheit der untersuchten Diagnosen teilweise ausgeprägte und über die Zeit beständige Alters- und Geschlechtsunterschiede. Im Gegensatz zur Diagnoseinzidenz bei Kindern und Jugendlichen (19) deuten die vorliegenden Ergebnisse insgesamt betrachtet auf weniger Trendänderungen in den von der Corona-Pandemie geprägten Jahren hin. Auf Bundesebene sind bei Erwachsenen nur für *Angststörungen* und *Essstörungen* (Inzidenzanstieg) sowie *neurotische Störungen* und *Impulskontrollstörungen* (Inzidenzrückgang) auffällige mindestens kurzzeitige Veränderungen im zeitlichen Zusammenhang mit der Pandemie sowie parallel aufgetretenen geopolitischen Ereignissen, insbesondere dem russischen Krieg gegen die Ukraine und auch den zunehmend spürbaren Klimawandelfolgen beobachtbar. Alters- und geschlechtsspezifische Trends geben erste Hinweise auf mögliche Risikogruppen, und kleinräumig differenzierte Ergebnisse können auf Auswirkungen von markanten Wetterereignissen (z. B. Ahrtal, s. **Tabelle A-3** und Kohring et al. (19)) hindeuten.

### Epidemiologische Einordnung Gesamtspektrum psychischer Störungen

In einer Routinedatenanalyse von Versichertenaten der AOK Niedersachsen ermittelten Gerdau-Heitmann et al. (21) für das Jahr 2013 eine Gesamtinzidenz psychischer Störungen von 11 Neudiagnosen je 100 Versicherte im Alter von 16 bis 70 Jahre. Grundsätzlich scheinen Aspekte des Neuerkrankungsrisikos zwischen den einzelnen ICD-10-Subkapiteln sowie den Alters- und Geschlechtsverteilungen ähnlich zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie zu sein. Der Vergleich ist dennoch aus methodischen Gründen wegen der unterschiedlichen Aggregations-ebenen der Diagnosen sowie Definitionen von Fällen und Risikopopulation und nicht zuletzt Besonderheiten der Versichertenstruktur einer einzelnen Krankenkasse gegenüber einer krankenkassenübergreifenden Datenbasis stark eingeschränkt. In der Gesamtbewertung erscheint die berechnete Gesamtinzidenz aufgrund eines überschätzten Zählers durch unvalidierte Diagnosen und einen unterschätzten Nenner durch die Vorgabe, dass im Vorbeobachtungszeitraum keine Diagnose aus dem gesamten F-Kapitel dokumentiert sein durfte, sehr hoch (21). Hinsichtlich des Alters bei Erstmanifestation und -diagnose einer psychischen Störung konnte in einer Metaanalyse nachgewiesen werden, dass die Mehrheit der Störungen bereits zwischen Kindheit und jungem Erwachsenenalter auftreten (22), auch Ergebnisse der *Global Burden of Disease*-Studie deuten darauf hin (16). Diese Befunde zum Erkrankungsalter bei Erstdiagnose erscheinen überwiegend konsistent mit den im Rahmen dieser Arbeit berichteten und den bereits durch den Versorgungsatlas publizierten Ergebnissen für Kinder und Jugendliche (19). In einer britischen registerbasierten Studie (23) zu Inzidenztrends häufiger psychischer Störungen (Angst-, depressive Störungen, Stress) bei Hausarztpatient\*innen ab 16 Jahre stieg die Inzidenzrate von 560 auf 800 Fälle pro 10.000 Personenjahre beginnend im Jahr 2000 bis 2019, im Jahr 2020 war die Inzidenz leicht rückläufig. Auch in dieser Studie hatten Frauen im gesamten Studienzeitraum ein höheres Erkrankungsrisiko als Männer. Nach 2011 zeigten sich differierende Inzidenztrends zwischen den verschiedenen Altersgruppen mit Anstiegen in den jungen Altersgruppen bis 34 Jahre, stabilen Werten bei den 35- bis 54-Jährigen und abnehmendem

Risiko bei den ab 55-Jährigen. Solche gegenläufigen Trends zwischen jüngeren und älteren Altersgruppen konnten wir im Rahmen dieser Arbeit z. B. auch für *Depressionen, phobische und Angststörungen, Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen* feststellen.

### Tabakbezogene psychische und Verhaltensstörungen

Zum Rauchverhalten konnten wir in der vorliegenden Studie bis 2019 einen kontinuierlichen Anstieg der dokumentierten Neudiagnosen nach mindestens zwei Jahren ohne Diagnose beobachten, der durch die pandemiegeprägten Folgejahre unterbrochen wurde. Vergleichsdaten zur Zahl der Personen, die pro Jahr mit dem Rauchen beginnen, sind uns nicht bekannt. Befragungsdaten zum Anteil der erwachsenen Personen, die angaben zu rauchen, zeigten in den vergangenen Jahren zwar tendenziell eher rückläufige Zahlen (24–27), dennoch lag die Raucherquote bis 2020 weiterhin bei fast 30 % (27). Bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen im Alter von 14 bis 24 Jahren war während der Pandemiejahre ein Prävalenzanstieg zu verzeichnen (28). Während bei Kindern und Jugendlichen aufgrund ihres Alters neu auftretendes Risikoverhalten vermutlich eher von den behandelnden Personen dokumentiert wird (19), ist bei Erwachsenen weniger eindeutig, wann Ärztinnen und Ärzte die Dokumentation des Rauchstatus im Rahmen der Begründung zur Leistungsabrechnung für notwendig erachten. Daher sollte sich eine Beurteilung der Risikoentwicklung nicht allein auf diese Datenbasis stützen. In der Zusammenschau mit dem durch das Rauchen verbundenen Risiko für Folgekrankheiten und der weiterhin hohen Rauchprävalenz, kommen verhaltens- und verhältnisbezogenen Präventionsmaßnahmen allerdings weiterhin große Bedeutung zu.

Im Europäischen Suchtsurvey wurde auch der Cannabis-Konsum bei den 18- bis 64-Jährigen erfragt; zwischen den Erhebungen 2018 und 2021 stieg die 12-Monats-Prävalenz um 1,7 Prozentpunkte auf 8,8 % (24,25). Unsere Studienergebnisse belegen für den Zeitraum 2015 bis 2022 einen erheblichen Anstieg neu dokumentierter *cannabinoidbezogener Störungen* (+94 %). Im Kontext der 2024 erfolgten Teil-Legalisierung von Cannabis sollten die gesundheitlichen Auswirkungen im Fokus bleiben.

## Schizophrenie

Für die eingeschlossenen Diagnosen des Subkapitels F2 (*Schizophrenie, anhaltende wahnhaftes sowie akute psychotische Störungen*) zeigten sich in der vorliegenden Studie auffällige und unerwartete Altersverteilungen mit starken Anstiegen der Diagnoseinzidenz ab der Altersgruppe 75 bis 79 Jahre bis zu den Höchstwerten der Altersgruppe ab 85 Jahre; dabei treten Erstmanifestationen üblicherweise im jungen Erwachsenenalter (ca. 20-35 Jahre) auf (22,29). Dieser erste Altersgipfel sowie die sich zwischen Männern und Frauen unterscheidende Altersverteilung sind auch in den vorliegenden Ergebnissen erkennbar. Eine mögliche Ursache für den Inzidenzanstieg bei den ab 75-Jährigen könnten teilweise missklassifizierte prävalente Fälle als Folge einer begrenzten diagnosefreien Vorbeobachtungszeit sein. Ein Artefakt aufgrund geringerer vertragsärztlicher Inanspruchnahme während der Corona-Pandemie halten wir für weniger wahrscheinlich, da sich diese Altersverteilung bereits vor 2020 zeigte. Weiterhin wäre es möglich, dass es sich um Fehlkodierungen handelt bzw. diese Störungen sich im weiteren zeitlichen Verlauf eher als Symptome beispielsweise in der Prodromalphase oder als Begleitdiagnosen z. B. demenzieller Erkrankungen herausstellen (30,31). Schizophrene, wahnhaftes bzw. psychotische Symptome können auch durch verschiedene Medikamente induziert und fälschlicherweise als eigenständige psychische Störung eingestuft werden (32,33). Dieser Aspekt ist insbesondere in den höheren Altersklassen relevant und könnte ebenfalls zur Erklärung der hohen Diagnoseinzidenz beitragen. Die Inzidenz diagnostizierter Schizophrenie (2022: 7,0 Neudiagnosen/10.000 erwachsene GKV-Versicherte) lag in der vorliegenden Studie insgesamt deutlich höher als nach epidemiologischen Schätzungen zu erwarten wäre: So wird im Rahmen der *Global Burden of Disease*-Studie 2019 für Deutschland eine Inzidenz von 1,6 Neuerkrankungen pro 10.000 Personen berichtet (22). In einer Metaanalyse populationsbezogener Studien zur Schizophrenie-Inzidenz in nordeuropäischen Ländern wurde die gepoolte Inzidenzrate auf 4,0 bzw. 2,3 neue Fälle pro 10.000 Personenjahre für das Auftreten vor dem 40. bzw. 60. Lebensjahr geschätzt (34). In einer weiteren Metaanalyse lag die mediane gepoolte Inzidenzrate bei 1,8 Neuerkrankungen pro 10.000 Personenjahre; in den

alters- und geschlechtsspezifischen Ergebnissen zeigte sich für Frauen ab 70 Jahre ein leichter Wiederanstieg des Erkrankungsrisikos (29).

## Depressionen

Das Risiko für bestimmte Bevölkerungsgruppen mit spezifischen Vorerkrankungen, an Depressionen zu erkranken, ist bekannt (35,36), das Erkrankungsrisiko in der Allgemeinbevölkerung in Deutschland dagegen weniger. Die Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression von 2022 bildet den aktuellen Forschungsstand zur Epidemiologie von Depressionen ab, enthält aber keinerlei Angaben zur Inzidenz (36) und unterstreicht damit die lückenhaften Informationen zum bevölkerungsbezogenen Erkrankungsrisiko. In einer älteren Analyse von AOK-Versicherten-daten lag die auf die deutsche Gesamtbevölkerung hochgerechnete Inzidenz diagnostizierter Depressionen (nur F32) bei Erwachsenen im Jahr 2010 bei 110 neuen Fällen pro 10.000 Personen (37). Das Ausmaß der Diskrepanz zu unseren Ergebnissen im ältesten verfügbaren Diagnosejahr 2015 (F32 und F33: 490/10.000) erscheint mit einer fast 4,5fach höheren Inzidenz fünf Jahre später trotz abweichender Falldefinition sehr groß. Festzuhalten ist, dass die Alters- und Geschlechtsverteilung in beiden Untersuchungen einem ähnlichen Muster sowohl für Frauen als auch für Männer folgt. Ohne Daten zur Entwicklung in den Jahren 2011 bis 2014 in beiden Datenquellen ist eine weitere Einordnung bzw. Erklärung jedoch nicht möglich. Gerade bei depressiven Störungen ist der gewählte diagnosefreie Vorbeobachtungszeitraum von zwei Jahren zu kurz, nur mit diesem methodischen Ansatz ist es allerdings möglich, bei zeitlich begrenzter Datenverfügbarkeit überhaupt Trends abzubilden und diese Lücke im Wissensstand zu schließen. Nach unserer Kenntnis ist die vorliegende Untersuchung die bislang einzig verfügbare Studie im deutschen Kontext, die diese Ergebnisse unter Einschluss der Mehrheit der Bevölkerung bereitstellt.

## Somatoforme Störungen

Höher noch als die Inzidenz depressiver Störungen zeigte sich in der vorliegenden Untersuchung das Risiko für somatoforme Störungen. Das Auftreten somatoformer Störungen stellt in der Versorgung eine Herausforderung dar, nicht nur in der Diagnostik und Therapie, sondern vor allem

auch in der Behandler-Patienten-Beziehung (38–40). Einerseits besteht die Gefahr, dass Patientinnen und Patienten nur schwer akzeptieren können, dass ihre Beschwerden keine nachweisbare organische Ursache haben. Andererseits ist es möglich, dass Beschwerden von Patientinnen und Patienten – insbesondere wenn sie marginalisierten Bevölkerungsgruppen angehören – aufgrund fehlender Organbefunde nicht ernst genommen werden, eine weitere Abklärung ausbleiben könnte und somatoforme Störungen eher im Sinne einer Verlegenheitsdiagnose dokumentiert werden. Ein solches Vorgehen wird mittlerweile auch dem Phänomen *medical gaslighting* zugeordnet (41). Der in unserer Untersuchung zu beobachtende stetige Rückgang diagnostizierter somatoformer Störungen kann darauf hindeuten, dass in den vergangenen Jahren immer öfter spezifischere Diagnosen gestellt werden. Bevölkerungsbezogene epidemiologische Daten zur Inzidenz sind uns nicht bekannt. In einer älteren prospektiven Langzeitstudie mit zu Untersuchungsbeginn eingeschlossenen Jugendlichen im Alter von 14 bis 17 Jahre betrug die kumulative Inzidenz für voll ausgeprägte somatoforme Störungen 970 neue Fälle pro 10.000 Personen im Zeitraum zwischen Studienbeginn und -ende (1995-1999) (42). In einer Metaanalyse internationaler, überwiegend europäischer Studien lag die 12-Monats-Prävalenz somatoformer Störungen in der Primärversorgung bei 1.890 Betroffenen pro 10.000 Personen (95%-Konfidenzintervall [KI]: 1.110-2.660) (39).

#### Nichtorganische Schlafstörungen

Im Rahmen der *Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1)* gaben etwa die Hälfte der 18- bis 79-Jährigen an, Einschlafprobleme zu haben, bei ungefähr 10 % handelte es sich dabei um möglicherweise klinisch relevante Einschlafstörungen. Mit ca. zwei Drittel wurden Durchschlafprobleme noch häufiger berichtet, bei fast jedem Vierten waren diese als potenziell klinisch relevant einzustufen. Die Prävalenz eines Insomniesyndroms lag bei fast 6 % (43). Angaben zur administrativen Inzidenz von Ein- und Durchschlafstörungen liegen aus den Versicherten-daten der Barmer vor: Unter Berücksichtigung der maximal möglichen Vorbeobachtungszeit von zwölf Jahren betrug die Diagnoseinzidenz

im Jahr 2017 entsprechend der erweiterten Falldefinition (ICD-10-GM: F51.0/9, G47.0/9) 165 erstmalig Betroffene pro 10.000 Personen im erwerbsfähigen Alter zwischen 15 und 65 Jahren (224/10.000 bei zweijähriger diagnosefreier Vorbeobachtungszeit) (44). In der vorliegenden Untersuchung lag die Diagnoseinzidenz für nichtorganische Schlafstörungen im Jahr 2017 deutlich niedriger (44/10.000 erwachsene GKV-Versicherte). Die Barmer-Ergebnisse sind aufgrund einer substanzuell abweichenden Falldefinition, insbesondere durch den Einschluss auch organischer Schlafstörungen, nicht vergleichbar; es ließe sich daraus abgeleitet jedoch vermuten, dass organisch bedingte Schlafstörungen den größeren Anteil an Schlafstörungen insgesamt einnehmen.

#### Spezifische Persönlichkeitsstörungen

Auch für spezifische Persönlichkeitsstörungen liegen nach unserer Kenntnis keine epidemiologischen Studien zum Erkrankungsrisiko in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung vor. In einer Metaanalyse lag die gepoolte Prävalenz für eine spezifische Persönlichkeitsstörung bei Erwachsenen zwischen 7,7 % (95%-KI: 6,0-9,7 %) und 12,2 % (8,0-17,0 %) bei erheblicher Heterogenität zwischen den jeweils eingeschlossenen Studien (45). Anhand der vorliegenden Studienergebnisse ist seit 2016 von einem kontinuierlichen Rückgang der Diagnoseinzidenz bei vorausgehender zweijähriger Diagnosefreiheit auszugehen. Dieser Trend war mit Ausnahme der emotional instabilen Persönlichkeitsstörungen bei Frauen auch für die einzelnen ICD-10-Viersteller beobachtbar. Emotional instabile Persönlichkeitsstörungen hatten auf der vierstelligen Diagnoseebene die höchste Diagnoseinzidenz, gefolgt von ängstlich/vermeidenden Persönlichkeitsstörungen (Daten nicht gezeigt). Zum Teil ausgeprägte Prävalenzunterschiede zwischen den einzelnen Subtypen sowie zwischen Männern und Frauen sind bekannt (45,46) und konnten in dieser Studie ebenfalls nachgewiesen werden.

#### Aspekte der Inanspruchnahme und Versorgung

Die psychotherapeutische Versorgung als GKV-Leistung gilt im internationalen Vergleich als nahezu beispiellos und wurde in der jüngeren Vergangenheit weiter ausgebaut (47–49). In der

öffentlichen Diskussion ist vielfach von einer Zunahme psychischer Störungen die Rede. Diese Aussagen basieren vornehmlich auf Auswertungen vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Abrechnungs- bzw. GKV-Routinedaten (6,10,50). Für den Zeitraum von ca. 1998 bis 2012 lässt sich dieser Anstieg anhand bevölkerungsrepräsentativer Primärdatenstudien jedoch nicht belegen (9). Da für das nachfolgende Jahrzehnt vergleichbare Primärstudien fehlen, kommt Routinedatenanalysen eine besondere Bedeutung zu, diese Lücke zu füllen. Gleichzeitig gilt es deutlich zu machen, dass Routinedaten immer nur den Teil der Bevölkerung abbilden können, der verfügbare Versorgungskapazitäten in Anspruch nehmen konnte. Eine umfassende Betrachtung der Versorgungssituation von Menschen mit psychischen Störungen sollte daher unter Berücksichtigung sowohl der Prävalenz als auch der Inzidenz und ihrer jeweiligen Limitationen erfolgen: Während die Prävalenz eine Abschätzung aller gegenwärtig zu versorgenden GKV-Versicherten zulässt, können administrative Inzidenztrends Veränderungen des Neuerkrankungsrisikos und daraus resultierend sich potenziell verschiebende Versorgungsbedarfe anzeigen. Insbesondere die Diagnoseinzidenz kann anfällig für widersprüchliche Ergebnisse sein, wenn psychotherapeutische Versorgungskapazität und -bedarf im Zeitverlauf divergieren.

Die vorliegende Arbeit vervollständigt zwei bereits publizierte Auswertungen der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Abrechnungsdaten: Neben Daten zur Entwicklung der Diagnoseprävalenz psychischer Störungen (10) sowie zur Entwicklung der Diagnoseinzidenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen (19), stehen nun auch Daten zu Inzidenztrends dieses Diagnosespektrums in der erwachsenen Bevölkerung zur Verfügung. Alle drei Publikationen bilden auf der gleichen Datenbasis die Entwicklung im Zeitraum von 2012 bis 2022 ab und können den weiteren Diskurs zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen unterstützen. Dennoch sind bevölkerungsbezogene Primärerhebungsstudien wie *DEGS1-MH* und die *Nationale Kohorte (NAKO)* notwendig, insbesondere um den potenziellen Versorgungsbedarf in der Bevölkerung zu erfassen und etwaige Abweichungen zwischen potenziellem Versorgungsbedarf und realisierter

Versorgungsinanspruchnahme zu verdeutlichen. Die derzeitige Etablierung des Gesundheitspanels *Gesundheit in Deutschland* am RKI ist daher zu begrüßen (51).

Ein Erklärungsansatz beispielsweise für den Prävalenzanstieg diagnostizierter Depressionen und Angststörungen im vergangenen Jahrzehnt (10) bei sinkender (Depressionen) bzw. relativ konstanter (Angststörungen) Inzidenzentwicklung wie in der vorliegenden Studie gezeigt, kann u. a. eine zunehmende Diagnosepersistenz sein, z. B. aufgrund weiterhin dokumentierter Diagnoseschlüssel trotz abgeschlossener Behandlung oder aber längerer Behandlungsdauer. Letzteres könnte auch dazu führen, dass vorhandene begrenzte psychotherapeutische Behandlungskapazitäten durch prävalente Patient\*innen bereits belegt sind und neuerkrankte Patient\*innen möglicherweise nicht aufgenommen werden können. Hierdurch kann in Routinedatenauswertungen der Eindruck entstehen, dass das Neuerkrankungsrisiko sinkt, obwohl es eigentlich mindestens gleichbleibend ist. Ein weiterer Erklärungsansatz kann die Verlagerung von Kapazitäten bei Psychotherapeut\*innen sein, die sowohl zur Versorgung von Erwachsenen als auch Kindern und Jugendlichen zugelassen sind. Bei Kindern und Jugendlichen sahen wir bei depressiven Störungen nach relativ konstantem Verlauf nach 2019 einen erheblichen Inzidenzanstieg, für Angststörungen war nach einem mehrjährigen konstanten Rückgang nach 2019 ein Wiederanstieg nahezu auf das Ausgangsniveau 2014 beobachtbar (19). Neben den genannten versorgungsbedingten Erklärungen kann der Rückgang der Diagnoseinzidenz auch auf ein real sinkendes Erkrankungsrisiko hindeuten bzw. können alle Erklärungsansätze in unterschiedlichem Ausmaß beitragen. Solange Primärdatenstudien zur externen Validierung und Einordnung fehlen, sind dies jedoch nur Vermutungen. Da in der vorliegenden Studie nicht ausschließlich Versicherte mit psychotherapeutischen Leistungen oder mit nur durch entsprechende Fachgruppen dokumentierte Diagnosen eingeschlossen wurden, erscheint ein rein artifizieller Effekt auf die Diagnoseinzidenz durch fehlende oder verzögerte Leistungsanspruchnahme in Folge langer Wartezeiten auf einen Psychotherapie-Platz bzw. ausgelasteter Behandlungskapazitäten eher unwahrscheinlich.

Spezifische Fragestellungen zu Zugang und Wartezeiten in der psychotherapeutischen Versorgung konnten in dieser Studie nicht untersucht werden und sind mittels vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Abrechnungsdaten auch nur begrenzt möglich. Dies verdeutlicht eine Auswertung der KV Bayerns, in der die Wartezeit zwischen Erstkontakt in der psychotherapeutischen Sprechstunde und Therapiebeginn 2021 im Median knapp 14 Wochen betrug (52). Die veraltete psychotherapeutische Bedarfsplanung und damit einhergehend potenziell zu wenige Zulassungen sowie schließlich zu lange Wartezeiten auf eine Psychotherapie stehen im Fokus einer fortwährenden Diskussion (53–56). Neuere Impulse gibt es zu der Frage, welche Patient\*innen möglicherweise keine spezialisierte, psychotherapeutische Behandlung benötigen und ob dadurch möglicherweise Behandlungskapazitäten frei werden könnten (57). Trotz erfolgter Reformen sind die Psychotherapie-Wartezeiten weiterhin lang: Die Wartezeit zwischen erster Kontaktaufnahme und Erstgespräch war vor und nach der Psychotherapiestrukturreform (2017) innerhalb derselben Praxis nahezu unverändert (Median: 2 Wochen). Die Wartezeit zwischen Erstgespräch und Therapiebeginn verlängerte sich nach der Reform sogar (Median: 15 vs. 19 Wochen [14,5 Wochen bis Akutbehandlungsbeginn und 22,3 Wochen bis Richtlinien therapie-Beginn]) (58). Im Rahmen der Reformevaluation zeigten Prä-post-Analysen der BARMER-Routinedaten eine Zunahme der Zeitspanne zwischen Erstkontakt und Therapiebeginn sowohl für komplex als auch nicht-komplex erkrankte Patient\*innen (2015 vs. 2018: durchschnittlich ca. +32 Tage). Dabei konnte festgestellt werden, dass nach 2017 zwischen Erstkontakt und Richtlinien therapiebeginn bereits andere psychotherapeutische Leistungen in Anspruch genommen wurden, die Wartezeit damit also nicht als therapiefrei zu werten ist (59). In einer Auswertung von AOK-Versichertendaten konnte nachgewiesen werden, dass zumindest bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen der Anteil mit psychotherapeutischer Versorgung nach der Psychotherapie-Reform gesteigert werden konnte (60). Trotz deutlich verlängerter Wartezeiten auf eine Richtlinien-Psychotherapie konnte in den drei zitierten Studien eine hohe

Resonanz für die 2017 neu etablierte psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung nachgewiesen werden (58–60). Wir nehmen an, dass Patient\*innen bei Bedarf auch andere nicht explizit psychotherapeutische Leistungen bei entsprechenden Fachgruppen in Anspruch nehmen und damit Abrechnungskontakte auslösen, über die sie in die vorliegende Studie bei Erfüllen der Falldefinition eingeschlossen werden konnten. Auch dieser Aspekt spräche für eine realistische Abbildung der Inzidenzentwicklung; zumal nicht bei allen untersuchten psychischen Störungen ein Rückgang der Diagnoseinzidenz zu verzeichnen war.

### Limitationen

Für die Datenauswertung standen ausschließlich ICD-10-verschlüsselte Diagnosecodes zur Verfügung. Es ist im Rahmen dieser Studie nicht beurteilbar, wie bzw. mit welchen Instrumenten die Diagnosesicherung erfolgte. Grundsätzlich wäre davon auszugehen, dass mit dem Schweregrad der Diagnose die Kodierqualität steigt und die in der vorliegenden Arbeit berichteten Inzidenzwerte verlässlicher werden. Anhand der gewählten Falldefinition, die mehrere Kriterien der Diagnosevalidierung umfasst, gehen wir nach Prüfung und Einordnung des epidemiologischen Wissensstandes – soweit beurteilbar – und insbesondere der Alters- und Geschlechtsverteilungen davon aus, dass sich das Gesamtspektrum der eingeschlossenen Diagnosen bzw. Diagnosegruppen auf der Basis der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Abrechnungsdaten plausibel abbilden lässt. Die vorliegende Studie kann damit einen validen Beitrag zum Erkenntnisgewinn bezüglich der zeitlichen Entwicklung des Erkrankungsrisikos für die einzelnen psychischen Störungen leisten. Das gilt insbesondere im Kontext fragmentierter oder gar fehlender Evidenz zur epidemiologischen Inzidenz, wobei der administrative Charakter der Ergebnisse bei der Interpretation stets bedacht werden sollte. Trotz dieser Limitationen stellt die gewählte Methodik momentan den bestmöglichen Ansatz dar, für die Mehrheit der Bevölkerung über einen langen Zeitraum Trends abbilden zu können.

Hinsichtlich der altersgruppenspezifischen Inzidenz ist zu beachten, dass aufgrund der zeitlich begrenzten Datenverfügbarkeit und dem standardisierten Vorgehen mit jeweils zweijähriger diagnosefreier Vorbeobachtungszeit das Risiko für die Missklassifikation eigentlich prävalenter Fälle als inzident mit zunehmendem Alter steigt. Weiterhin ist zu bedenken, dass Personen, die innerhalb des Untersuchungszeitraums in die GKV-Versichertengemeinschaft aufgenommen wurden, insbesondere aufgrund von Migrationsbewegungen, die erforderliche Vorbeobachtungszeit nicht erfüllen und damit in der vorliegenden Studie nicht erfasst werden konnten, auch wenn sie Versorgung neu in Anspruch genommen haben. Es ist bei der Interpretation stets zu berücksichtigen, dass sich die Inzidenzdefinition im Rahmen dieser Arbeit auf neu dokumentierte Diagnosen nach mindestens zweijähriger Diagnosefreiheit bezieht.

Psychische Störungen treten häufig nicht als Einzeldiagnose in Erscheinung, sondern in Form von koinzidenten Störungen oder aber, die initial diagnostizierte Störung muss im weiteren Behandlungsverlauf korrigiert werden, beispielsweise von einer unipolaren Depression, die sich später als bipolare Störung herausstellt. Bei Störungen mit hohem Rezidivrisiko, z. B. Depressionen, ist davon auszugehen, dass der gewählte diagnosefreie Vorbeobachtungszeitraum von zwei Jahren zu kurz ist. Unter Annahme eines zeitstabilen Rezidivrisikos und daraus resultierenden Inanspruchnahmемustern erlauben die hier dargestellten Zahlen dennoch Rückschlüsse auf zeitliche Veränderungen von Erkrankungsrisiken. Die vorgelegten Inzidenzwerte einzelner diagnostizierter psychischer Störungen müssen jedoch in diesem Kontext eingeordnet werden. Daher ist es für weitergehende Erkenntnisse notwendig, Studien zu einzelnen psychischen Störungen durchzuführen und ihre Spezifika ausreichend zu berücksichtigen (z. B. hinsichtlich Auswahl eingeschlossener ICD-10-Schlüssel, Vorbeobachtungszeiten und Diagnosevalidierung).

Abschließend ist zu beachten, dass die verfügbare Datenbasis ausschließlich Abrechnungsdaten enthält, die über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechnet wurden. Diese umfassen kollektivvertragliche sowie teilweise, aber in nicht quantifizierbarem und je KV-Region unterschiedlichem Umfang selektivvertragliche Leistungen.

## Schlussfolgerungen

Die vorliegende Studie liefert erstmalig Erkenntnisse zu Inzidenztrends über einen Zeitraum von acht Jahren für ein breites Spektrum psychischer und Verhaltensstörungen für die erwachsene, gesetzlich krankenversicherte Bevölkerung in Deutschland. Im gesamten Untersuchungszeitraum zeigten Belastungsreaktionen, Anpassungsstörungen, somatoforme Störungen und Depressionen die höchsten Diagnoseinzidenzen. Für die untersuchten psychischen Störungen waren unterschiedliche und zum Teil auch gegenläufige Trends zu beobachten. Die Ergebnisse können auf real vorhandene zeitliche Veränderungen des Erkrankungsrisikos hindeuten. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass sich zumindest teilweise auch zunehmende Schwierigkeiten in der Inanspruchnahme adäquater Versorgung in einer rückläufigen Diagnoseinzidenz abzeichnen können. Vor dem Hintergrund fehlender Evidenz zu bevölkerungsbezogenen Neuerkrankungsrisiken aus Primärerhebungen für das vergangene Jahrzehnt, ist eine entsprechend klare Einordnung dieser Trends nicht möglich. Die vorliegenden Ergebnisse tragen zum Schließen der Lücke im Wissensstand zur Entwicklung der psychischen Gesundheit in der erwachsenen Bevölkerung bei und können eine Diskussionsgrundlage für die Weiterentwicklung – insbesondere der psychotherapeutischen – Versorgung bilden. Zugleich verdeutlicht die Studie, wo weiterer epidemiologischer Forschungsbedarf vor allem anhand von Primärdatenerhebungen besteht.

## Danksagung

Wir bedanken uns bei den Mitgliedern des Mainzer Psychoanalytischen Instituts sowie bei den Mitarbeitenden des Fachgebiets 26, Psychische Gesundheit am Robert Koch-Institut für die Unterstützung bei der Diagnoseauswahl für den vorliegenden Bericht. Weiterhin möchten wir unserem Kollegen Manas K. Akmatov für unterstützende Diskussionen und unserer Kollegin Christiane Gagelmann für das wissenschaftliche Lektorat danken.

## Literaturverzeichnis

1. Kerkemeyer L, Ahtert K, Herz M, u. a.: Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen. Scoping Review zu Interventionen und Bestandsaufnahme von Best-Practice-Beispielen. *Gesundh- Sozialpolitik* 2022; 76: 38–47.
2. Schmechel C: Verrückte Zeiten? Der öffentliche Diskurs um mentale Gesundheit im Kontext globaler Krisen als Entstigmatisierung? Beitrag zur Ad-Hoc-Gruppe »(Ent)Polarisierende Psychotherapie? Soziologie und Psychotherapie in gesellschaftlichen Krisenzeiten«. In: Villa P-I (Hrsg): *Polarisierte Welten Verhandlungen des 41 Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie 2022 2023*.
3. Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK): BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout. 2012. [https://api.bptk.de/uploads/20120606\\_B\\_Pt\\_K\\_Studie\\_Arbeitsunfaehigkeit\\_2012\\_598bb40171.pdf](https://api.bptk.de/uploads/20120606_B_Pt_K_Studie_Arbeitsunfaehigkeit_2012_598bb40171.pdf) (zugegriffen 30. September 2024)
4. Rabe-Menssen C, Dazer A, Maaß E: Report Psychotherapie 2021. 2021. [https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder\\_und\\_Dokumente/Wissensdatenbank\\_oeffentlich/Report\\_Psychotherapie/DPtV\\_Report\\_Psychotherapie\\_2021.pdf](https://www.dptv.de/fileadmin/Redaktion/Bilder_und_Dokumente/Wissensdatenbank_oeffentlich/Report_Psychotherapie/DPtV_Report_Psychotherapie_2021.pdf) (zugegriffen 30. September 2024)
5. Salize H-J: Die volkswirtschaftliche Tragweite psychischer Erkrankungen. In: Mantell P, Schwegler C, Woopen C (Hrsg.): *Psychische Erkrankungen als gesellschaftliche Aufgabe* Berlin, Heidelberg: Springer 2023; 31–43.
6. Herr D, Schwanke R: Entwicklung der Krankengeldfälle und -ausgaben bei AOK-Mitgliedern im Jahr 2022. In: Badura B, Ducki A, Baumgardt J, Meyer M, Schröder H (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2023: Zeitenwende – Arbeit gesund gestalten* Berlin, Heidelberg: Springer 2023; 739–50.
7. Deutsche Rentenversicherung Bund: Statistik der Deutschen Rentenversicherung. *Rente 2023*. Band 230. 2024. [https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rente\\_2023.pdf](https://statistik-rente.de/drv/extern/publikationen/statistikbaende/documents/Rente_2023.pdf) (zugegriffen 30. September 2024)
8. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, u. a.: Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt* 2014; 85: 77–87.
9. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, u. a.: Twelve-months prevalence of mental disorders in the German Health Interview and Examination Survey for Adults – Mental Health Module (DEGS1-MH): a methodological addendum and correction. *Int J Methods Psychiatr Res* 2015; 24: 305–13.
10. Thom J, Jonas B, Reitzle L, Mauz E, Hölling H, Schulz M: Trends in the diagnostic prevalence of mental disorders, 2012–2022—using nationwide outpatient claims data for mental health surveillance. *Dtsch Ärztebl Int* 2024; 121: 355–62.
11. Moreno-Agostino D, Wu Y-T, Daskalopoulou C, Hasan MT, Huisman M, Prina M: Global trends in the prevalence and incidence of depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2021; 281: 235–43.
12. Büchtemann D, Luppá M, Bramesfeld A, Riedel-Heller S: Incidence of late-life depression: A systematic review. *J Affect Disord* 2012; 142: 172–9.
13. de Graaf R, ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S: First-incidence of DSM-IV mood, anxiety and substance use disorders and its determinants: Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *J Affect Disord* 2013; 149: 100–7.
14. Welzel FD, Luppá M, Pabst A, u. a.: Incidence of Anxiety in Latest Life and Risk Factors. Results of the AgeCoDe/AgeQualiDe Study. *Int J Environ Res Public Health* 2021; 18: 12786.
15. Ferrari AJ, Somerville AJ, Baxter AJ, u. a.: Global variation in the prevalence and incidence of major depressive disorder: a systematic review of the epidemiological literature. *Psychol Med* 2013; 43: 471–81.

16. McGrath JJ, Al-Hamzawi A, Alonso J, u. a.: Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry* 2023; 10: 668–81.
17. Solmi M, Radua J, Olivola M, u. a.: Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2022; 27: 281–95.
18. Walther L, Mauz E, Hölling H, Thom J: Mental Health Surveillance in Deutschland. *Public Health Forum* 2023; 31: 149–51.
19. Kohring C, Akmatov MK, Holstiege J, Heuer J, Dammertz L, Bätzing J: Inzidenztrends psychischer sowie Entwicklungs- und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der ambulanten Versorgung — Entwicklungen zwischen 2014 und 2021. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 23/05. Berlin 2023.
20. Statistisches Bundesamt (Destatis): GENESIS-Tabelle: 12411-0006, Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, Nationalität/Geschlecht/Familienstand. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes Deutschland. 31.12.2022. 2023.
21. Gerdau-Heitmann C, Mümken S, Eberhard S, Koppelin F: Psychische Störungen im Erwerbsalter. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2017; 60: 1346–55.
22. Solmi M, Seitidis G, Mavridis D, u. a.: Incidence, prevalence, and global burden of schizophrenia - data, with critical appraisal, from the Global Burden of Disease (GBD) 2019. *Mol Psychiatry* 2023; 28: 5319–27.
23. Dykxhoorn J, Osborn D, Walters K, Kirkbride JB, Gnani S, Lazzarino AI: Temporal patterns in the recorded annual incidence of common mental disorders over two decades in the United Kingdom: a primary care cohort study. *Psychol Med* 2024; 54: 663–74.
24. Atzendorf J, Rauschert C, Seitz N-N, Lochbühler K, Kraus L: The Use of Alcohol, Tobacco, Illegal Drugs and Medicines. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 577–84.
25. Rauschert C, Möckl J, Seitz N-N, Wilms N, Olderbak S, Kraus L: The use of psychoactive substances in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 527–34.
26. Kraus L, Möckl J, Lochbühler K, Rauschert C, Seitz N-N, Olderbak S: Changes in the use of tobacco, alternative tobacco products, and tobacco alternatives in Germany. *Dtsch Arztebl Int* 2022; 119: 535–41.
27. Starker A, Kuhnert R, Hoebel J, Richter A: Rauchverhalten und Passivrauchbelastung Erwachsener – Ergebnisse aus GEDA 2019/2020-EHIS. *J Health Monit* 2022; 7: 7–22.
28. Kotz D, Acar Z, Klosterhalfen S: DEBRA Factsheet 09. Konsum von Tabak und E-Zigaretten bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen über den Zeitraum Juni 2016 bis November 2022. 2022. <https://www.debra-study.info/wp-content/uploads/2022/12/Factsheet-09-v3.pdf> (zugegriffen 7. Oktober 2024)
29. Van Der Werf M, Hanssen M, Köhler S, u. a.: Systematic review and collaborative recalculation of 133 693 incident cases of schizophrenia. *Psychol Med* 2014; 44: 9–16.
30. Stafford J, Dykxhoorn J, Sommerlad A, Dalman C, Kirkbride JB, Howard R: Association between risk of dementia and very late-onset schizophrenia-like psychosis: a Swedish population-based cohort study. *Psychol Med* 2023; 53: 750–8.
31. Schrag A, Bohlken J, Dammertz L, u. a.: Widening the Spectrum of Risk Factors, Comorbidities, and Prodromal Features of Parkinson Disease. *JAMA Neurol* 2023; 80: 161.
32. Prüter C: Medikamentös induzierte Psychosen. *psychoneuro* 2005; 31: 422–5.

33. Lange-Asschenfeldt C, Niebling W, Schneider F: Durch Medikamente ausgelöste psychische Störungen. In: Schneider F (Hrsg.): Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Berlin, Heidelberg: Springer 2016; 185–93.
34. Hogerzeil SJ, Hoek HW, Van Hemert AM: The impact of study design on schizophrenia incidence estimates: A systematic review of Northern European studies 2008–2019. *Schizophr Res* 2021; 231: 134–41.
35. Steffen A, Nübel J, Jacobi F, Bätzing J, Holstiege J: Mental and somatic comorbidity of depression: a comprehensive cross-sectional analysis of 202 diagnosis groups using German nationwide ambulatory claims data. *BMC Psychiatry* 2020; 20: 142.
36. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF): Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.2. DOI: 10.6101/AZQ/000505. 2022. [https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-005I\\_S3\\_Unipolare-Depression\\_2023-07.pdf](https://register.awmf.org/assets/guidelines/nvl-005I_S3_Unipolare-Depression_2023-07.pdf) (zugegriffen 10. Oktober 2024)
37. Gerste B, Roick C: Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland. Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra B-P, Schmacke N (Hrsg): Versorgungsreport 2013/2014 Schwerpunkt: Depression Stuttgart: Schattauer 2014; 21–54.
38. Lahmann C, Henningsen P, Noll-Hussong M, Dinkel A: Somatoforme Störungen. *PPmP - Psychother · Psychosom · Med Psychol* 2010; 60: 227–36.
39. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G: Somatoform Disorders and Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int* 2015; 112: 279–87.
40. Veselinović T, Schneider F: Somatoforme Störungen (F45). In: Schneider F (Hrsg.): Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Berlin, Heidelberg: Springer 2017; 407–20.
41. Ng IK, Tham SZ, Singh GD, Thong C, Teo DB: Medical Gaslighting: A New Colloquialism. *Am J Med* 2024; 137: 920–2.
42. Lieb R, Zimmermann P, Friis RH, Höfler M, Tholen S, Wittchen H-U: The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective-longitudinal community study. *Eur Psychiatry* 2002; 17: 321–31
43. Schlack R, Hapke U, Maske U, Busch M, Cohrs S: Häufigkeit und Verteilung von Schlafproblemen und Insomnie in der deutschen Erwachsenenbevölkerung: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2013; 56: 740–8.
44. Grobe TG, Steinmann S, Gerr J: Gesundheitsreport 2019: Schlafstörungen. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 17. 2019. <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Gesundheitsreporte/2019/barmer-gesundheitsreport-2019.pdf> (zugegriffen 9. Oktober 2024)
45. Volkert J, Gablonski T-C, Rabung S: Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2018; 213: 709–15.
46. Winsper C, Bilgin A, Thompson A, u. a.: The prevalence of personality disorders in the community: a global systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2020; 216: 69–78.
47. Bell K, Rüger U: Psychotherapeutische Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenkassen und anderer Kostenträger. In: Reimer C, Rüger U (Hrsg.): Psychodynamische Psychotherapien: Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren Berlin, Heidelberg: Springer 2012; 271–81.

48. Thom J, Bretschneider J, Kraus N, Handerer J, Jacobi F: Versorgungsepidemiologie psychischer Störungen: Warum sinken die Prävalenzen trotz vermehrter Versorgungsangebote nicht ab? Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2019; 62: 128–39.
49. Bramesfeld A: Die Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland aus Perspektive des Gesundheits- und Sozialsystems: Aktuelle Entwicklungsbedarfe. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2023; 66: 363–70.
50. Steffen A, Holstiege J, Akmatov MK, Bätzing J: Zeitliche Trends in der Diagnoseprävalenz depressiver Störungen: eine Analyse auf Basis bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten der Jahre 2009 bis 2017. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). Versorgungsatlas-Bericht Nr. 19/05. Berlin 2019.
51. Lemcke J, Loss J, Allen J, u. a.: Corrigendum: Gesundheit in Deutschland: Etablierung eines bevölkerungsbezogenen Gesundheitspanels. J Health Monit 2024; 9: 1–22.
52. Ritter-Rupp C, Fett S, Pfeifer A-K, Tauscher M: Analyse der Wartezeiten in der Psychotherapie in Bayern. 2023. <https://zenodo.org/record/7599322> (zugegriffen 15. Oktober 2024)
53. Kowitz S, Zielasek J, Gaebel W: Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland. DMW - Dtsch Med Wochenschr 2014; 139: 1249–52.
54. Neumann K, Wolfschütz A: Ambulante Versorgung psychischer Erkrankungen. Zugang bedarfsorientiert verbessern - Vorhandene Ressourcen besser nutzen. Ergebnisbericht der Expertenbefragung. 2014. [https://www.iges.com/e6666/e10930/e10932/e10933/e10934/attr\\_objs13053/AmbulanteVersorgungpsychischerErkrankungen\\_IGES\\_Expertenbefragung\\_ger.pdf](https://www.iges.com/e6666/e10930/e10932/e10933/e10934/attr_objs13053/AmbulanteVersorgungpsychischerErkrankungen_IGES_Expertenbefragung_ger.pdf) (zugegriffen 30. September 2024)
55. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Zur psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland. Aktuelle Daten zur Zahl der Therapeutinnen und Therapeuten. Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 062/22. 2022. <https://www.bundestag.de/resource/blob/918608/7391ca2b2cc017ebb7a80507544472d7/WD-9-062-22-pdf-data.pdf> (zugegriffen 1. Oktober 2024)
56. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Wartezeiten auf eine Psychotherapie. Studien und Umfragen. Aktenzeichen: WD 9 - 3000 - 059/22. 2022. <https://www.bundestag.de/resource/blob/916578/53724d526490deea69f736b1fda83e76/WD-9-059-22-pdf-data.pdf> (zugegriffen 1. Oktober 2024)
57. Roth M, Steins G: Anmerkungen zur Problematik fehlender Psychotherapieplätze. Psychol Rundsch 2024; 75: 289–300.
58. Singer S, Maier L, Paserat A, u. a.: Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz vor und nach der Psychotherapiestrukturreform. Psychotherapeut 2022; 67: 176–84.
59. Kruse J, Kampling H, Bouami SF, u. a.: Outpatient psychotherapy in Germany. Dtsch Ärztebl Int 2024; 121: 315–22.
60. Müller D, Erhart M, Tillmanns H, Dräther H, Klipker K: Nach der Strukturreform der ambulanten Psychotherapie zeigen sich vor allem in jüngeren Altersgruppen Effekte. Gesundheitswesen 2022; 84: 919–25

Anhang

**Tabelle A-1:** Liste der zur Diagnosevalidierung berücksichtigten Gebührenordnungspositionen (GOP) im Zeitraum 1. Quartal 2015 bis 3. Quartal 2023.

Im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Jugendliche Personen im Alter zwischen 14 und 21 Jahren. Außerdem kann eine bereits begonnene Kinder-/Jugendlichenpsychotherapie zur Gewährleistung des Behandlungserfolgs auch nach Vollendung des 21. Lebensjahres weitergeführt werden, auch wenn Patient\*innen grundsätzlich ab dem 18. Lebensjahr Anspruch auf eine Erwachsenentherapie haben. Da der vorliegende Bericht die Erwachsenenbevölkerung ab 18 Jahre umfasst, wurden diese Abrechnungsziffern ebenfalls zur Diagnosevalidierung herangezogen.

GOP	2015				2016				2017				2018				2019				2020				2021				2022				2023		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
14211, 14214	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14217							x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14220–14222	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
14223																			x	x	x		x	x	x	x	x								
14240, 14310, 14311, 14313, 14314	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
16211, 16212, 16215, 16220, 16222	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
16223																			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x				
21211, 21212, 21214–21218, 21220, 21221, 21225, 21232	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
21235																			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x				
21330	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
22211, 22212, 22216, 22220–22222, 22230	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
22213																			x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		
23211, 23212, 23214, 23216, 23220	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
30800, 30810, 30811, 30930–30935	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
35100, 35110–35113, 35120, 35130, 35131, 35140–35142, 35150	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
35151, 35152										x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
35163–35169, 35173–35179																											x		x	x	x	x	x	x	x
35200, 35201–35203, 35205, 35208, 35210–35212, 35220–35225	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																					
35401, 35402, 35405, 35411, 35412, 35415, 35421, 35422, 35425										x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
35431, 35432, 35435																			x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		

GOP	2015				2016				2017				2018				2019				2020				2021				2022				2023		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
35503–35509, 35513–35519, 35523–35529, 35533–35539, 35543–35549, 35553–35559									x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
35703–35709, 35713–35719																					x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
35571–35573									x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
35591, 35593–35599																					x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
35600-35602									x	x			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
51030, 51032, 51033									x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

**Tabelle A-2:** Übersicht über Größe (absolute Anzahl) und Entwicklung der gesamten und der zwei Jahre vorbeobachtbaren Studienpopulation vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Patient\*innen sowie der jeweiligen Population unter Risiko für die ICD-10-Subkapitel F1-F6 im Untersuchungszeitraum 2015 bis 2022 sowie die absolute Anzahl (n) neu diagnostizierter psychischer Erkrankungen und Verhaltensstörungen inklusive des prozentualen Anteils an Frauen und die rohe kumulative Inzidenz (pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre) insgesamt und das durchschnittliche Geschlechterverhältnis zwischen Männern und Frauen (M/F) im Untersuchungszeitraum.

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (M/F), Ø 2015–2022
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
<b>Studienpopulation, insgesamt</b>	58.538.501	58.951.514	59.378.559	60.246.597	59.649.060	59.287.505	60.213.158	60.928.651	
<b>Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar</b>	51.872.263	52.074.555	52.394.459	52.873.895	53.121.491	53.058.712	53.776.304	53.679.714	
<b>ICD-Subkapitel: F10–F19</b>									
<b>Risikopopulation</b>	46.607.532	44.917.989	43.890.755	42.983.670	41.945.353	40.841.891	40.471.607	39.663.815	
<b>F10 – Psychische und Verhaltensstörungen, Alkohol</b>									
n	152.624	154.509	150.845	145.442	145.195	136.986	139.520	141.047	
Anteil Frauen, %	29,8	30,0	29,7	29,8	29,5	29,9	30,0	29,8	
roh	32,8	34,4	34,4	33,8	34,6	33,5	34,5	35,6	3,2
<b>F11, F13-F16, F18–F19 – Psychische und Verhaltensstörungen, andere psychotrope Substanzen</b>									
n	109.200	112.210	110.178	105.991	109.891	104.458	99.987	98.469	
Anteil Frauen, %	45,5	45,4	44,5	43,7	43,6	42,7	41,7	41,9	
roh	23,4	25,0	25,1	24,7	26,2	25,6	24,7	24,8	1,7
<b>F12 – Psychische und Verhaltensstörungen, Cannabinoide</b>									
n	30.129	32.559	37.289	39.372	43.037	42.531	42.976	43.668	
Anteil Frauen, %	24,0	24,4	24,6	24,5	24,2	24,8	25,6	26,3	
roh	6,5	7,3	8,5	9,2	10,3	10,4	10,6	11,0	4,1
<b>ICD-Subkapitel: F20–F29</b>									
<b>Risikopopulation</b>	51.074.920	51.281.795	51.603.221	52.091.544	52.351.096	52.297.948	53.025.035	52.943.134	
<b>F22 – Anhaltende wahnhafte Störungen</b>									
n	30.646	29.732	27.795	27.708	27.422	26.637	24.978	24.276	
Anteil Frauen, %	62,7	63,2	61,9	61,1	61,1	61,3	61,5	60,1	
roh	6,0	5,8	5,4	5,3	5,2	5,1	4,7	4,6	0,8

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (M/F), Ø 2015–2022
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
<b>Studienpopulation, insgesamt</b>	<b>58.538.501</b>	<b>58.951.514</b>	<b>59.378.559</b>	<b>60.246.597</b>	<b>59.649.060</b>	<b>59.287.505</b>	<b>60.213.158</b>	<b>60.928.651</b>	
<b>Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar</b>	<b>51.872.263</b>	<b>52.074.555</b>	<b>52.394.459</b>	<b>52.873.895</b>	<b>53.121.491</b>	<b>53.058.712</b>	<b>53.776.304</b>	<b>53.679.714</b>	
<b>F23 – Akute vorübergehende psychotische Störungen</b>									
n	22.266	22.120	19.908	18.841	18.194	18.230	17.269	17.387	
Anteil Frauen, %	62,3	62,8	61,5	60,5	59,8	60,0	60,2	58,1	
roh	4,4	4,3	3,9	3,6	3,5	3,5	3,3	3,3	0,8
<b>ICD-Subkapitel: F30–F39</b>									
<b>Risikopopulation</b>	<b>41.535.183</b>	<b>41.478.546</b>	<b>41.519.382</b>	<b>41.793.259</b>	<b>41.966.972</b>	<b>41.890.940</b>	<b>42.591.355</b>	<b>42.481.344</b>	
<b>F30-F31 – Manien und bipolare affektive Störungen</b>									
n	45.865	48.279	46.266	44.673	43.769	40.915	41.052	40.148	
Anteil Frauen, %	62,3	62,2	62,1	61,2	60,8	60,9	60,7	60,3	
roh	11,0	11,6	11,1	10,7	10,4	9,8	9,6	9,5	0,7
<b>F34 – Anhaltende affektive Störungen</b>									
n	245.880	241.805	222.790	210.452	209.184	198.950	195.775	197.624	
Anteil Frauen, %	65,1	65,1	64,7	64,2	63,8	63,8	64,0	63,9	
roh	59,2	58,3	53,7	50,4	49,8	47,5	46,0	46,5	0,6
<b>F34.1 – Dysthymie</b>									
n	230.609	225.262	208.788	197.009	196.551	187.580	183.767	186.943	
Anteil Frauen, %	65,0	64,8	64,5	64,1	63,7	63,7	64,0	63,8	
roh	55,5	54,3	50,3	47,1	46,8	44,8	43,2	44,0	0,6
<b>ICD-Subkapitel: F40–F48</b>									
<b>Risikopopulation</b>	<b>36.222.347</b>	<b>36.020.941</b>	<b>36.017.230</b>	<b>36.180.011</b>	<b>36.210.341</b>	<b>35.980.446</b>	<b>36.480.979</b>	<b>36.253.089</b>	
<b>F40 – Phobische Störungen</b>									
n	213.078	209.136	207.111	203.887	202.225	196.531	203.748	204.756	
Anteil Frauen, %	70,7	70,7	69,9	69,1	68,4	69,0	69,8	69,0	
roh	58,8	58,1	57,5	56,4	55,9	54,6	55,9	56,5	0,4
<b>F41 – Andere Angststörungen</b>									
n	891.493	881.577	864.664	860.848	868.010	962.862	929.047	903.629	
Anteil Frauen, %	70,8	70,7	70,2	69,6	69,2	69,2	69,5	69,0	
roh	246,1	244,7	240,1	237,9	239,7	267,6	254,7	249,3	0,4

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (M/F), Ø 2015–2022
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
<b>Studienpopulation, insgesamt</b>	58.538.501	58.951.514	59.378.559	60.246.597	59.649.060	59.287.505	60.213.158	60.928.651	
<b>Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar</b>	51.872.263	52.074.555	52.394.459	52.873.895	53.121.491	53.058.712	53.776.304	53.679.714	
<b>F42 – Zwangsstörungen</b>									
n	48.749	48.270	52.718	54.423	55.619	57.226	61.366	60.082	
Anteil Frauen, %	60,7	60,6	61,5	60,7	60,1	60,5	61,0	60,8	
roh	13,5	13,4	14,6	15,0	15,4	15,9	16,8	16,6	0,7
<b>F43 – Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen</b>									
n	1.847.023	1.872.460	1.957.590	1.996.886	2.080.818	2.050.474	2.134.946	2.168.587	
Anteil Frauen, %	69,9	69,8	69,5	68,8	68,4	68,6	68,5	68,2	
roh	509,9	519,8	543,5	551,9	574,7	569,9	585,2	598,2	0,5
<b>F43.0 – Akute Belastungsreaktion</b>									
n	624.826	661.957	703.290	725.916	768.774	766.728	801.554	831.530	
Anteil Frauen, %	72,5	72,2	71,8	71,1	70,7	71,1	70,7	70,3	
roh	172,5	183,8	195,3	200,6	212,3	213,1	219,7	229,4	0,4
<b>F43.1– Posttraumatische Belastungsstörung</b>									
n	106.747	108.663	115.912	125.327	134.326	131.916	140.314	144.245	
Anteil Frauen, %	72,1	72,6	71,7	70,4	69,6	70,0	70,7	71,3	
roh	29,5	30,2	32,2	34,6	37,1	36,7	38,5	39,8	0,4
<b>F43.2 – Anpassungsstörungen</b>									
n	818.869	798.649	840.413	863.801	903.316	889.894	926.383	932.668	
Anteil Frauen, %	67,2	66,6	66,4	65,9	65,5	65,7	65,7	65,2	
roh	226,1	221,7	233,3	238,8	249,5	247,3	253,9	257,3	0,5
<b>F45.0, F45.1 – [Undifferenzierte] Somatisierungsstörung</b>									
n	420.578	421.134	397.150	387.051	372.645	355.199	350.658	334.598	
Anteil Frauen, %	68,9	68,8	68,5	68,2	67,6	67,5	68,3	67,7	
roh	116,1	116,9	110,3	107,0	102,9	98,7	96,1	92,3	0,5
<b>F45.2 – Hypochondrische Störung</b>									
n	327.050	329.389	315.744	303.332	291.941	304.056	298.322	295.901	
Anteil Frauen, %	86,6	85,5	85,5	85,3	83,9	83,6	83,5	82,4	
roh	90,3	91,4	87,7	83,8	80,6	84,5	81,8	81,6	0,2

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (M/F), Ø 2015–2022
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
<b>Studienpopulation, insgesamt</b>	58.538.501	58.951.514	59.378.559	60.246.597	59.649.060	59.287.505	60.213.158	60.928.651	
<b>Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar</b>	51.872.263	52.074.555	52.394.459	52.873.895	53.121.491	53.058.712	53.776.304	53.679.714	
<b>F45.3 – Somatoforme autonome Funktionsstörung</b>									
n	224.509	224.930	213.517	206.465	208.050	195.664	190.620	178.634	
Anteil Frauen, %	66,3	66,1	65,9	65,5	65,1	64,7	64,5	63,9	
roh	62,0	62,4	59,3	57,1	57,5	54,4	52,3	49,3	0,5
<b>F45.4 – Anhaltende Schmerzstörung</b>									
n	421.479	546.156	461.253	420.471	416.284	412.119	415.692	417.432	
Anteil Frauen, %	68,0	67,9	67,9	67,7	67,7	67,1	67,2	67,3	
roh	116,4	151,6	128,1	116,2	115,0	114,5	114,0	115,1	0,5
<b>F45.8, F45.9 – Sonstige und nicht näher bezeichnete somatoforme Störungen</b>									
n	1.223.920	1.201.671	1.145.574	1.093.864	1.071.414	1.059.715	1.034.842	985.600	
Anteil Frauen, %	69,6	69,9	69,4	69,0	68,6	68,8	68,9	68,5	
roh	337,9	333,6	318,1	302,3	295,9	294,5	283,7	271,9	0,5
<b>F48 – Andere neurotische Störungen</b>									
n	707.535	707.324	699.480	699.300	723.077	642.001	706.039	710.842	
Anteil Frauen, %	70,1	69,9	69,4	69,2	68,9	69,0	68,5	68,5	
roh	195,3	196,4	194,2	193,3	199,7	178,4	193,5	196,1	0,5
<b>F48.0 – Neurasthenie</b>									
n	647.088	651.340	648.215	649.549	671.872	596.193	662.637	673.802	
Anteil Frauen, %	70,2	69,9	69,5	69,2	69,0	69,2	68,6	68,5	
roh	178,6	180,8	180,0	179,5	185,6	165,7	181,6	185,9	0,5
<b>ICD-Subkapitel: F50–F59</b>									
<b>Risikopopulation</b>	49.038.466	49.145.600	49.387.857	49.776.709	49.939.081	49.810.314	50.480.940	50.338.464	
<b>F50 – Essstörungen</b>									
n	78.322	83.311	79.851	76.979	74.738	75.278	82.312	80.693	
Anteil Frauen, %	82,4	81,3	82,5	82,8	82,0	82,2	83,1	83,5	
roh	16,0	17,0	16,2	15,5	15,0	15,1	16,3	16,0	0,3

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (M/F), Ø 2015–2022
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
<b>Studienpopulation, insgesamt</b>	<b>58.538.501</b>	<b>58.951.514</b>	<b>59.378.559</b>	<b>60.246.597</b>	<b>59.649.060</b>	<b>59.287.505</b>	<b>60.213.158</b>	<b>60.928.651</b>	
<b>Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar</b>	<b>51.872.263</b>	<b>52.074.555</b>	<b>52.394.459</b>	<b>52.873.895</b>	<b>53.121.491</b>	<b>53.058.712</b>	<b>53.776.304</b>	<b>53.679.714</b>	
<b>F50.0, F50.1 – Anorexie</b>									
n	11.229	11.574	11.312	10.605	10.263	10.919	12.719	12.715	
Anteil Frauen, %	92,8	92,3	92,5	92,5	92,4	93,0	93,0	93,0	
roh	2,3	2,4	2,3	2,1	2,1	2,2	2,5	2,5	0,1
<b>F50.2, F50.3 – Bulimie</b>									
n	11.661	11.645	11.659	11.416	11.040	10.961	12.098	11.777	
Anteil Frauen, %	94,8	94,5	94,0	94,2	94,0	94,7	94,9	94,6	
roh	2,4	2,4	2,4	2,3	2,2	2,2	2,4	2,3	0,1
<b>F50.8, F50.9 – Sonstige und nicht näher bezeichnete Essstörungen</b>									
n	51.418	54.802	51.757	50.422	48.931	49.826	54.260	52.297	
Anteil Frauen, %	79,1	77,7	79,6	80,0	78,7	78,7	80,0	80,6	
roh	10,5	11,2	10,5	10,1	9,8	10,0	10,8	10,4	0,3
<b>F51.0 – Insomnie</b>									
n	67.044	73.062	78.728	86.232	90.460	90.941	99.953	104.073	
Anteil Frauen, %	63,3	63,5	62,8	62,8	62,1	62,1	62,4	62,3	
roh	13,7	14,9	15,9	17,3	18,1	18,3	19,8	20,7	0,8
<b>F51.1 – Hypersomnie</b>									
n	2.099	2.463	2.700	2.482	2.418	2.113	2.250	2.015	
Anteil Frauen, %	58,3	54,9	52,8	51,6	49,6	51,0	50,8	51,8	
roh	0,4	0,5	0,6	0,5	0,5	0,4	0,5	0,4	1,2
<b>F51.2 – Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus</b>									
n	7.231	8.015	8.362	7.849	7.845	7.319	7.312	7.022	
Anteil Frauen, %	63,6	66,1	64,7	63,7	62,9	63,2	64,6	62,4	
roh	1,5	1,6	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	0,7

	Untersuchungsjahr								Geschlechterverhältnis (M/F), Ø 2015–2022
	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	
Studienpopulation, insgesamt	58.538.501	58.951.514	59.378.559	60.246.597	59.649.060	59.287.505	60.213.158	60.928.651	
Studienpopulation, 2 Jahre vorbeobachtbar	51.872.263	52.074.555	52.394.459	52.873.895	53.121.491	53.058.712	53.776.304	53.679.714	
ICD-Subkapitel: F60–F69									
Risikopopulation	50.404.227	50.567.538	50.836.848	51.287.972	51.543.356	51.508.869	52.250.088	52.185.838	
<b>F63 – Impulskontrollstörungen</b>									
n	17.116	18.399	18.845	18.960	19.274	18.732	18.068	19.072	
Anteil Frauen, %	32,2	32,2	31,5	31,8	32,4	33,2	35,7	36,0	
roh	3,4	3,6	3,7	3,7	3,7	3,6	3,5	3,7	2,6
<b>F63.0 – Pathologisches Spielen</b>									
n	7.390	7.705	7.811	7.378	7.370	6.472	5.264	5.452	
Anteil Frauen, %	14,3	13,4	13,9	13,0	13,4	13,1	12,3	13,1	
roh	1,5	1,5	1,5	1,4	1,4	1,3	1,0	1,0	8,2

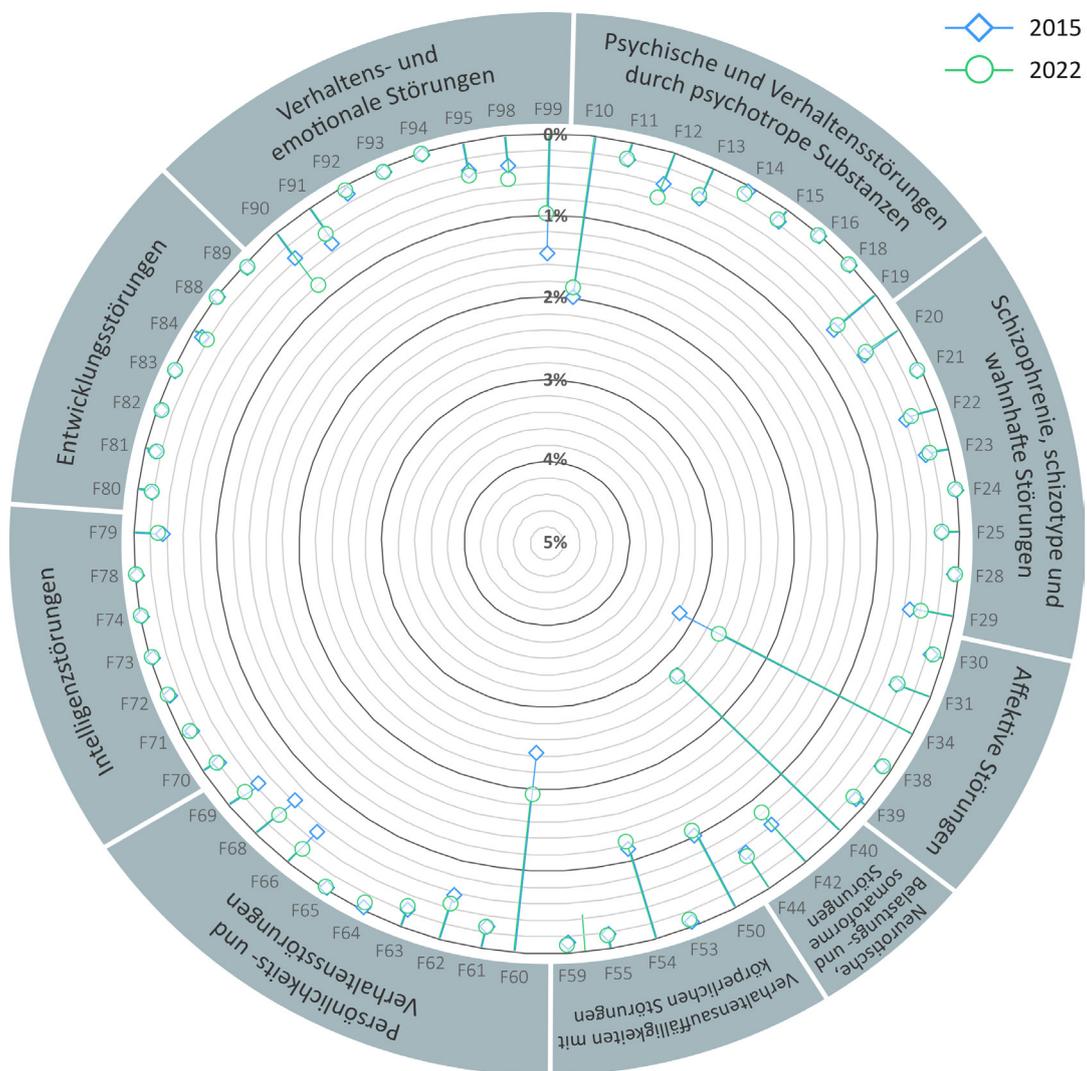
Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.

**Tabelle A-3:** Rohe kumulative Diagnoseinzidenzen pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre sowie relative prozentuale Veränderungen zwischen 2015, 2020, 2021 und 2022 in Landkreisen (LK) und kreisfreien Städten (krsfr. St.) in Rheinland-Pfalz mit besonderer Betroffenheit der Flutereignisse im Juli 2021 im Ahrtal.

		Inzidenz				Relative Änderung (%)		
		2015	2020	2021	2022	2015 vs. 2020	2020 vs. 2021	2021 vs. 2022
<b>Ahrweiler, LK</b>	Depressive Störungen (F32, F33)	676,4	481,4	464,0	501,5	-28,8	-3,6	8,1
	Andere Angststörungen (F41)	297,6	279,8	260,6	272,9	-6,0	-6,9	4,7
	Zwangsstörungen (F42)	15,1	22,0	69,6	20,8	45,9	216,6	-70,2
	Akute Belastungsreaktion (F43.0)	251,9	326,2	573,3	409,0	29,5	75,7	-28,7
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	56,2	51,8	148,8	145,0	-7,9	187,4	-2,5
	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	63,7	64,8	79,2	63,2	1,7	22,2	-20,3
<b>Bernkastel- Wittlich, LK</b>	Depressive Störungen (F32, F33)	545,1	393,3	382,7	386,4	-27,9	-2,7	1,0
	Andere Angststörungen (F41)	254,0	272,8	236,5	241,8	7,4	-13,3	2,2
	Zwangsstörungen (F42)	18,6	17,9	19,3	21,9	-3,7	7,8	13,6
	Akute Belastungsreaktion (F43.0)	194,8	219,4	201,1	229,4	12,6	-8,3	14,1
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	32,3	39,4	39,1	41,5	22,1	-0,9	6,2
	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	76,4	69,1	61,9	64,4	-9,6	-10,4	4,0
<b>Cochem-Zell, LK</b>	Depressive Störungen (F32, F33)	763,6	492,1	429,3	447,7	-35,6	-12,8	4,3
	Andere Angststörungen (F41)	225,0	199,3	194,0	214,5	-11,4	-2,7	10,6
	Zwangsstörungen (F42)	16,0	15,8	18,3	18,3	-1,2	15,9	-0,4
	Akute Belastungsreaktion (F43.0)	131,7	178,2	203,4	227,9	35,3	14,2	12,1
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	26,5	57,2	49,6	55,7	116,0	-13,3	12,4
	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	96,3	74,6	60,4	64,7	-22,5	-19,1	7,1
<b>Eifelkreis Bitburg-Prüm</b>	Depressive Störungen (F32, F33)	549,7	425,4	392,5	373,7	-22,6	-7,7	-4,8
	Andere Angststörungen (F41)	207,4	234,7	204,8	202,3	13,2	-12,7	-1,2
	Zwangsstörungen (F42)	11,2	11,0	17,0	17,6	-2,4	55,2	3,3
	Akute Belastungsreaktion (F43.0)	105,9	134,1	161,9	183,7	26,7	20,8	13,4
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	19,6	50,6	41,2	51,8	157,7	-18,7	25,9
	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	61,3	83,3	57,3	59,8	36,0	-31,2	4,4
<b>Trier, krsfr. St.</b>	Depressive Störungen (F32, F33)	531,4	509,7	519,1	537,9	-4,1	1,9	3,6
	Andere Angststörungen (F41)	247,5	262,6	280,1	253,6	6,1	6,7	-9,5
	Zwangsstörungen (F42)	16,5	22,1	32,4	26,7	34,1	46,7	-17,5
	Akute Belastungsreaktion (F43.0)	132,6	239,1	244,5	242,8	80,4	2,3	-0,7
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	32,9	67,6	73,5	62,9	105,6	8,8	-14,5
	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	61,9	58,1	65,9	80,0	-6,0	13,3	21,5
<b>Trier-Saarburg, LK</b>	Depressive Störungen (F32, F33)	511,8	456,0	467,4	448,8	-10,9	2,5	-4,0
	Andere Angststörungen (F41)	225,9	273,0	260,6	244,4	20,9	-4,5	-6,2
	Zwangsstörungen (F42)	17,4	16,6	35,3	24,8	-4,9	113,3	-29,7
	Akute Belastungsreaktion (F43.0)	258,2	259,7	250,0	267,2	0,6	-3,7	6,9
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	35,6	36,0	40,6	39,7	1,2	12,7	-2,2
	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	57,6	68,1	67,1	67,9	18,3	-1,5	1,2
<b>Vulkaneifel, LK</b>	Depressive Störungen (F32, F33)	532,0	415,1	404,4	379,7	-22,0	-2,6	-6,1
	Andere Angststörungen (F41)	239,5	218,4	210,4	227,4	-8,8	-3,7	8,1
	Zwangsstörungen (F42)	19,3	16,0	19,4	17,5	-17,2	21,6	-9,9
	Akute Belastungsreaktion (F43.0)	126,6	203,4	200,5	185,6	60,7	-1,4	-7,4
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	21,4	41,1	53,1	50,2	92,1	29,0	-5,4
	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	50,4	55,0	68,4	55,5	9,3	24,3	-18,9
<b>Rheinland- Pfalz, gesamt</b>	Depressive Störungen (F32, F33)	563,9	441,0	441,0	444,9	-21,8	0,0	0,9
	Andere Angststörungen (F41)	246,9	250,7	236,1	229,9	1,5	-5,8	-2,6
	Zwangsstörungen (F42)	14,8	17,0	20,5	17,4	15,1	20,7	-15,2
	Akute Belastungsreaktion (F43.0)	155,7	198,9	210,6	208,5	27,7	5,9	-1,0
	Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	30,5	38,5	41,6	43,4	26,4	8,1	4,3
	Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	64,9	59,7	59,7	57,8	-8,0	0,0	-3,2

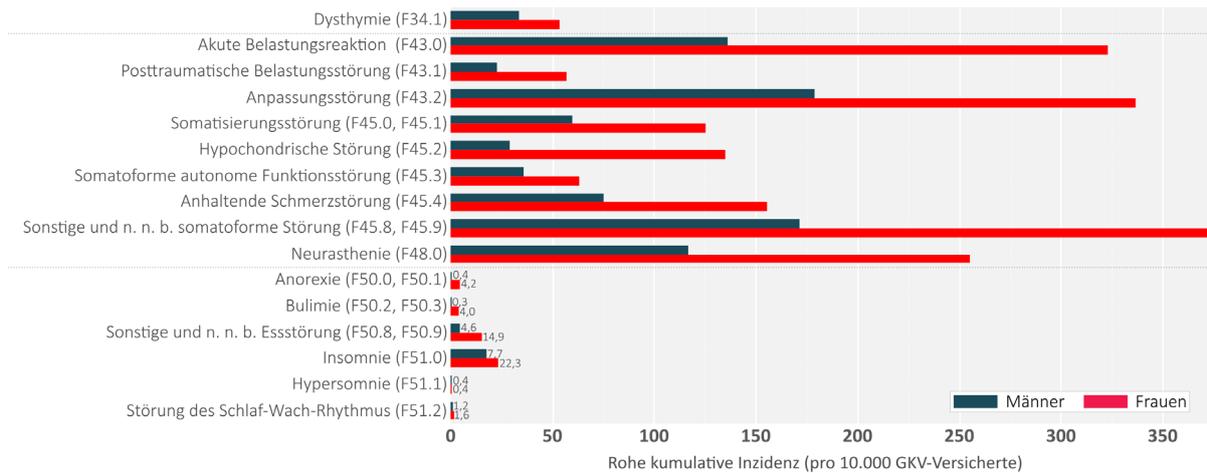
	Inzidenz				Relative Änderung (%)		
	2015	2020	2021	2022	2015 vs. 2020	2020 vs. 2021	2021 vs. 2022
<b>Deutschland, gesamt</b>							
Depressive Störungen (F32, F33)	487,0	423,6	429,8	434,2	-13,0	1,5	1,0
Andere Angststörungen (F41)	246,1	267,6	254,7	249,3	8,7	-4,8	-2,1
Zwangsstörungen (F42)	13,5	15,9	16,8	16,6	18,1	5,8	-1,5
Akute Belastungsreaktion (F43.0)	172,5	213,1	219,7	229,4	23,5	3,1	4,4
Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1)	29,5	36,7	38,5	39,8	24,4	4,9	3,5
Nichtorganische Schlafstörungen (F51)	44,0	53,3	55,1	55,9	21,1	3,3	1,5

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.



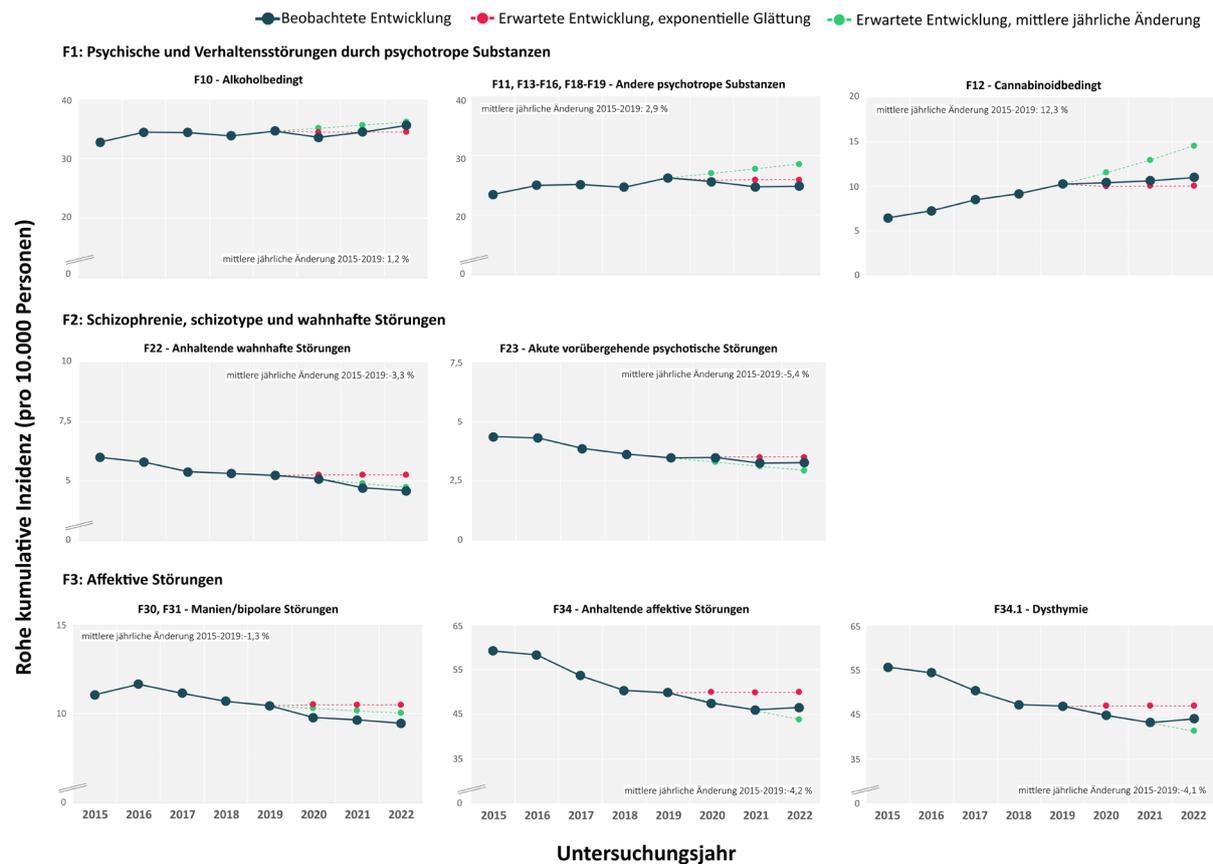
**Abbildung A-1:** Auszug aus Abbildung 1 bezieht sich nur auf Anteile <5 Prozent: Anteil der Patient\*innen mit einer jeweiligen Erstdiagnose aus dem Bereich der psychischen Störungen (F10-F99) an allen gesetzlich krankenversicherten Patient\*innen, bei denen im Jahr 2015 (N=7.723.689) bzw. 2022 (N=7.517.642) nach zwei diagnosefreien Vorjahren erstmalig eine psychische Störung diagnostiziert wurde (mehrere Erstdiagnosen pro Jahr möglich).

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.



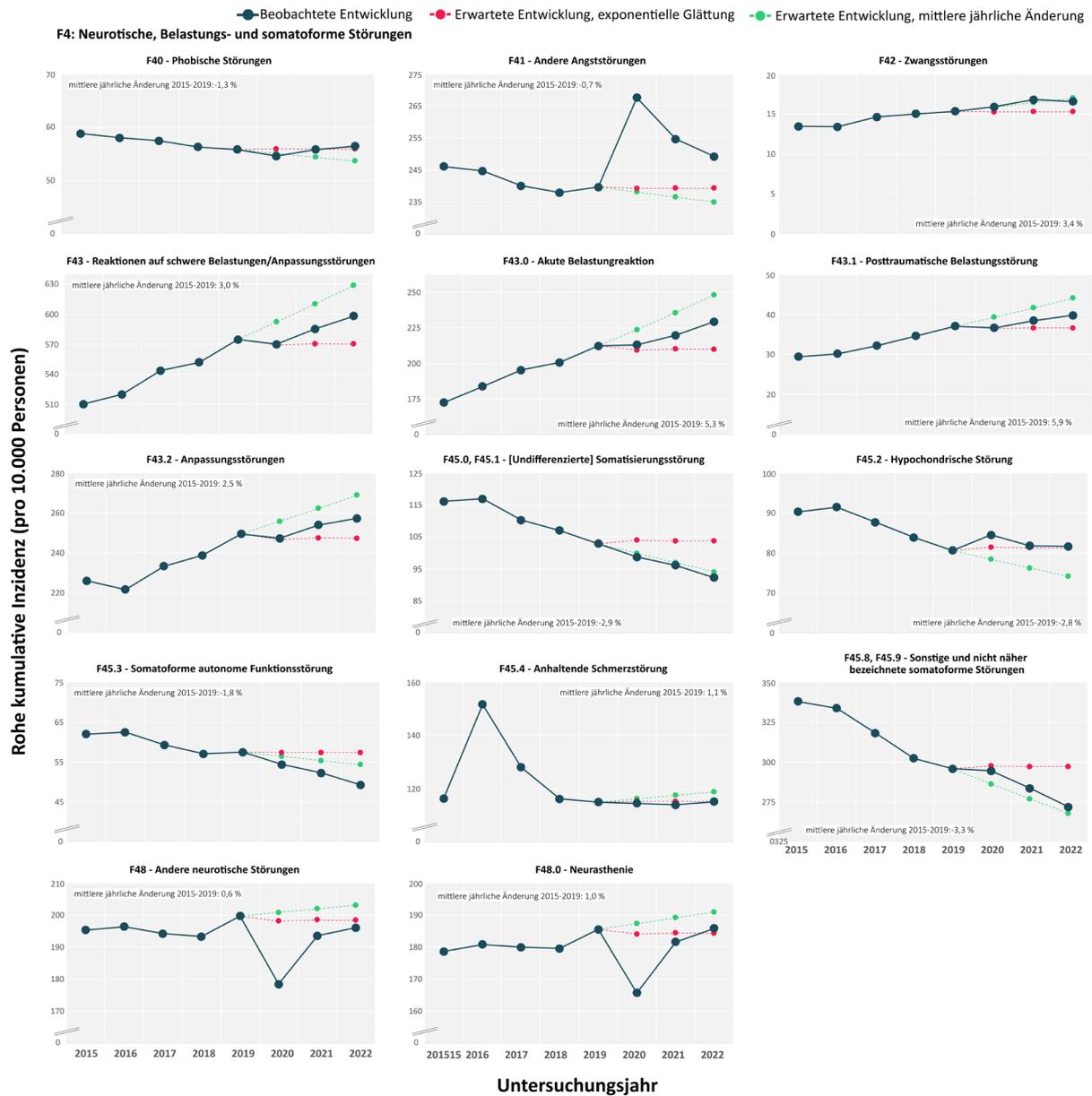
**Abbildung A-2:** Geschlechtsspezifische rohe kumulative Inzidenz (pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre) der eingeschlossenen psychischen Störungen (auf Ebene der ICD-10-Viersteller) für das Jahr 2022.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.



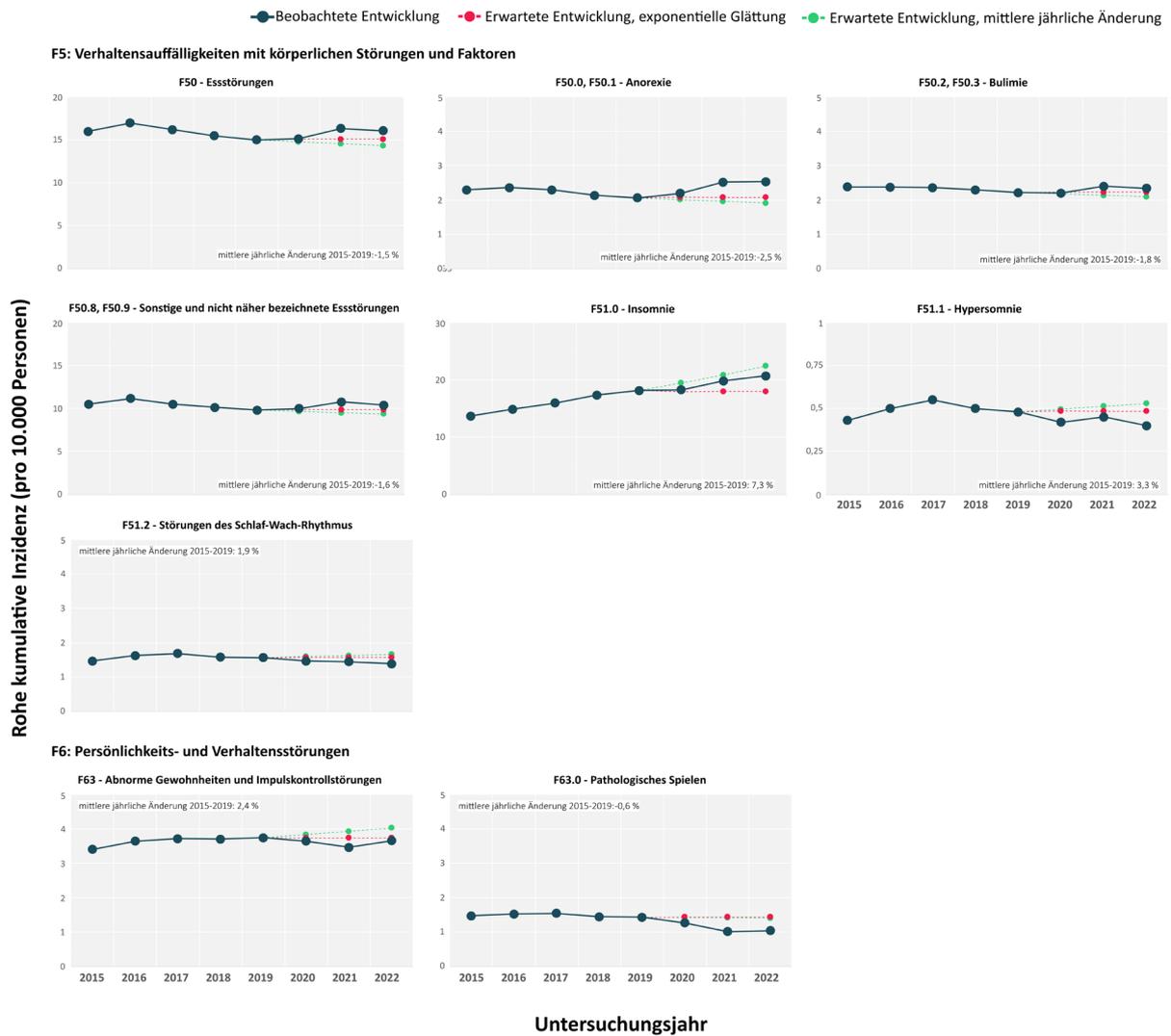
**Abbildung A-3:** Jährliche rohe kumulative Diagnoseinzidenz pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre für die eingeschlossenen psychischen Störungen der ICD-10-Subkapitel F1-F3 im Zeitraum 2015-2022. Der Gewichtungsfaktor für die exponentielle Glättung wurde auf  $\alpha=0,25$  festgelegt. Bitte um Beachtung der unterschiedlichen Skalierungen der y-Achsen.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.



**Abbildung A-4:** Jährliche rohe kumulative Diagnoseinzidenz pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre für die eingeschlossenen psychischen Störungen des ICD-10-Subkapitels *F4* im Zeitraum 2015-2022. Der Gewichtungsfaktor für die exponentielle Glättung wurde auf  $\alpha=0,25$  festgelegt. Bitte um Beachtung der unterschiedlichen Skalierungen der y-Achsen.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.



**Abbildung A-5:** Jährliche rohe kumulative Diagnoseinzidenz pro 10.000 GKV-Versicherte ab 18 Jahre für die eingeschlossenen psychischen Störungen der ICD-10-Subkapitel F5 und F6 im Zeitraum 2015-2022. Der Gewichtungsfaktor für die exponentielle Glättung wurde auf  $\alpha=0,25$  festgelegt. Bitte um Beachtung der unterschiedlichen Skalierungen der y-Achsen.

Quelle: Vertragsärztliche / -psychotherapeutische Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V.