

Journal of Health Monitoring · 2017 2(4)  
DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111  
Robert Koch-Institut, Berlin

**Autorinnen und Autoren:**

Alexander Rommel, Julia Bretschneider,  
Lars Eric Kroll, Franziska Prütz, Julia Thom



# Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede

**Abstract**

Die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen wird in Deutschland kontrovers diskutiert. Einerseits bestehen regionale Unterschiede in der Verteilung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Andererseits können Patientinnen und Patienten lange Anfahrtswege und Kosten in Kauf nehmen, um auch bei einem geringen Versorgungsangebot eine Behandlung zu nutzen. Die Analyse der Versorgung muss daher neben den Zugangsmöglichkeiten auch die tatsächliche Inanspruchnahme berücksichtigen. Der Beitrag untersucht die Häufigkeit der Inanspruchnahme ambulant psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen und deren individuelle und regionale Einflussfaktoren.

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine bundesweite Befragung der erwachsenen Bevölkerung, die das Robert Koch-Institut im Rahmen des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitorings durchführt. Die GEDA 2014/2015-EHIS-Studie (n=24.016) basiert auf einer zweistufig geschichteten Zufallsstichprobe aus den Bevölkerungsregistern von 301 Gemeinden in Deutschland. Zielvariable ist die Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen in den letzten 12 Monaten. Neben der Berücksichtigung individueller Determinanten wurden die Daten mit Informationen zur regionalen Verteilung von Leistungserbringern der ambulanten Psychotherapie und Nervenheilkunde zusammengeführt. Die Auswertung erfolgte mittels logistischer Mehrebenenregression.

In Deutschland berichten 11,3 % der Frauen und 8,1 % der Männer, innerhalb eines Jahres psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen. Unter Befragten mit depressiver Symptomatik sind dies 35,0 % der Frauen bzw. 31,0 % der Männer. Rund zwei Drittel der Personen mit solchen Symptomen haben also keine dieser Berufsgruppen aufgesucht. Neben einer depressiven Symptomatik weisen das Leben ohne Partnerin bzw. Partner sowie eine geringe soziale Unterstützung einen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme auf. Außerdem liegt der Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik, die psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe nutzen, in gut versorgten Regionen etwa 15 Prozentpunkte höher als in Regionen mit geringer Versorgungsdichte.

Um bessere Bedingungen für die Nutzung der betreffenden Versorgungsangebote zu schaffen, sollten neben der Erhöhung der Zahl an Leistungserbringern auch flankierende Maßnahmen angestrebt werden. Ansätze, die auf einen kurzfristigen und niedrigschwelligen Zugang und eine stärkere Kooperation zwischen haus- und fachärztlich Behandelnden setzen, sollten auf ihre Effekte hinsichtlich einer Weiterentwicklung der Erstversorgung evaluiert werden.

📍 PSYCHISCHE GESUNDHEIT · INANSPRUCHNAHME · ZUGANG ZUR GESUNDHEITSVERSORGUNG · GESUNDHEITSSURVEY

## GEDA 2014/2015-EHIS

**Datenhalter:** Robert Koch-Institut

**Ziele:** Bereitstellung zuverlässiger Informationen über den Gesundheitszustand, das Gesundheitsverhalten und die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung in Deutschland, mit Möglichkeit zum europäischen Vergleich

**Erhebungsmethode:** Schriftlich oder online ausgefüllter Fragebogen

**Grundgesamtheit:** Bevölkerung ab 18 Jahren mit ständigem Wohnsitz in Deutschland

**Stichprobenziehung:** Einwohnermeldeamt-Stichproben – zufällig ausgewählte Personen aus 301 Gemeinden in Deutschland wurden eingeladen

**Teilnehmende:** 24.016 Personen (13.144 Frauen und 10.872 Männer)

**Response rate:** 26,9%

**Untersuchungszeitraum:** November 2014 – Juli 2015

**Datenschutz:** Die Studie unterliegt der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurde von der Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studie sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Mehr Informationen unter [www.geda-studie.de](http://www.geda-studie.de)

## 1. Einleitung

Psychische Störungen zählen nach Angaben der Global Burden of Disease Study zu den häufigsten Ursachen von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (years lived with disability) und tragen weltweit entscheidend zur Krankheitslast bei [1, 2]. In Deutschland stehen Depressionen als Ursache für krankheitsbedingte Einschränkungen an dritter Stelle [3]. Grund hierfür ist nicht nur die Häufigkeit depressiver Störungen, sondern auch die Tatsache, dass diese oft früh im Lebensverlauf beginnen, nicht selten episodisch wiederkehren oder chronisch verlaufen und daher mit erheblichen Einbußen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einhergehen.

Die Verbreitung von Depressionen und ihre Krankheitsfolgen stellen auch das System der Gesundheitsversorgung in Deutschland vor besondere Herausforderungen. Krankenkassen berichten einen stetigen Anstieg ärztlicher Diagnosen psychischer Störungen im Allgemeinen und von Depressionen im Besonderen [4–8]. Auffällig sind auch die Zuwächse der Fehlzeiten am Arbeitsplatz aufgrund von Depressionen: Zwar weist nur ein kleiner Teil der erwerbstätigen Versicherten Fehlzeiten aufgrund von Depressionen auf [8], aufgrund der langen Dauer der Fehlzeiten gehört das Störungsbild aber zu den Erkrankungen mit dem höchsten Arbeitsunfähigkeitsaufkommen. Auch die Zahl der Erwerbsminderungsrenten aufgrund von psychischen Störungen hat zugenommen und sich zwischen 1993 und 2015 in etwa verdoppelt [9, 10]. Was diese Entwicklungen für die Gestaltung der Versorgungslandschaft bedeuten, muss im Interesse der Bevölkerungsgesundheit untersucht

werden. Voraussetzung dafür sind differenzierte Kenntnisse der gegenwärtigen Inanspruchnahme bestehender Versorgungsangebote.

Merkmal einer qualitativ hochwertigen Versorgung ist es, dass Menschen mit Behandlungsbedarf aufgrund von Depressionen eine angemessene Diagnose und Therapie erhalten. Dies setzt die Kontaktaufnahme mit dem medizinischen System voraus, die häufig zunächst in der hausärztlichen Praxis stattfindet. Gemäß den Behandlungsleitlinien soll die Versorgung depressiver Patientinnen und Patienten langfristig fachärztlich durch psychotherapeutisch oder psychiatrisch tätige Leistungserbringer erfolgen [11]. Nach Auswertungen von Abrechnungsdaten wird dieser Schritt aber häufig nicht vollzogen: Von allen Patientinnen und Patienten mit ärztlichen Diagnosen einer affektiven Störung werden 82% in allgemeinmedizinischen oder auf körperliche Erkrankungen (somatisch) ausgerichteten Praxen versorgt, unter denjenigen mit schwerer Depression sind es 40% [12].

Möglicherweise ist dies teilweise auf einen eingeschränkten Zugang zu geeigneten Versorgungsangeboten zurückzuführen. Inwieweit in Deutschland ambulante Behandlungsangebote bedarfsgerecht bereitgestellt werden, wird kontrovers diskutiert. So kann im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie nur in wenigen Regionen von einer Unterversorgung durch Nervenärztinnen und Nervenärzte sowie durch Psychotherapeutinnen und -therapeuten gesprochen werden [13]. Üblicherweise wird im Rahmen der herkömmlichen Bedarfsplanung beurteilt, inwiefern die von der Bedarfsplanungsrichtlinie vorgeschriebene Verhältniszahl (Arzt je Einwohner) in einer Region über- oder unterschritten wird. Da diese

## Die Versorgungslage von Menschen mit psychischen Störungen wird in Deutschland kontrovers diskutiert.

Verhältniszahlen auf historischen und rein deskriptiven Arzt-Einwohner-Relationen basieren, eignen sie sich nur bedingt, um die tatsächliche Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung einzuschätzen. Empirische Untersuchungen machen zudem deutlich, dass die erheblichen regionalen Unterschiede in der Dichte ambulanter Fachärztinnen und -ärzte sowie Psychotherapeutinnen und -therapeuten keine regionalen Unterschiede in der Häufigkeit psychischer Störungen widerspiegeln. Vielmehr stellen sie reale Versorgungsunterschiede dar, die für die Patientinnen und Patienten ein regional unterschiedliches Versorgungsangebot bedeuten [14–19]. Bei der Beurteilung der Versorgungssituation kommt erschwerend hinzu, dass der Behandlungsbedarf von Depressionen – trotz gleicher Diagnose – variieren kann [20], je nach Schweregrad der Symptomatik, den assoziierten Einschränkungen sowie dem erlebten Leiden und dem Behandlungswunsch einer Person.

Eine regional ungleiche Verteilung von Versorgungsstrukturen muss aus verschiedenen Gründen nicht zwangsläufig zu einer geringeren Inanspruchnahme oder schlechteren Versorgung führen. Sie bedeutet zunächst, dass ungleiche Zugangsmöglichkeiten bestehen, die individuell auch als Zugangsbarrieren wahrgenommen werden können. Hiervon zu trennen ist die tatsächliche Nutzung von Gesundheitsleistungen durch Personen, bei denen ein medizinischer Bedarf gegeben ist [21]. Denn Patientinnen und Patienten können mehr oder weniger Aufwand und Kosten in Kauf nehmen, um Zugangsbarrieren zu überwinden und von einem bestimmten Versorgungsangebot zu profitieren. So wurde gezeigt, dass bei Patientinnen und Patienten mit

Lungenerkrankungen und Multipler Sklerose Faktoren, die direkt aus einer geringeren Versorgungsdichte resultieren, wie die Entfernung zur Praxis oder die Fahrzeit, keinen Einfluss auf die Nutzung notwendiger ambulant ärztlicher Leistungen haben [22]. Zudem wird die Hypothese vertreten, dass eine hohe Inanspruchnahme in besser versorgten Regionen nicht zwangsläufig einer besseren Versorgung entspricht. Vielmehr kann ebenso eine angebotsinduzierte Nachfrage ohne entsprechenden Behandlungsbedarf vorliegen [16, 20, 23].

Bei der Analyse möglicher Auswirkungen regionaler Versorgungsungleichheiten muss daher neben den Zugangsmöglichkeiten (access) und dem medizinischen Bedarf (need) auch die tatsächliche Inanspruchnahme (realized access) in Betracht gezogen werden. Diese Nutzung von Leistungen ist nicht nur gesteuert von den Gegebenheiten vor Ort, sondern auch von einer Vielzahl an individuellen Faktoren [24–26]. Von diesen sollen einige zentrale soziodemografische und soziale Determinanten in der vorliegenden Untersuchung berücksichtigt werden. Die Auswertungen verfolgen damit das Ziel, Häufigkeit und Einflussfaktoren der Inanspruchnahme von ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungen in der Allgemeinbevölkerung zu beschreiben. Ein besonderer Schwerpunkt liegt dabei auf der Frage, wie stark regionale Unterschiede in der Versorgung die Kontaktaufnahme zu den relevanten Berufsgruppen beim Vorliegen einer depressiven Symptomatik beeinflussen. Der Beitrag schließt mit einer Einordnung der Befunde in die aktuelle wissenschaftliche und gesundheitspolitische Diskussion.

## 2. Methode

### 2.1 Daten

Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) ist eine bundesweite Befragung der erwachsenen Bevölkerung, die vom Robert Koch-Institut (RKI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt wird. Sie ist Teil des bevölkerungsbezogenen Gesundheitsmonitorings am RKI. In GEDA 2014/2015 wurde erstmals vollständig der Fragebogen des European Health Interview Survey (EHIS, Wave 2) integriert [27]. Die Erhebung erfolgt mittels eines Selbstausfüllfragebogens, der wahlweise als Papier- oder Online-Version bearbeitet wurde. Die GEDA-2014/2015-EHIS-Studie basiert auf einer zweistufig geschichteten Cluster-Stichprobe. Zunächst wurden 301 Gemeinden nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Diese entfallen auf 231 Kreise und kreisfreie Städte und repräsentieren die verschiedenen Gemeindegrößen und Regionen in Deutschland. Aus diesen Gemeinden wurden Personen mit ständigem Wohnsitz in den ausgewählten Orten zufällig aus den lokalen Bevölkerungsregistern gezogen. Eine ausführliche Darstellung der Methodik von GEDA 2014/2015-EHIS findet sich bei Lange et al. 2017 [61] sowie im Beitrag [Gesundheit in Deutschland aktuell – neue Daten für Deutschland und Europa](#) in Ausgabe 1/2017 des Journal of Health Monitoring.

Auf Kreisebene wurden die Befragungsdaten mit Informationen aus dem Bundesarztregister zur regionalen ambulanten Versorgung durch Leistungserbringer der fachärztlichen Versorgung für psychische Störungen aus dem Jahr 2013 zusammengeführt [28]. Hierfür waren

Angaben zur regionalen Dichte (Behandelnde pro 100.000 Einwohner) der Arztgruppen „Psychotherapeuten“ und „Nervenärzte“ verfügbar, so wie sie in der Bedarfsplanungsrichtlinie definiert werden [29]. Demnach zählen zu den Psychotherapeutinnen und -therapeuten 1.) überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärztinnen und Ärzte, 2.) Fachärztinnen und -ärzte für Psychotherapeutische Medizin, 3.) Fachärztinnen und -ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 4.) Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie 5.) Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten. Die Gruppe der „Nervenärzte“ setzt sich zusammen aus Behandelnden mit den Facharzttiteln für 1.) Psychiatrie, 2.) Psychiatrie und Psychotherapie, 3.) Neurologie und Psychiatrie (Nervenheilkunde) sowie 4.) Neurologie.

Um Effekte der Mitversorgung benachbarter Kreise zu berücksichtigen, wurden die Versorgungsdichten anhand der vom Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) zur Verfügung gestellten Mitversorgungsrelationen, basierend auf den abgerechneten Versorgungsleistungen im Jahr 2008, adjustiert [30, 31]. Beispielsweise werden Behandelnde in Kernstädten häufig von Patientinnen und Patienten aus dem Umland (mit geringerer Versorgungsdichte) konsultiert und stehen damit nicht in vollem Maße den Einwohnerinnen und Einwohnern der Kernstadt zur Verfügung. Darum wird die Arztdichte in der Kernstadt entsprechend des Ausmaßes der Mitversorgung des Umlandes nach unten korrigiert und die Arztdichte des Umlandes erhöht. In Kreisen mit großer Fläche können sich die Entfernungen zu Versorgungsangeboten den-

noch erheblich unterscheiden, je nach Lage und Anbindung des einzelnen Wohnortes. Die Durchschnittswerte in Dichte und Mitversorgung bilden diese Unterschiede innerhalb von Kreisen nicht ab.

## 2.2 Indikatoren

Zielvariable auf Individualebene ist die Inanspruchnahme relevanter fachärztlicher Versorgungsangebote („ja“/„nein“). Hierzu wurden die Teilnehmenden der GEDA-2014/2015-EHIS-Studie gefragt: „Waren Sie in den letzten 12 Monaten bei einem Psychologen, Psychotherapeuten oder Psychiater, um sich selbst beraten, untersuchen oder behandeln zu lassen?“. Die Frage ist Teil des Fragenkatalogs der Europäischen Gesundheitsumfrage (European Health Interview Survey, EHIS). Die Durchführung von EHIS ist für alle Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) verpflichtend. Dies wurde 2013 in einer EU-Verordnung festgelegt [27, 32].

Als soziale Einflussfaktoren wurden neben Alter, Geschlecht und der Unterscheidung zwischen neuen und alten Bundesländern (mit Berlin) Indikatoren ausgewählt, die einerseits die soziale Zusammensetzung der Bevölkerung widerspiegeln und zum anderen bereits in früheren Untersuchungen Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen gezeigt haben [33–36]. Der sozioökonomische Status der Befragten wurde in Anlehnung an frühere Wellen der GEDA-Studie konstruiert, indem die drei Dimensionen Bildung, Beruf und Einkommen zu einem Gesamtindex zusammengeführt und in die drei Statusgruppen „niedrig“, „mittel“ und „hoch“ eingeteilt wurden [37]. Der Versi-

chertenstatus der Befragten wurde durch die Kategorien „gesetzlich versichert“ und „privat versichert“ abgebildet. Mit Partnerschaft und sozialer Unterstützung wurden Indikatoren für die soziale Einbindung der Befragten in die Analyse aufgenommen. Die Partnerschaft wurde über die Frage „Leben Sie mit einer Person aus Ihrem Haushalt in einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft?“ erfasst. Die wahrgenommene soziale Unterstützung im privaten Umfeld wurde über die Oslo-3 Social Support Scale gemessen [38]. Dabei wurde die Ausprägung „geringe Unterstützung“ von den zusammengefassten Kategorien „mittlere“ und „starke Unterstützung“ unterschieden.

Als Indikator für einen medizinischen Versorgungsbedarf diente das Vorliegen einer depressiven Symptomatik. Diese wurde in GEDA 2014/2015-EHIS durch die Selbstangaben der Befragten in der deutschen Version des 8-Item-Depressionsmoduls des Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erfasst [39]. Über acht Einzelitems, die hinsichtlich der Häufigkeit ihres Auftretens in den letzten zwei Wochen beurteilt werden, misst dieses Instrument Symptome einer Major Depression gemäß DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage) mit Ausnahme von Suizidalität. Eine depressive Symptomatik besteht bei einem Skalensummenwert von mindestens 10 von maximal 24 Punkten [39]. Dieses Maß unterscheidet sich von der klassifikatorischen Diagnose einer Depression gemäß DSM-IV, welche die Berücksichtigung von Kernsymptomen sowie Ausschlusskriterien erfordert. Dennoch ist der PHQ als reliables und valides Screeninginstrument für die Vorhersage von Depressionen geeignet und in

---

## Personen mit psychischen Störungen finden in Deutschland regional ein sehr unterschiedliches Angebot an Psychotherapeutinnen und -therapeuten vor.

---

klinischen sowie bevölkerungsbasierten Studien auch international etabliert [40, 41]. Als zusätzlicher Indikator für einen medizinischen Versorgungsbedarf wurde das Vorliegen einer chronischen Erkrankung nach einem auf EU-Ebene standardisierten Instrument mit der Frage: „Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Erkrankungen?“ erfasst. Dieses ist Teil des Minimum European Health Moduls (MEHM) [42]. Über depressive Störungen hinaus dient dieser Indikator hier vornehmlich der Beschreibung möglicher Komorbiditäten und erfüllt den Zweck, einen Behandlungsbedarf umfänglicher zu berücksichtigen.

### 2.3 Statistische Analysen

Die Analysen wurden mit dem Programmpaket STATA Version 14.1 durchgeführt. Alle Berechnungen erfolgten mit einem Gewichtungsfaktor, der Abweichungen der Stichprobe von der Bevölkerungsstruktur (Stand: 31.12.2014) hinsichtlich Geschlecht, Alter, Kreistyp und Bildung korrigiert. Der Kreistyp spiegelt den Grad der Urbanisierung und entspricht der regionalen Verteilung in Deutschland. Bei den deskriptiven Analysen kamen die STATA-Prozeduren SVY zur Gewichtung komplexer Stichproben zum Einsatz. Um neben den individuellen Determinanten in der multivariaten Analyse auch Einflussfaktoren auf Kreisebene (Versorgungsdichte) adäquat zu berücksichtigen, wurden unter Verwendung der Prozedur MELOGIT Mehrebenenanalysen durchgeführt (sogenannter Random-Intercept-Regressionsmodelle). In Anlehnung an die Prozedur XTMRHO wurden als Maß für die mittlere Variation in der Inan-

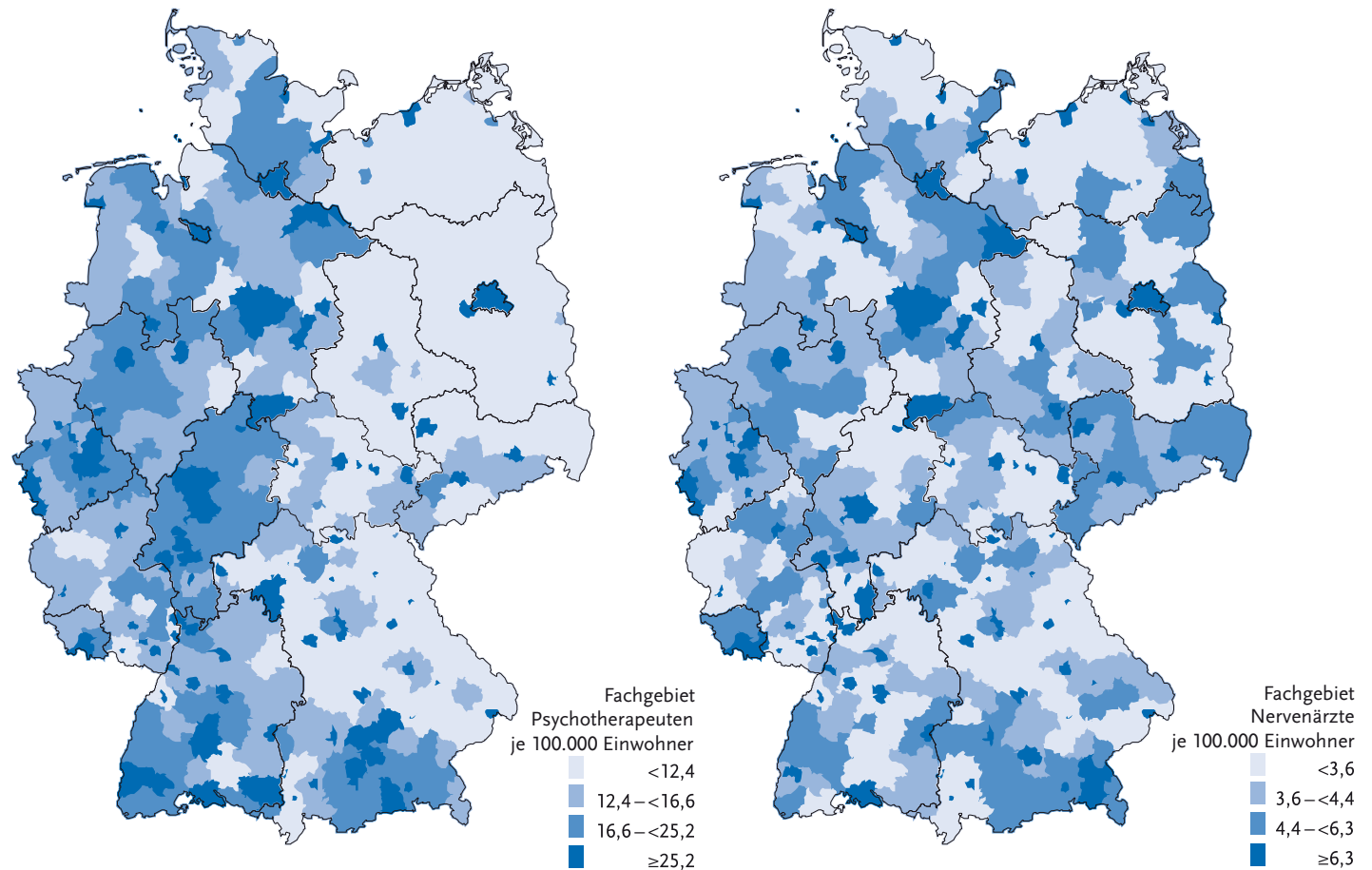
spruchnahme zwischen den Kreisen Median Odds Ratios berechnet [43]. Zusammenhänge zwischen Determinanten und Inanspruchnahme werden als Odds Ratios berichtet. Die Prozeduren MARGINS bzw. MARGINS-PLOT wurden verwendet, um die Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen in Abhängigkeit von der Versorgungsdichte modellbasiert zu schätzen und zu visualisieren. Dabei wurden mögliche Interaktionen zwischen den dargestellten Variablen zusätzlich im Modell berücksichtigt. Die Gewichtung der Mehrebenenmodelle erfolgte unter Zerlegung der Stichprobengewichte für Kreise und Individuen [44].

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Versorgungsstrukturen

Die Untersuchung der Frage, inwieweit die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch das regionale Angebot dieser Leistungen beeinflusst wird, setzt voraus, dass eine ungleiche Verteilung tatsächlich besteht. Dies ist in Deutschland der Fall. Insbesondere im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung findet sich eine starke Spannweite in der Versorgungsdichte (Arztgruppe definiert laut Bedarfsplanungsrichtlinie; siehe [Methode](#)). Diese reichte 2013 von nominal 1,7 Leistungserbringern pro 100.000 Einwohner im Kreis Landshut bis zu 129,7 Leistungserbringern pro 100.000 Einwohner in der kreisfreien Stadt Heidelberg [28]. In der regionalen Verteilung zeigen sich dabei zwei Muster: Zum einen sind die Versorgungsdichten insbesondere in den Landkreisen in Ostdeutschland sowie in Bayern deutlich geringer als in weiten Teilen West-

**Abbildung 1**  
Regionale Verteilung niedergelassener Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Ärztinnen und Ärzten für Nervenheilkunde im Jahr 2013 (Arztgruppen laut Bedarfsplanungsrichtlinie; rohe Versorgungsdichte)  
Quelle: Bundesarztregister [28]



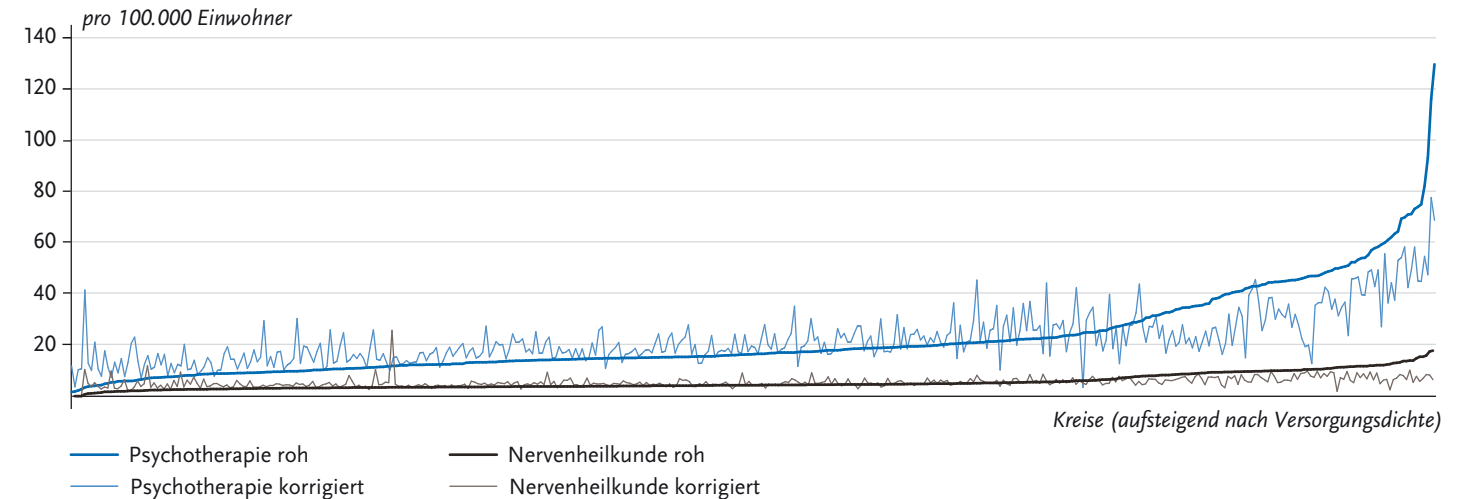
deutschlands. Zum anderen zeigen sich besonders hohe Versorgungsdichten in kreisfreien Städten und Stadtstaaten ([Abbildung 1](#)). In Ostdeutschland finden sich zudem besonders viele Landkreise, die nicht von der Mitversorgung durch größere Städte profitieren. Insbesondere im Nordosten Deutschlands gibt es nach Gebietsreformen keine kreisfreien Städte mehr, sodass die niedrigen Versorgungsdichten in den verbliebenen

Kreisen bereits eine Mittelung zwischen Kleinstädten und ländlichen Gebieten darstellen.

Anders stellt sich das Bild bei den Ärztinnen und Ärzten für Nervenheilkunde dar (definiert laut Bedarfsplanungsrichtlinie; siehe [Methode](#)). Zum einen sind die regionalen Muster wie der Unterschied zwischen Ost- und Westdeutschland weniger ausgeprägt ([Abbildung 1](#)). Zum anderen ist die Versorgungsdichte hier deutlich

**Abbildung 2**  
Verteilung niedergelassener Leistungserbringer für Psychotherapie und Nervenheilkunde im Jahr 2013 auf Kreisebene (Arztgruppen laut Bedarfsplanungsrichtlinie; rohe und für Mitversorgung korrigierte Versorgungsdichte)  
Quelle: Bundesarztregister [28], Zi [30, 31]

**In Deutschland berichten 11,3% der Frauen und 8,1% der Männer, innerhalb eines Jahres psychotherapeutische oder psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen zu haben.**



geringer als bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten. So gibt es einige Kreise, wie zum Beispiel der Kreis Schweinfurt, in denen keine Ärztinnen und Ärzte dieser Fachrichtung niedergelassen sind. Andererseits ist die Spannweite auch deutlich geringer, sodass die höchste Versorgungsdichte in der kreisfreien Stadt Bamberg mit 17,9 Leistungserbringern pro 100.000 Einwohner erreicht wurde.

Die häufig unmittelbare Nähe von weniger gut versorgten Landkreisen und relativ gut versorgten kreisfreien Städten verdeutlicht die Notwendigkeit, die Mitversorgung über Kreisgrenzen hinweg angemessen zu berücksichtigen. Dabei verringern sich die regionalen Versorgungsunterschiede deutlich. So zeigt sich besonders am Beispiel der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, dass die Versorgung in Landkreisen mit einer sehr geringen Versorgungsdichte aufgrund der Mitversorgung durch andere Landkreise meist tatsächlich besser ist. In Landkreisen und Städten mit vergleichsweise

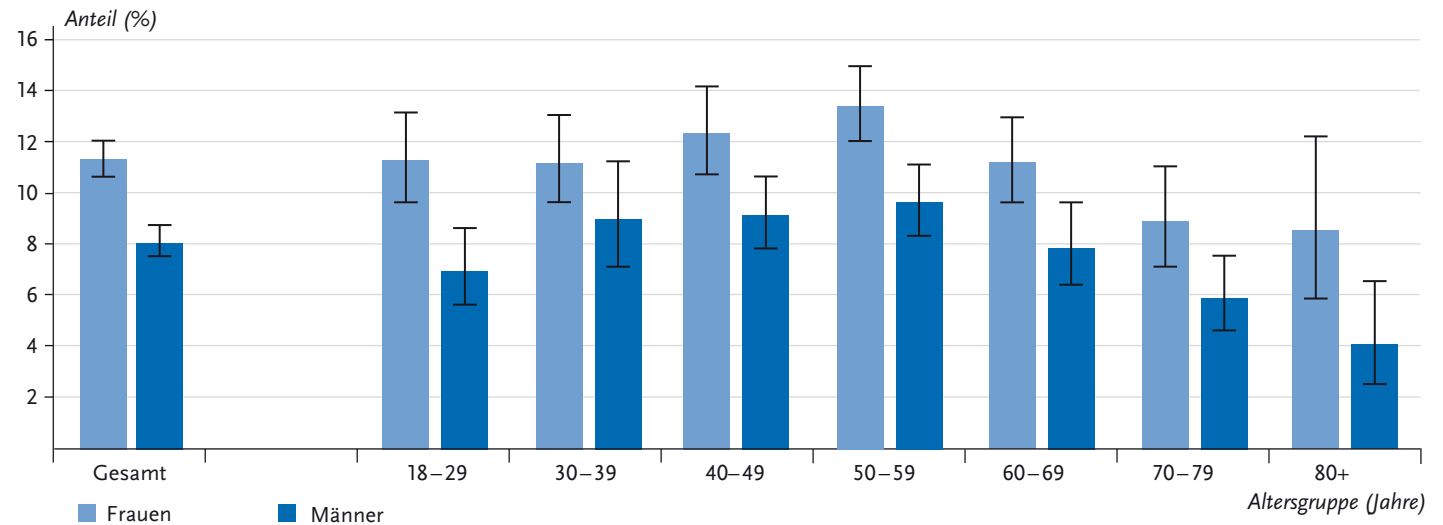
sehr guter Versorgung ist das Angebot dagegen aufgrund der Mitversorgung, die insbesondere für das Umland geleistet wird, im Ergebnis geringer. Infolgedessen beläuft sich die maximale Zahl an tatsächlich verfügbaren Leistungserbringern nicht mehr auf nahezu 130 pro 100.000 Einwohner, sondern auf etwa 75 (Abbildung 2).

### 3.2 Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen

Neben dem Angebot an Leistungserbringern sollte in Analysen zur Versorgungssituation auch die tatsächliche Inanspruchnahme der betreffenden Leistungen berücksichtigt werden. In Deutschland berichten innerhalb eines Jahres 9,7% (95%-KI: 9,2–10,3) der erwachsenen Bevölkerung von mindestens einem Kontakt zu psychotherapeutischen oder psychiatrischen Leistungserbringern. Frauen suchen die betreffenden Berufsgruppen



**Abbildung 3**  
**Inanspruchnahme psychotherapeutischer**  
**oder psychiatrischer Leistungen nach**  
**Alter und Geschlecht (n = 23.875)**  
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



**Rund zwei Drittel der Personen mit depressiver Symptomatik suchen binnen eines Jahres keine psychotherapeutisch oder psychiatrisch tätigen Leistungserbringer auf.**

mit 11,3 % (95 %-KI: 10,6–12,1) deutlich häufiger auf als Männer mit 8,1 % (95 %-KI: 7,5–8,8). Des Weiteren zeigen sich Veränderungen der Nutzung der betreffenden Leistungen im Altersverlauf (Abbildung 3).

Bei beiden Geschlechtern nimmt der Anteil der Personen, die sich bei psychotherapeutischen oder psychiatrischen Leistungserbringern behandeln lassen, mit dem Alter zunächst zu und erreicht mit 13,4 % bei Frauen und 9,7 % bei Männern den höchsten Wert in der Altersgruppe der 50- bis 59-jährigen. In der Folge geht die selbstberichtete Nutzung der betreffenden Leistungen wieder zurück und erreicht bei beiden Geschlechtern die im Altersgang niedrigsten Werte bei den ab 80-jährigen Befragten (Frauen 8,5 %; Männer 4,1 %) sowie in der Gruppe der 70- bis 79-jährigen (Frauen 8,9 %; Männer 5,9 %).

Darüber hinaus weisen Personen, die unter einer chronischen Erkrankung leiden, eine deutlich höhere

Inanspruchnahme auf (Tabelle 1). Ausgeprägte Unterschiede zeigen sich vor allem bei Personen mit aktueller depressiver Symptomatik im Vergleich zu Personen ohne depressive Symptomatik. 35,0 % der Frauen, bei denen eine depressive Symptomatik besteht, berichten, in den letzten 12 Monaten psychotherapeutisch oder psychiatrisch Behandelnde aufgesucht zu haben. Bei den Männern waren dies 31,0 %. Im Umkehrschluss haben rund zwei Drittel der Personen mit aktueller depressiver Symptomatik in den letzten 12 Monaten keine professionelle Hilfe gesucht oder wurden möglicherweise von allgemeinmedizinisch oder anderen somatisch ausgerichteten Leistungserbringern behandelt.

Des Weiteren zeigen sich einige Unterschiede im Inanspruchnahmeverhalten auch bei Berücksichtigung sozialer und soziodemografischer Merkmale (Tabelle 1). So suchen Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status die betreffenden Berufsgruppen deutlich häufiger

**Tabelle 1**  
**Inanspruchnahme psychotherapeutischer**  
**oder psychiatrischer Leistungen nach**  
**ausgewählten sozialen Merkmalen**  
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

	%	Frauen		Männer	
		(95 %-KI)		(95 %-KI)	
<b>Region</b>	(n= 13.066)			(n= 10.809)	
Alte Bundesländer (inkl. Berlin)	11,3	(10,4–12,2)		8,0	(7,3–8,7)
Neue Bundesländer	11,8	(10,4–13,4)		8,7	(7,3–10,3)
<b>SES</b>	(n= 13.041)			(n= 10.782)	
Niedrig	13,7	(11,8–15,8)		10,1	(8,6–11,9)
Mittel	10,9	(10,1–11,8)		8,0	(7,1–9,0)
Hoch	9,9	(8,7–11,2)		6,5	(5,5–7,6)
<b>Krankenversicherung</b>	(n= 12.660)			(n= 10.359)	
Gesetzlich	11,3	(10,5–12,1)		8,3	(7,5–9,1)
Privat	10,1	(8,6–11,8)		7,0	(5,8–8,4)
<b>Ehe/eheähnliche Gemeinschaft</b>	(n= 12.909)			(n= 10.648)	
Ja	9,9	(9,1–10,8)		7,1	(6,5–7,9)
Nein	13,9	(12,6–15,4)		10,3	(8,9–11,8)
<b>Soziale Unterstützung</b>	(n= 12.851)			(n= 10.638)	
Mittel/stark	9,8	(9,1–10,5)		6,8	(6,2–7,5)
Gering	18,1	(16,1–20,4)		13,3	(11,6–15,2)
<b>Depressive Symptomatik</b>	(n= 12.838)			(n= 10.653)	
Ja	35,0	(31,8–38,2)		31,0	(27,4–35,0)
Nein	8,2	(7,5–8,9)		5,9	(5,3–6,6)
<b>Chronische Krankheit</b>	(n= 12.960)			(n= 10.743)	
Ja	16,5	(15,3–17,9)		13,4	(12,3–14,6)
Nein	6,6	(5,8–7,4)		3,9	(3,3–4,5)

KI = Konfidenzintervall; SES = sozioökonomischer Status

auf als Personen mittlerer oder höherer Statusgruppen. Die Unterschiede zwischen gesetzlich und privat Versicherten wie auch zwischen den alten und neuen Bundesländern sind dagegen schwach ausgeprägt. Angesichts der geringeren Versorgungsdichte in den neuen Bundesländern spricht dieser Befund auf deskriptiver Ebene dafür, dass das vorhandene Versorgungsangebot nicht mit einer tatsächlich geringeren Nutzung einhergeht (Tabelle 1, Abbildung 1).

Dagegen zeigen sich stärkere Zusammenhänge zwischen den Indikatoren der sozialen Einbindung und der Nutzung psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen. Befragte, die nicht in einer Ehe oder einer eheähnlichen Gemeinschaft leben und vor allem Personen, die eine geringe soziale Unterstützung erleben, nehmen häufiger als andere eine entsprechende Behandlung in Anspruch.

**Tabelle 2**  
**Individuelle und regionale Determinanten der**  
**Inanspruchnahme psychotherapeutischer**  
**oder psychiatrischer Leistungen; Ergebnisse**  
**logistischer Mehrebenenanalysen**  
**(Odds Ratios) (n=21.968)**  
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS

Ebene	Merkmal	Kategorie	OR	95 %-KI	
Individuen	Geschlecht (Ref. Männer)	Frauen	<b>1,36</b>	1,21	1,53
		Alter (metrisch)	<b>1,0699</b>	1,0470	1,0933
		Alter <sup>2</sup> (metrisch)	<b>0,9993</b>	0,9990	0,9995
	SES (Ref. niedrig)	mittel	1,00	0,84	1,18
		hoch	0,96	0,76	1,23
	Krankenversicherung (Ref. gesetzlich)	privat	0,95	0,80	1,12
	Ehe/eheähnliche Gemeinschaft (Ref. ja)	nein	<b>1,48</b>	1,30	1,69
	Soziale Unterstützung (Ref. mittel/hoch)	gering	<b>1,34</b>	1,16	1,54
	Depressive Symptomatik (Ref. nein)	ja	<b>4,85</b>	4,11	5,72
	Chronische Erkrankung (Ref. nein)	ja	<b>2,75</b>	2,38	3,18
Kreise	Psychotherapeutinnen, -therapeuten/100.000 EW (metrisch)		<b>1,0071</b>	1,0014	1,0129
	Nervenärztinnen, -ärzte/100.000 EW (metrisch)		0,9855	0,9607	1,0111
	Variation zwischen den Kreisen (MOR)		<b>1,3318</b>		

SES = sozioökonomischer Status; OR = Odds Ratio; MOR = Median Odds Ratio; Ref. = Referenzkategorie; 95 %-KI = 95 %-Konfidenzintervall; EW = Einwohner  
 Psychotherapeutinnen, -therapeuten und Nervenärztinnen, -ärzte (definiert laut Bedarfsplanungsrichtlinie; siehe Methode): korrigiert für Mitversorgungseffekte  
 Fett gedruckte Werte: Zusammenhang ist statistisch signifikant ( $p < 0,05$ )

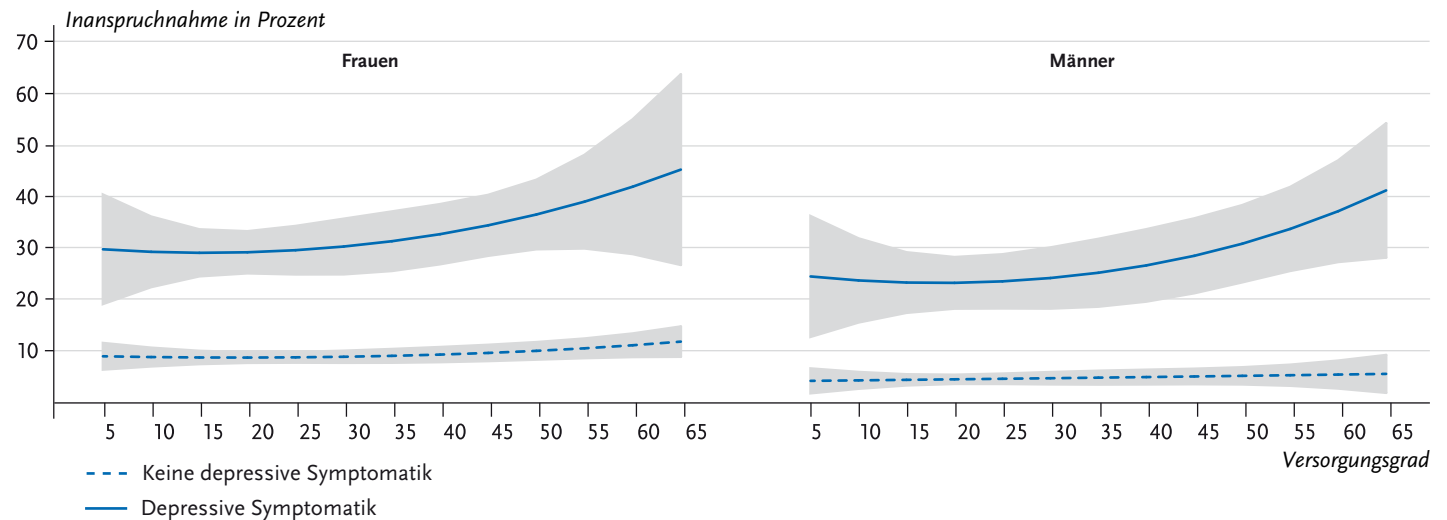
### 3.3 Individuelle und regionale Einflussfaktoren der Inanspruchnahme

Die Mehrebenenanalyse zeigt, dass zwischen den Kreisen signifikante Unterschiede in der Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlungsangebote bestehen (Median Odds Ratio des Modells ohne Kontrollvariablen: 1,33). Diese Unterschiede sind auch mit der regionalen Verteilung der Leistungserbringer assoziiert: Die um Mitversorgung korrigierte Dichte an Psychotherapeutinnen und -therapeuten auf Kreisebene weist einen signifikanten Zusammenhang mit der individuellen Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung auf. Die Wahrscheinlichkeit, diese Leistungen zu nutzen, steigt im Mittel mit weiteren zehn Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro Landkreis

um rund sieben Prozent an (Odds Ratio 1,007; [Tabelle 2](#)). Ein vergleichbarer Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme und regionaler Verteilung der Nervenärztinnen und Nervenärzte besteht dagegen nicht.

Des Weiteren gehen neben den Indikatoren des medizinischen Bedarfs auch Geschlecht und Alter mit Unterschieden in der Inanspruchnahme einher. Frauen haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, psychotherapeutische oder psychiatrische Leistungen in Anspruch zu nehmen als Männer. Die signifikanten Odds Ratios des Alters sowie des quadrierten Alters zeigen an, dass die Zunahme der Inanspruchnahme im Altersgang nicht linear ist ([Tabelle 2](#)). Das Modell bestätigt damit einen mit dem Alter zunächst ansteigenden und dann abfallenden Verlauf, wie er auch in der deskriptiven Auswertung zu sehen ist ([Abbildung 3](#)). Unter den weiteren

**Abbildung 4**  
**Inanspruchnahme psychotherapeutischer**  
**oder psychiatrischer Leistungen bei Personen**  
**mit und ohne depressive Symptomatik; modell-**  
**basierte Schätzung mit 95 %-Konfidenz-**  
**intervallen (n=21.968)**  
 Quelle: GEDA 2014/2015-EHIS



nicht-medizinischen Faktoren stehen im multivariaten Modell vor allem soziale Bindungen in Zusammenhang mit der Inanspruchnahme: Personen, die nicht in einer Ehe oder einer eheähnlichen Gemeinschaft leben, sowie Personen mit geringer sozialer Unterstützung nehmen psychotherapeutische und psychiatrische Behandlungsangebote signifikant häufiger in Anspruch. Der sozioökonomische Status wie auch der Versichertenstatus weisen hingegen bei Kontrolle des medizinischen Bedarfs keine nennenswerten Zusammenhänge mit der Inanspruchnahme auf.

Der Zusammenhang zwischen der regionalen Verteilung an Psychotherapeutinnen und -therapeuten und der Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungsleistungen lässt sich getrennt für Frauen und Männer modellbasiert auch grafisch darstellen. Dabei zeigt sich, dass ein ausgeprägter Zusammenhang vor allem für Personen besteht, die zum Zeit-

punkt der Befragung eine depressive Symptomatik aufweisen ([Abbildung 4](#)). Bei Personen ohne vorliegende depressive Symptomatik stagniert die Inanspruchnahme mit zunehmender Versorgungsdichte auf einem etwa gleichbleibend niedrigen Niveau. Bei Personen mit depressiver Symptomatik zeigt sich dagegen mit höherer Versorgungsdichte ein Anstieg in der Inanspruchnahme. Der Zusammenhang zwischen der Dichte an Leistungserbringern und der tatsächlichen Inanspruchnahme ist aber im Bereich geringer und mittlerer Versorgungsdichten schwächer ausgeprägt als im Bereich höherer und sehr hoher Versorgungsdichten. Dabei ist zu beachten, dass adjustiert um Mitversorgung, nur etwa 25% aller Kreise über dem Wert von 35 Psychotherapeutinnen und -therapeuten pro 100.000 Einwohner liegen, oberhalb von 50 Leistungserbringern weniger als 10%. Insgesamt beträgt der Anstieg etwa 15 Prozentpunkte. Während bei Frauen mit depressiver Symptomatik die

**In Regionen mit relativ vielen Psychotherapeutinnen und -therapeuten nehmen Personen mit depressiver Symptomatik deren Hilfe deutlich häufiger in Anspruch.**

Inanspruchnahme in Kreisen mit geringer und mittlerer Versorgungsdichte bei knapp 30 % liegt, steigt die Nutzung der betreffenden Leistungen in Regionen mit sehr hoher Versorgungsdichte auf etwa 45 % an. Bei Männern zeigt sich ein vergleichbarer Anstieg, von rund 24 % auf etwa 40 % (Abbildung 4).

#### 4. Diskussion

In Deutschland berichten 11,3 % der Frauen und 8,1 % der Männer von der Inanspruchnahme psychotherapeutischer oder psychiatrischer Leistungen in den vergangenen 12 Monaten. Unter den Frauen und Männern mit aktueller depressiver Symptomatik waren dies 35,0 % bzw. 31,0 %. Im Umkehrschluss haben rund zwei Drittel der Personen mit bestehender depressiver Symptomatik in den letzten 12 Monaten keine professionelle Hilfe gesucht bzw. wurden im Rahmen der primärärztlichen Versorgung oder von somatisch ausgerichteten Leistungserbringern behandelt. Die Verteilung insbesondere der ambulanten psychotherapeutischen Leistungserbringer in Deutschland weist große regionale Unterschiede auf. Dabei zeigt sich zwischen Versorgungsdichte und Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen ein deutlicher Zusammenhang. In Regionen mit sehr hohen psychotherapeutischen Versorgungsdichten liegt der Anteil der Personen mit depressiver Symptomatik, der sich behandeln lässt, etwa 15 Prozentpunkte höher als in Regionen mit geringer Versorgungsdichte. Daneben weisen vor allem ein Leben ohne Partnerschaft sowie eine geringe soziale Unterstützung einen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen auf.

Für Menschen mit psychischen Störungen unterscheidet sich der Zugang zum spezialisierten Versorgungssystem deutlich zwischen einzelnen Regionen. Die Dichte der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schwankt um ein 76,3-Faches, die der Nervenärztinnen und Nervenärzte um ein 17,9-Faches, womit beide Arztgruppen die in der Bedarfsplanung festgeschriebenen Abweichungen zwischen Regionstypen (Schwankungen um den Faktor 2,9 bzw. 2,4) weit übertreffen [45]. Selbst wenn die Häufigkeit psychischer Störungen nicht gravierend regional variiert, so sind möglicherweise doch ihre Folgen in Abhängigkeit von verfügbaren Behandlungsangeboten räumlich ungleich verteilt. Wenn Patientinnen und Patienten in Regionen mit geringer Versorgungsdichte Behandelnde jenseits ihres Wohnortes aufsuchen, spricht man von Mitversorgung. Durch den Einbezug von Mitversorgungsbeziehungen zwischen benachbarten Regionen reduziert sich die Spannweite der Angebotsdichten wesentlich, aber keinesfalls vollständig. Die Interpretation von Mitversorgungsbeziehungen ist jedoch ambivalent: Zwar mildern sie Versorgungsunterschiede ab und zeigen die für eine effiziente Versorgung notwendigen Serviceleistungen der Zentren für die Peripherie auf. Sie machen aber dadurch Patientenströme sichtbar, die erst durch eine nominelle lokale Unterversorgung ausgelöst werden [46].

Bei der Interpretation des Zusammenhangs zwischen Versorgungsangebot und der Nutzung psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen ist des Weiteren zu berücksichtigen, dass mit den einbezogenen Indikatoren für die Inanspruchnahme und die regionalen Versorgungsstrukturen die Versorgungsrealität nur näher

rungsweise abgebildet wird. So stellt die Inanspruchnahme bei Befragten mit depressiver Symptomatik eher eine konservative Schätzung dar. Die Symptome können erst seit kurzer Zeit bestehen und die Kontaktaufnahme mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungserbringern kann zum Erhebungszeitpunkt noch ausstehen. Auch entsprechen die im GEDA-2014/2015-EHIS-Fragebogen erfassten Arztgruppen den gemäß Bedarfsplanungsrichtlinie auf regionaler Ebene abgebildeten Gruppen nicht vollständig (siehe Methoden). So kann mit der GEDA-2014/2015-EHIS-Frage in begrenztem Umfang auch die Inanspruchnahme psychologischer Beratung außerhalb des medizinischen Systems erfasst werden, welche nicht Bestandteil einer leitliniengerechten Behandlung psychischer Störungen ist. Gleichermaßen umfassen die betrachteten Arztdichten in der Gruppe der Nervenärztinnen und -ärzte auch neurologisch tätige Leistungserbringer, da diese in der Bedarfsplanungsrichtlinie dieser Behandlergruppe zugeschlagen werden. Abrechnungsdaten zeigen aber, dass etwa ein Drittel der häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Versorgung im Bereich der Erkrankungen des Nervensystems liegen (z. B. Parkinson, Epilepsie oder Demenzen) [47]. Diese Arztgruppe steht also nicht ausschließlich für die Versorgung psychischer Störungen zur Verfügung. Das Behandlungsangebot für diese Patientengruppe wird anhand der verwendeten Arztdichten somit tendenziell überschätzt. Hier setzt die Datenverfügbarkeit einer einheitlichen Zuordnung von Arztgruppen aus unterschiedlichen Datenquellen Grenzen.

Eine weitere Unschärfe besteht darin, dass mit den Maßzahlen zur Versorgungsdichte der Umfang der tat-

sächlich erbrachten Versorgung nur bedingt abgebildet wird. Dieser ist nicht nur von der nominellen Arztdichte, sondern auch von verschiedenen weiteren Faktoren wie dem Anteil an Teilzeitarbeit und der pro Praxis behandelten Patientenzahl und Behandlungsfrequenz abhängig. In diesen Merkmalen unterscheiden sich die betrachteten Arztgruppen zudem deutlich: Abrechnungsdaten aus dem Jahr 2008 zeigen für die Gruppe der nervenärztlichen Leistungserbringer, dass diese eine vielfach höhere Anzahl an Fällen pro Quartal behandeln als ihre psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, je Fall aber einen geringeren Behandlungsumfang (-zeit, -frequenz) abrechnen [47]. Insofern leisten beide Arztgruppen sehr spezifische und schwer vergleichbare Beiträge zur Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen.

Weiterhin ist zu berücksichtigen, dass die Erhebung einer depressiven Symptomatik über den PHQ-8-Fragebogen nur als Annäherung an die Indikation für eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung dienen kann. Aussagen zum Behandlungsbedarf der erfassten depressiven Symptomatik sind nicht direkt ableitbar. So können depressive Symptome als unterschwellige Form einer Depression auftreten und sich häufig auch spontan zurückbilden, so dass kein längerfristiger Behandlungsbedarf vorliegt [48]. Allerdings wird mit der hier verwendeten Zielvariable auch keine Therapie im umfänglichen Sinne, sondern ein Kontakt zum Hilfesystem abgebildet. Passend hierzu wird mit dem PHQ-8-Fragebogen eine Personengruppe erfasst, die einen ersten fachärztlichen Abklärungs- und Beratungsbedarf aufweist und insofern als inanspruchnahme-

---

## Viele Patientinnen und Patienten mit depressiven Störungen werden ausschließlich hausärztlich versorgt.

---

bedürftig und inanspruchnahmeberechtigt angesehen werden kann.

Dennoch berichtet nur etwa ein Drittel der Personen mit depressiver Symptomatik von einer Kontaktaufnahme zu psychotherapeutischen und psychiatrischen Leistungserbringern. Dies entspricht bisherigen epidemiologischen Befunden zur Inanspruchnahme, wonach auch Personen mit klinisch relevanten depressiven Störungen mehrheitlich unbehandelt bleiben [49]. Abrechnungsdaten von Krankenkassen zeigen überdies, dass bei erfolgter Inanspruchnahme des Versorgungssystems etwa zwei Drittel der Personen mit depressiver Störung keine fachärztliche Abklärung erfahren und ausschließlich durch den Hausarzt versorgt werden [5, 11]. Auch wenn es schwer festzustellen ist, welches ein „angemessenes“ Niveau an Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungserbringer auf Bevölkerungsebene darstellt, sind diese Aspekte mit Hinblick auf die Qualität der Versorgung durchaus relevant. Denn es ist wahrscheinlich, dass Depressionen in der Versorgung sowohl unter- als auch überdiagnostiziert und -versorgt werden. Besonders problematisch erscheint in diesem Zusammenhang, dass insgesamt die Hälfte bis zwei Drittel aller Depressionsdiagnosen als unspezifische Diagnosen ohne Schweregradkodierung vergeben werden, in der hausärztlichen Praxis mehr als 80% [5, 6, 50–53]. Ob in diesen Fällen von einer leitliniengerechten Behandlung ausgegangen werden kann, die eine präzise Schweregradeinstufung und häufig eine fachärztliche Abklärung erfordern würde, ist fraglich und sollte in weiterführenden Studien genauer untersucht werden [11].

Bei der Einordnung weiterer individueller Determinanten fallen zunächst die Unterschiede in der Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht auf. Frauen zeigen unabhängig von den betrachteten Leistungen in der Regel höhere Inanspruchnahmeraten als Männer [33, 34, 36]. Die Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlungen stellen hier keine Ausnahme dar [49]. In Übereinstimmung mit bisherigen Befunden nimmt die Nutzung von psychotherapeutischen Leistungen im Altersgang tendenziell ab [34, 54]. Beim sozioökonomischen Status zeigt sich, dass Angehörige der unteren Statusgruppen anteilig häufiger Kontakt zu psychotherapeutisch und psychiatrisch tätigen Leistungserbringern hatten als Personen mit mittlerem oder hohem Status. Dieser Unterschied bestätigt sich unter Kontrolle einer depressiven Symptomatik im multivariaten Modell nicht. Die deskriptiv höhere Inanspruchnahme bei Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status kann daher auf die höheren Prävalenzen einer depressiven Symptomatik und ggf. depressiver Störungen in dieser Bevölkerungsgruppe zurückgeführt werden [55] (siehe auch die Fact sheets [Depression](#) und [Depressive Symptomatik](#) in der Ausgabe 3/2017 des Journal of Health Monitoring). Des Weiteren zeigen vor allem eine geringe soziale Unterstützung sowie das Leben außerhalb einer Ehe oder eheähnlichen Gemeinschaft einen unabhängigen Zusammenhang mit einer höheren Inanspruchnahme.

Zentrales Ergebnis der vorliegenden Arbeit in Bezug auf regionale Unterschiede ist, dass zwischen dem regionalen Angebot an psychotherapeutischen Leistungserbringern (Versorgungsdichte) und der Höhe der Inanspruchnahme auf Bevölkerungsebene grundsätzlich ein

Zusammenhang besteht. Dieser ist im Bereich geringer und mittlerer Versorgungsdichten tendenziell schwächer ausgeprägt. Als eine mögliche Erklärung hierfür bietet sich an, dass Patientinnen und Patienten insbesondere aus Gebieten mit einem geringeren Versorgungsangebot diese Situation teilweise kompensieren. Sie können beispielsweise deutlich längere Anfahrtswege in Kauf nehmen oder auf stationäre Versorgungsangebote ausweichen.

Darüber hinaus ist eine Deckelung der Inanspruchnahme durch eine absolute Auslastung nicht auszuschließen. So könnten Leistungserbringer in schlechter versorgten Regionen mehr Patientinnen und Patienten behandeln, diese aber möglicherweise seltener pro Quartal sehen als in besser versorgten Regionen. Dadurch können sie in gewissem Umfang ein geringeres Versorgungsangebot kompensieren. Analysen kasenzärztlicher Abrechnungsdaten legen solche regionalen Unterschiede in der Fallzahl pro Leistungserbringer bzw. in der Behandlungsfrequenz im Vergleich zwischen ost- und westdeutschen Bundesländern nahe [56]. Hierzu passt, dass sich die Inanspruchnahmehäufigkeit auf Bevölkerungsebene in den vorliegenden Daten trotz erheblicher Abweichungen im Ausbau der ambulanten Angebotsstruktur zwischen alten und neuen Bundesländern kaum unterscheidet.

Daher sind derzeit besonders Personen mit depressiver Symptomatik, die in den rund 25% der Regionen mit den höchsten Versorgungsdichten leben, in Bezug auf ihre Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung benachteiligt. Die im Bedarfsfall deutlich höhere Inanspruchnahme psychotherapeutischer und psychiatrischer Leistungen in diesen Regionen zeigt, dass die betreffenden

Personen diese besseren Möglichkeiten auch nutzen. Personen aus schlechter versorgten Regionen verbleiben hingegen häufiger und länger zunächst ohne Versorgung oder werden häufiger durch somatisch ausgerichtete Fachärztinnen und -ärzte behandelt. Inwieweit sich dies in Versorgungsergebnissen wie einer häufigeren medikamentösen Therapie, häufigeren stationären Einweisungen oder vermehrten Rezidiven äußert, wären Hypothesen für eine zukünftige Forschung. In jedem Fall sprechen diese Befunde jedoch, übereinstimmend mit früheren Analysen, gegen die Hypothese einer angebotsinduzierten Nachfrage der Behandlung durch psychotherapeutische oder psychiatrische Leistungserbringer [19]. Denn während die Inanspruchnahme in gut versorgten Regionen bei vorliegender depressiver Symptomatik zunimmt, verbleibt sie ohne diese Symptome auch bei guter Versorgung auf einem vergleichsweise niedrigen Niveau.

Um eine bedarfsgerechte Nutzung psychotherapeutischer und psychiatrischer Angebote zu erreichen, steht als ein Mittel die Anpassung der Bedarfsplanung und damit die Verbesserung der Angebotsstrukturen zur Verfügung. Nach dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG) soll der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ab dem Jahr 2017 die Bedarfsplanung unter Berücksichtigung der Sozial- und Morbiditätsstruktur einer Region anpassen und besonders eine Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung (auch auf kleinräumiger Ebene) realisieren. Auch wenn hinlänglich bekannt ist, dass die Besetzung freier Arztsitze schwierig sein kann und die Planung an sich noch nicht zu einem verbesserten Versorgungsangebot führen muss, sollte dieses Ziel im Sinne der Herstellung einer höhe-



**Zugangswege zur spezialisierten Versorgung wie der Stepped-Care-Ansatz sollten neben einer Steigerung der Zahl an Leistungserbringern weiter erprobt werden.**

ren Bedarfsgerechtigkeit weiter verfolgt werden. Dies erleichtert den Patientinnen und Patienten den Zugang zur Versorgung, indem die wohnortnahe Versorgung in schlechter versorgten Gebieten ausgebaut wird. Es entlastet die dort tätigen Leistungserbringer und schafft mehr Ressourcen für bedarfsgerechte Behandlungen.

Darüber hinaus sind weitere Angebote zu prüfen, welche die Schwelle insbesondere für einen zügigen Erstkontakt auch zur fachärztlichen Versorgung senken können. Erste Schritte in diese Richtung wurden mit der Novellierung der Psychotherapeutenrichtlinie 2017 bereits vollzogen [57]: So soll mit Elementen wie der psychotherapeutischen Sprechstunde oder der Akutbehandlung im Krisenfall der frühe Zugang zu psychotherapeutischen Maßnahmen im Sinne eines gestuften Vorgehens (stepped care) vereinfacht werden. Dadurch wird eine Anpassung der Maßnahmen an den individuellen Bedarf ermöglicht und lange Wartezeiten, die das Risiko einer Chronifizierung psychischer Störung erhöhen, können reduziert werden. Auch durch den Wegfall aufwendiger Gutachterverfahren für Kurzzeittherapien soll eine schnelle Versorgung der Patientinnen und Patienten erreicht werden. Es wird sich allerdings zeigen müssen, inwiefern diese Neuerungen Ressourcen nur verschieben und ob schließlich aufgrund der größeren Zahl diagnostischer Abklärungen ggf. sogar bei mehr Personen die Indikation für eine Behandlung gestellt wird.

Zudem wird aktuell in verschiedenen Modellvorhaben (nach § 64b SGB V) erprobt, wie die Versorgung von Menschen mit psychischen Störungen verbessert werden kann. Schwerpunkt ist, neben der stärkeren Ausrichtung auf die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten, eine

stärker gesteuerte Kooperation von Behandelnden der primär- und fachärztlichen Versorgung im ambulanten wie auch im stationären Sektor unter Einbeziehung der Kostenträger (z. B. Krankenkassen). Diese Pilotprojekte beziehen häufig neue Versorgungsformen wie E-Mental-Health mit ein, da app- und internetbasierte Angebote einen niedrighschwelligen Zugang bieten, Wartezeiten überbrücken helfen oder zum Beispiel in der hausärztlichen Versorgung präventiv oder behandlungsfördernd wirken können [58–60]. Menschen in Regionen mit wenigen ambulanten Behandlungskapazitäten oder Personen, die aus Gründen wie Scham oder Zeitmangel vorhandene Angebote nicht in Anspruch nehmen, könnten auf diese Weise Unterstützung erhalten. Diese Verfahren sollten einer eingehenden Erprobung und Evaluation unterzogen werden und können nicht als Ersatz für die persönlich erbrachte Psychotherapie dienen. Sie zeigen aber, dass nicht nur die Zahl der Behandelnden (Kapazitäten) erhöht werden sollte, um eine höhere Bedarfsgerechtigkeit auf Angebotsseite zu erreichen, sondern auch die Formen des Zugangs weiterentwickelt werden können, um die Qualität der Versorgung durch psychotherapeutische und psychiatrische Angebote zu verbessern.

### Literatur

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M et al. (2012) Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 380(9859):2163–2196
2. Institute for Health Metrics and Evaluation (2017) Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Global, both sexes, all ages, YLDs per 100,000. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (Stand: 20.06.2017)

3. Institute for Health Metrics and Evaluation (2017) Global Burden of Disease Study 2015 (GBD 2015) Results. Germany, both sexes, all ages, YLDs per 100,000. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> (Stand: 20.06.2017)
4. Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK) (2013) DAK-Gesundheitsreport 2013. IGES Institut GmbH, Berlin
5. Gerste B, Roick C (2014) 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 et al. (Hrsg) Versorgungs-Report 2013/2014. Schattauer, Stuttgart, S. 21-54
6. Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) (2012) Bewertung der Kodierqualität von vertragsärztlichen Diagnosen – Eine Studie im Auftrag des GKV-Spitzenverbands in Kooperation mit der BARMER GEK. IGES Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH, Berlin
7. Kliner K, Rennert D, Richter M (2015) Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Dachverband, BKK Gesundheitsatlas 2015. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
8. Techniker Krankenkasse (Hrsg) (2015) Depressionsatlas. Auswertungen zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH, Göttingen
9. Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017) Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung im Laufe des Berichtsjahres (Anzahl und je 100.000 aktiv Versicherte). Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Zugangsalter, Geschlecht, 1. Diagnose (ICD-10). <http://www.gbe-bund.de/> (Stand: 20.06.2017)
10. Deutsche Rentenversicherung Bund (2016) Rentenversicherung in Zeitreihen. Ausgabe 2016, DRV-Schriften, Band 22.
11. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Bundespsychotherapeutenkammer, Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen, Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie, Deutsche Gesellschaft für Psychologie, Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (Hrsg) (2015) S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression - Langfassung, 1. Auflage. Version 5. 2009, zuletzt verändert: Juni 2015 (AWMF-Register-Nr.: nvl-00). [www.depression.versorgungsleitlinien.de](http://www.depression.versorgungsleitlinien.de) (Stand: 20.06.2017)
12. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J et al. (2013) Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme. Dtsch Arztebl Int 110(47):799-808
13. Klose J, Rehbein I (2016) Ärztatlas 2016. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Berlin
14. Albrecht M, Etgeton S, Ochmann R (2015) Faktencheck Gesundheit – Regionale Verteilung von Arztsitzen (Ärztedichte). Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
15. Albrecht M, Ochmann R, Jacobi F et al. (2016) Faktencheck Psychotherapeuten. Faktencheck Gesundheit. Bertelsmann Stiftung und Bundespsychotherapeutenkammer, Berlin
16. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Stellenwert regionaler Variationen in der Prävalenz und Behandlung depressiver Erkrankungen und Implikationen für die Versorgungsforschung. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 57:224-233
17. Thom J, Bretschneider J, Müllender S et al. (2015) Regionale Variationen der ambulanten primär- und fachärztlichen Versorgung psychischer Störungen - Regionale Bedarfsunterschiede oder Versorgungsungerechtigkeit? Psychiatrie 12:247-254
18. Ozegowski S, Sundmacher L (2012) Wie „bedarfsgerecht“ ist die Bedarfsplanung? Eine Analyse der regionalen Verteilung der vertragsärztlichen Versorgung. Gesundheitswesen 74:618-626
19. Jacobi F, Becker M, Bretschneider J et al. (2016) Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen: Kleine regionale Unterschiede im Bedarf, große regionale Unterschiede in der Versorgungsdichte. Nervenarzt 87(11):1211-1221
20. Jacobi F, Barnikol UB (2015) Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen: Das Problem diagnostischer Schwellen. Nervenarzt 86(1):42-50
21. Allin S, Hernández-Quevedo C, Masseria C (2009) Measuring equity of access to health care. In: Smith P, Mossialos E, Papanicolaou I et al. (Hrsg) Performance Measurement for Health System Improvement: Experiences, Challenges and Prospects. Cambridge University Press, Cambridge, S. 187-221

22. Bock C, Osterkamp N, Schulte C (2012) Fachärztliche Versorgung auf dem Land. Mangel oder fehlender Komfort? Gesundheitsmonitor 04/2012. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
23. Thode N, Bergmann E, Kamtsiuris P et al. (2005) Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 48(3):296-306
24. Andersen RM (2008) National health surveys and the behavioral model of health services use. Med Care 46(7):647-653
25. Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? J Health Soc Behav 36(1):1-10
26. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T (2012) Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. Psychosoc Med 9:Doc11
27. European Commission, Eurostat (2013) European Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual. European Commission, Luxembourg
28. Schulz M, Schulz M, Bätzing-Feigenbaum J et al. (2015) Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013. Versorgungsatlas-Bericht Nr 15/02. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin
29. Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg) (2014) Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung. Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin
30. Czihal T, von Stillfried D, Schallock M (2015) Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung (Teil 2) – Mitversorgung durch andere Regionen (2008) Versorgungsatlas-Bericht Nr. 12/05. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin
31. Czihal T, von Stillfried D, Schallock M (2015) Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung (Teil 1) – Mitversorgung für andere Regionen (2008) Versorgungsatlas-Bericht Nr. 12/04. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin
32. Europäische Union (2013) Verordnung (EU) Nr. 141/2013 der Kommission vom 19. Februar 2013 zur Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 1338/2008 des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über öffentliche Gesundheit und über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz in Bezug auf Statistiken auf der Grundlage der Europäischen Gesundheitsumfrage (EHIS). In: Europäische Union (Hrsg), ABL. L 47 vom 20.2.2013, S. 20–48
33. Hoebel J, Rattay P, Prütz F et al. (2016) Socioeconomic Status and Use of Outpatient Medical Care: The Case of Germany. PLoS One 11(5):e0155982
34. Rattay P, Butschalowsky H, Rommel A et al. (2013) Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(5-6):832-844 <http://edoc.rki.de/oa/articles/reNjmYnmVbkxU/PDF/21x19FTPZ-x3io.pdf> (Stand: 20.06.2017)
35. Kamtsiuris P, Bergmann E, Rattay P et al. (2007) Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendsurveys (KiGGS). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 50(5-6):836-850
36. Rommel A, Kroll LE (2017) Individual and Regional Determinants for Physical Therapy Utilization in Germany: Multilevel Analysis of National Survey Data. Phys Ther 97(5):512-523
37. Lampert T, Kroll LE, Müters S et al. (2013) Messung des sozioökonomischen Status in der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz 56(1):131-143
38. Dalgard OS, Dowrick C, Lehtinen V et al. (2006) Negative life events, social support and gender difference in depression: a multinational community survey with data from the ODIN study. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 41(6):444-451
39. Kroenke K, Strine TW, Spitzer RL et al. (2009) The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. J Affect Disord 114(1-3):163-173
40. Martin A, Rief W, Klaiberg A et al. (2006) Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. Gen Hosp Psychiatry 28(1):71-77
41. Lowe B, Spitzer RL, Grafe K et al. (2004) Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. J Affect Disord 78(2):131-140
42. Buratta V, Frova L, Gargiulo L et al. (2003) Development of a common instrument for chronic physical conditions. In: Nosikov A, Gudex C (Hrsg) EUROHIS: developing common instruments for health surveys. IOS press, Amsterdam
43. Kroll L (2007) XTMRHO: Stata module to calculate intra-class correlations after xtmixed. Statistical Software Components with

- number S456816. Boston College Department of Economics, Boston
44. Pfeffermann D, Skinner CJ, Holmes DJ et al. (1998) Weighting for unequal selection probabilities in multilevel models. *J R Stat Soc Series B Stat Methodol* 60(1):23-40
  45. Gemeinsamer Bundesausschuss (2016) Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie) in der Neufassung vom 20. Dezember 2012, zuletzt geändert am 15. Dezember 2016. [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1408/BPL-RL\\_2016-12-15\\_iK-2017-06-01.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1408/BPL-RL_2016-12-15_iK-2017-06-01.pdf) (Stand: 20.06.2017)
  46. Czihal T, Stillfried D, Schallock M (2012) Regionale Mitversorgungsbeziehungen in der ambulanten Versorgung. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin
  47. Kruse J, Herzog W, Hofmann M et al. (2012) Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“. Universitätsklinikum Heidelberg, Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Marburg, Heidelberg
  48. Whiteford HA, Harris MG, McKeon G et al. (2013) Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 43(8):1569-1585
  49. Mack S, Jacobi F, Gerschler A et al. (2014) Self-reported utilization of mental health services in the adult German population – evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23:289-303
  50. Betriebskrankenkassen (BKK) (2015) Gesundheitsatlas 2015. Gesundheit in Regionen – Blickpunkt Psyche. BKK Dachverband, BKK Gesundheitsatlas 2015. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin
  51. Erhart M, Stillfried D (2012) Analyse regionaler Unterschiede in der Prävalenz und Versorgung depressiver Störungen auf Basis vertragsärztlicher Abrechnungsdaten – Teil 1 Prävalenz. Versorgungsatlas. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Berlin
  52. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Faktencheck Gesundheit – Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsmann Stiftung, Gütersloh
  53. Gaebel W, Kowitz S, Fritze J et al. (2013) Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen. *Dtsch Arztebl International* 110(47):799-808
  54. Schmacke N (2012) Häufigkeit seelischer Erkrankungen. Die Frage nach der „wahren“ Prävalenz ist kein akademischer Luxus. *GGW* 12(3):7-15
  55. Maske UE, BATTERY AK, Beesdo-Baum K et al. (2016) Prevalence and correlates of DSM-IV-TR major depressive disorder, self-reported diagnosed depression and current depressive symptoms among adults in Germany. *J Affect Disord* 190:167-177
  56. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2012) Honorarbericht für das dritte Quartal 2011. Sonderthema: Honorarumsätze im regionalen Vergleich. KBV, Berlin
  57. Gemeinsamer Bundesausschuss (2017) Richtlinie über die Durchführung der Psychotherapie. Fassung vom: 19.02.2009 BAnz. Nr. 58 (S. 1399) vom 17.04.2009. Letzte Änderung: 24.11.2016. In Kraft getreten am: 16.02.2017 [https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL\\_2016-11-24\\_iK-2017-02-16.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1266/PT-RL_2016-11-24_iK-2017-02-16.pdf) (Stand: 20.06.2017)
  58. Klein JP, Gerlinger G, Knaevelsrud C et al. (2016) Internetbasierte Interventionen in der Behandlung psychischer Störungen. *Nervenarzt* 87(11):1185-1193
  59. Moessner M, Bauer S (2017) E-Mental-Health und internetbasierte Psychotherapie. *Psychotherapeut* 62(3):251-266
  60. Stein J, Rohr S, Luck T et al. (2017) Indikationen und Evidenz von international entwickelten Online-Coaches zur Intervention bei psychischen Erkrankungen - ein Meta-Review. *Psychiatr Prax*
  61. Lange C, Finger JD, Allen J et al. (2017) Implementation of the European health interview survey (EHIS) into the German health update (GEDA). *Archives of Public Health* 75(1):40

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Institution der beteiligten Autorinnen und Autoren

Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, Berlin

Korrespondenzadresse  
Alexander Rommel  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [RommelA@rki.de](mailto:RommelA@rki.de)

#### Interessenkonflikt

Der korrespondierende Autor gibt für sich, die Koautorinnen und den Koautor an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

#### Förderungshinweis

Die GEDA-Studie wurde mit Mitteln des Robert Koch-Instituts und des Bundesministeriums für Gesundheit finanziert.

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Franziska Prütz,  
Martina Rabenberg, Alexander Rommel, Dr. Anke-Christine Saß,  
Stefanie Seeling, Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Gisela Dugnus, Alexander Krönke, Kerstin Möllerke

#### Zitierweise

Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE et al. (2017) Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen. Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. Journal of Health Monitoring 2(4):3–23. DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-111

ISSN 2511-2708



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit