

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Einlösung eines Rezeptes für Antidepressiva

*Endbericht für das Projekt
Psysfade Pharmaka 1 – PH1 ZI. 33-EWG-EBH/36.9/12 Ed/Kv*

Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie
Wien 2013

Abstract

Der GAP-DRG Datenbank zufolge wurde im 4. Quartal 2006 von 424.281 sozialversicherten Personen mindestens ein Rezept für ein Antidepressivum in einer Apotheke eingelöst, also von rund einem von 20 Österreichern. 19.624 dieser Personen sind vor Ende 2007 verstorben; das entspricht einem erstaunlich hohen Wert von rund 5% (und ist rund fünf Mal höher als die Rate der in einem Jahr Gestorbenen in der gesamten österreichischen Bevölkerung).

Für die Untersuchung der Inanspruchnahme weiterer Gesundheitsleistungen im Jahr 2007 wurden die 404.657 nicht verstorbenen Personen herangezogen. Ihr Durchschnittsalter betrug fast 59 Jahre; 70% waren Frauen. Nahezu vier von fünf Patienten hatten das Rezept von einem Arzt für Allgemeinmedizin erhalten. Über 80% hatten im Jahre 2006 auch mindestens einmal ein Rezept für eine körperliche Krankheit eingelöst und nahezu 2 von 5 Patienten eines für ein Psychopharmakon aus anderen Kategorien als der der Antidepressiva.

Von den nachuntersuchten Patienten suchten im Jahr 2007 92% einen Arzt für Allgemeinmedizin auf und 99% lösten mindestens ein Rezept in einer Apotheke ein. Nur rund 3% wurden auf einer psychiatrischen Krankenhausabteilung aufgenommen, jedoch zehn Mal so viele, nämlich etwas mehr als 30%, auf einer nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilung. In der letzteren Gruppe hatten 95% eine somatische Hauptdiagnose - in erster Linie Krankheiten des Kreislaufsystems (14,3%), des Muskel-Skelett-Systems (13,6%), des Verdauungssystems (11%) und neurologische Erkrankungen (7,2%). Fachärzte für Psychiatrie wurden von rund jedem fünften Patienten mindestens einmal aufgesucht, andere Fachärzte jedoch von 2 von 3 Patienten. Diese Befunde weisen (gemeinsam mit der weit überdurchschnittlichen Mortalität) auf eine hohe Komorbidität mit körperlichen Krankheiten hin.

In einem weiteren Untersuchungsschritt wurde festgestellt, dass eine erstmalige Rezepteinlösung für ein Antidepressivum im 4. Quartal 2006 (erstmalig bedeutet keine einschlägige Rezepteinlösung in den davorliegenden 3 Quartalen 2006) in nahezu 50% der Fälle zu keiner oder lediglich einer Weiterverschreibung vor Ende 2007 geführt hat – ein bemerkenswerter Befund bei einer Medikamentengruppe, die nicht für eine Einmalverschreibung gedacht ist.

Inhaltsverzeichnis

1. Hintergrund der Untersuchung	4
2. Ziele und Methodik der Untersuchung	7
3. Ergebnisse A: Definition und Eigenschaften der Basispopulation	8
A1. Herleitung der Basispopulation	8
A2. Basispopulation nach Geschlecht und Alter sowie nach „neuen“ und „alten“ Fällen.....	9
A3. Basispopulation nach verschreibenden Ärzten und Antidepressivtyp	12
A4. Basispopulation nach zusätzlichen Rezepteinlösungen für andere Medikamentengruppen.....	13
4. Ergebnisse B: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen 2007	15
B1. Auswertungsstrategie	15
B2. Krankenhausaufnahme	16
B3. Kontakt mit niedergelassenen Fachärzten	22
B4. Kontakt mit Ärzten für Allgemeinmedizin und mit Apotheken.....	27
B5. Folgeeinlösungen von Antidepressivarezepten vor Ende 2007	28
5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	30

Abkürzungen

ADP-R	Antidepressiva-Rezept
„alte“ Patienten	siehe bpold
ATC.....	Anatomisch-Therapeutisch-Chemisches Klassifikationssystem
bp	Basispopulation = Patienten, für die im 4.Quartal 2006 ein ADP-R eingelöst wurde
bpnew	„neue“ Patienten: Patienten der Basispopulation auf die die bpold Definition nicht zutrifft
bpold	„alte“ Patienten: Patienten der Basispopulation (bp), für die bereits im 1.-3.Quartal 2006 ein ADP-R eingelöst worden war und/oder die im 1.-3.Quartal 2006 mit einer Depressionsdiagnose (F32 oder F33) aus einer Krankenanstalt entlassen worden waren
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
GAP-DRG	„Grundlagenforschung für Ambulante Patientenbezogene DRGs“: Datenbank sämtlicher Leistungsdaten der österreichischen Sozialversicherungsträger (für Vertragspartner) und der MBDS-Datei des BMG (für Krankenhausaufenthalte) für 2006 und 2007, für die Forschung bereinigte Version
ICD-10	10. Revision der „International Classification of Diseases“ der WHO
KA	Keine Angabe
LKF	Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung
NA	unbekannt (not available)
„neue“ Patienten ..	siehe bpnew

1. Hintergrund der Untersuchung

Die Beauftragung zu dieser Studie erfolgte im Anschluss an zwei bereits durch das Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie durchgeführten Untersuchungen über die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten durch Patienten¹ im Bereich der Psychiatrie. In einer ersten Untersuchung wurde die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach einer Entlassung mit einer psychiatrischen Diagnose aus einem psychiatrischen Krankenhausbett analysiert². In dieser Untersuchung war eine überraschend hohe Inanspruchnahme nicht-psychiatrischer Gesundheitsdienste festgestellt worden. In einer zweiten Studie wurde die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach Einlösung eines Antidementiva-Rezeptes untersucht³. Auch hier war die häufige Inanspruchnahme nicht-psychiatrischer Gesundheitsdienste ein Hauptergebnis.

Hintergrund dieses Untersuchungsschwerpunktes des Ludwig Boltzmann Instituts für Sozialpsychiatrie ist der Versuch, von den ereignisbezogenen Indikatoren der Gesundheitsversorgung (z.B. Krankenhausentlassungen, Arztbesuche) zu personenbezogenen Indikatoren zu gelangen, die eine qualitativ wesentlich bessere Basis für die Gesundheitsplanung darstellen (Katschnig, 2011)⁴.

Die vorliegende Studie geht von dem von den Krankenversicherungsträgern direkt remunerierten ambulanten Versorgungsbereich aus und berücksichtigt für die weiteren Inanspruchnahmedaten von Gesundheitsleistungen den ambulanten, stationären und Apothekenbereich. Sie schließt methodisch an die genannte Antidementiva-Studie an. Im Gegensatz zum stationären Bereich (in dem für Abrechnungszwecke im LKF-System ICD-10 Diagnosen dokumentiert werden) ist in Österreich nicht vorgesehen, dass im ambulanten Versorgungsbereich durch niedergelassene Ärzte mit Kassenvertrag bei der Abrechnung mit Versicherungsträgern Diagnosen in kodierter Form gemeldet werden.

Ein möglicher Weg, im ambulanten Bereich zumindest annäherungsweise zu einer Diagnose zu gelangen, besteht darin, die Rezepte, die von niedergelassenen Ärzten ausgestellt werden, zu analysieren. Bei manchen Krankheiten (z.B. Diabetes) lässt sich aus den verschriebenen Medikamenten gut auf die Diagnose rückschließen. Die Einlösung eines Rezeptes für ein von einem niedergelassenen Arzt verschriebenes Antidepressivum lässt aber nur bedingt einen Schluss auf die Diagnose „Depression“ zu. Zwar wurde zu Beginn der modernen Psychopharmaka-Ära Ende der 1950er Jahre mit Imipramin eine Substanz entdeckt, die in klinischen Prüfungen antidepressiv wirkte, seither wurden Antidepressiva weltweit aber auch für zahlreiche andere Indikationen zugelassen, etwa für Panikstörungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Schmerzsyndrome u.a. Aber auch ohne genaue diagnostische Zuordnung ist eine auf

¹ In diesem Bericht wird wegen der einfacheren Lesbarkeit die männliche Form verwendet, es ist jedoch immer die männliche und die weibliche Form gemeint.

² Katschnig H, Endel G, Endel F, Weibold B.: Inanspruchnahme-Pfade von Patienten mit psychiatrischen Diagnosen durch das Gesundheitsversorgungssystem: Aus dem Krankenbett in die ambulante Versorgung und zurück, 2. Teil („Psychopharmaka 2 – PP2“). Ludwig Boltzmann Institut für Sozialpsychiatrie. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien 2010 (Forschungsbericht)

³ Katschnig H., Endel F., Endel G., Weibold B., Scheffel S. & Filzmoser P.: Dementia and pathways of health services utilization in Austria: A record linkage study in a country with a fragmented provider payment system and only partially available unique patient identifiers. Präsentation bei der International Data Linkage Conference in Perth, Australia 2012 (<http://datalinkage2012.com.au/program/presentations/katschnig.pdf>)

⁴ Katschnig H.: Monitoring service utilization of persons with mental disorders – a case for mapping pathways of care. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 20 (2011) 7-13

Antidepressivarezept (ADP-R)-Einlösungen fokussierte Fragestellung relevant, betrifft doch nahezu jedes zweite der 8,8 Millionen für ein Psychopharmakon (ATC Codes N05 und N06) im Jahr 2006⁵ ausgestellte Rezept ein Antidepressivum (4,146.848 Rezepte = 47,04%) gefolgt mit großem Abstand von Antipsychotika mit 16,2% und Antidementiva mit 13,8%; s. Tabelle 1.1).

Tab. 1.1 Rezepteinlösungen für Psychopharmaka 2006 nach 4-stelligen ATC Codes N05 (Psycholeptika) und N06 (Psychoanaleptika)

ATC Code	Substanzklasse	Absolut	%
N05A	ANTIPSYCHOTIKA	1.429.459	16,21%
N05B	ANXIOLYTIKA	1.022.717	11,60%
N05C	HYPNOTIKA UND SEDATIVA	723.635	8,21%
N06A	ANTIDEPRESSIVA	4.146.848	47,03%
N06B	PSYCHOSTIMULANZIEN, MITTEL FÜR ADHD UND NOOTROPIKA	37.033	0,42%
N06C	PSYCHOLEPTIKA UND PSYCHOANALEPTIKA IN KOMBINATION	240.514	2,73%
N06D	ANTIDEMENTIVA	1.216.981	13,80%
Summe	ALLE PSYCHOPHARMAKA	8.817.187	100,00%

Die 4.146.848 ADP-R-Einlösungen betreffen nur in 5,4% die klassischen trizyklischen/tetrazyklischen Antidepressiva (N06AA; hier TZA; s. Tab. 1.2), in 68,6% Serotonin-Reuptake-Inhibitoren (N06AB; hier SSRI) und in 26% andere Antidepressivatypen (AND). 2006 war also nur rund eines von 20 Rezepten für ein trizyklisches/tetrazyklisches Antidepressivum ausgestellt worden (eine Substanzgruppe, die bei einer – bei Depression oft suizidal motivierten - Überdosierung lebensgefährliche Nebenwirkungen verursacht).

Tab 1.2. Rezepteinlösungen für Antidepressiva 2006 nach ATC Codes N06A (Hauptgruppen)

ATC Code	absolut	%
N06AA (TZA)	225.373	5,4%
N06AB (SSRI)	2.844.483	68,6%
N06AG/N06AX (AND)	1.076.992	26,0%
Summe	4.146.848	100,0%

Die Kosten für alle 2006 eingelösten Antidepressiva-Rezepte betragen rund 77 Millionen €.

⁵ Das Jahr 2006 wurde hier gewählt, weil sich die Studie auf die für die Jahre 2006 und 2007 verfügbare GAP-DRG Datenbank bezieht (s.u.). Wenn nicht anders angegeben, ist die GAP-DRG Datenbank die Datenquelle für die Tabellen und Abbildungen in diesem Bericht. Im Vergleich zur Heilmittelkostenstatistik (2006: 4.397.189 Antidepressiva-Rezepteinlösungen) sind in der GAP-DRG Datenbank rund 5% weniger Rezepteinlösungen für Antidepressiva enthalten. In der Heilmittelkostenstatistik nehmen zwischen 2006 und 2012 nicht nur die Gesamtzahlen für alle Rezepteinlösungen zu (2006: 108,579.638; 2012: 122,525.792) sondern auch der Anteil aller Psychopharmaka-Rezepteinlösungen (2006: 8%; 2012: 11%), und darunter wieder auch der Anteil der Antidepressiva (2006: 44% aller Psychopharmaka; 2012: 49% aller Psychopharmaka).

Tab. 1.3 Rezepteinlösungen für Antidepressiva 2006 und 4.Quartal 2006
ATC Code N06A Untergruppen

N06AA Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer (TZA)					
ATC Code	Name	2006	%	2006 Q4	%
N06AA04	Clomipramin	21.679	9,6%	5.416	9,9%
N06AA05	Opipramol	9.331	4,1%	2.235	4,1%
N06AA08	Dibenzepin	3.274	1,5%	843	1,5%
N06AA09	Amitriptylin	141.910	63,0%	37.019	67,4%
N06AA10	Nortriptylin	1.346	0,6%	91	0,2%
N06AA12	Doxepin	13.375	5,9%	723	1,3%
N06AA21	Maprotilin	34.458	15,3%	8.616	15,7%
Summe N06AA		225.373	100,0%	54.943	100,0%

N06AB Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)					
ATC Code	Name	2006	%	2006 Q4	%
N06AB03	Fluoxetin	369.130	13,0%	91.129	12,4%
N06AB04	Citalopram	903.265	31,8%	230.254	31,3%
N06AB05	Paroxetin	430.597	15,1%	108.003	14,7%
N06AB06	Sertralin	517.862	18,2%	137.164	18,6%
N06AB08	Fluvoxamin	7.944	0,3%	2.038	0,3%
N06AB10	Escitalopram	615.685	21,6%	167.317	22,7%
Summe N06AB		2.844.483	100,0%	735.905	100,0%

N06AG/N06AX Andere Antidepressiva (AND)					
ATC Code	Name	2006	%	2006 Q4	%
N06AG02	Moclobemid	7.068	0,7%	1.781	0,6%
N06AX	Nicht benannt	2.554	0,2%	706	0,2%
N06AX02	Tryptophan	327	0,0%	86	0,0%
N06AX03	Mianserin	75.493	7,0%	18.783	6,4%
N06AX05	Trazodon	379.351	35,2%	104.650	35,8%
N06AX11	Mirtazapin	283.682	26,3%	76.801	26,3%
N06AX12	Bupropion	85	0,0%	43	0,0%
N06AX14	Tianeptin	6.321	0,6%	1.571	0,5%
N06AX16	Venlafaxin	262.606	24,4%	69.842	23,9%
N06AX17	Milnacipran	41.849	3,9%	11.371	3,9%
N06AX18	Reboxetin	14.140	1,3%	3.565	1,2%
N06AX21	Duloxetin	3.516	0,3%	3.171	1,1%
Summe andere		1.076.992	100,0%	292.370	100,0%

Hauptgruppen aller Antidepressiva					
ATC Gruppen		2006	%	2006 Q4	%
N06AA (TZA)		225.373	5,4%	54.943	5,1%
N06AB (SSRI)		2.844.483	68,6%	735.905	67,9%
N06AG/-AX (AND)		1.076.992	26,0%	292.370	27,0%
Summe		4.146.848	100,0%	1.083.218	100,0%

2. Ziele und Methodik der Untersuchung

Ziel der vorliegenden Untersuchung war es, aus Daten der GAP-DRG Datenbank 2006/2007 die Inanspruchnahme von Krankenkassenleistungen von sozialversicherten Personen im Jahre 2007 zu dokumentieren, nachdem für diese im 4. Quartal 2006 ein Rezept für ein Antidepressivum (ATC Code: N06A) in einer Apotheke eingelöst wurde. Die GAP-DRG Datenbank enthält sämtliche Leistungsdaten der österreichischen Sozialversicherungsträger und der MBDS-Datei des BMG (für Aufenthalte in Fondskrankenanstalten) für die Jahre 2006 und 2007⁶. Es handelt sich um eine für die Forschung bereinigte Version für die Jahre 2006 und 2007. Da über 98% der österreichischen Bevölkerung bei den in der GAP-DRG berücksichtigten Trägern versichert sind, handelt es sich hier de facto um eine Vollerhebung für die österreichische Bevölkerung.

Die GAP-DRG Datenbank eignet sich für die Untersuchung dieser Fragestellung deshalb, weil durch Verwendung pseudonymisierter Sozialversicherungsnummern und spezieller Matching-Methoden (Record linkage u.a.) Pfade einzelner Patienten durch alle Arten von Diensten und Einrichtungen (ambulant, stationär, Apotheken) identifiziert werden können. Da es sich bei der Auswertung der GAP-DRG Datenbank um relatives Neuland handelt, war zu erwarten, dass methodische Probleme auftreten, deren Lösung von generellem Interesse für die Auswertung von routinemäßig erhobenen Daten im Bereich der österreichischen Sozialversicherung ist (Ein Beispiel sind die bei verschiedenen Sozialversicherungsträgern unterschiedlichen Dokumentationsroutinen bezüglich des Datums der Rezepteinlösung.). Manche geplanten Analysen konnten wegen dieser Probleme nicht wie vorgesehen durchgeführt werden, was bereits ein Problem bei der oben erwähnten Antidementiva-Studie war und dort näher diskutiert wurde.

Die konkrete Fragestellung war, ob, wo und in welchem Ausmaß von einer Basispopulation von Patienten, für die im 4. Quartal 2006 ein ADP-R eingelöst wurde, im Jahr 2007 Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen wurden.

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt in zwei Abschnitten. Im ersten wird die Herleitung der Basispopulationen diskutiert (Einlösung eines Antidepressiva-Rezeptes im 4. Quartal 2006) und die Auswahl der für die Follow-Up-Untersuchung herangezogenen Patientenpopulationen besprochen. Dabei wurden auf Grund der genaueren Analyse verschiedener Merkmale der Basispopulation verschiedene Subpopulationen für die Follow-Up-Untersuchung definiert. Im zweiten Abschnitt werden die Ergebnisse der Follow-Up Untersuchung dargestellt, also das Inanspruchnahmeverhalten der Basispopulationen im Jahr 2007. Der vorliegende Bericht ist deskriptiv und geht nicht der Frage nach, wie das Inanspruchnahmeverhalten mittels multivariater Methoden vorhergesagt werden kann.

⁶ Nicht einbezogen, sind in die vorliegende Untersuchung (weil in der GAP-DRG Datenbank nicht enthalten): im ambulanten Bereich Kontakte mit Wahlärzten, Spitalsambulanzen und Psychotherapeuten; im stationären Bereich Aufnahmen in Unfallkrankenanstalten, Rehabilitationseinrichtungen der Pensionsversicherungsanstalt und Nicht-Fonds-Krankenanstalten. Außerdem sind die Krankenfürsorgeanstalten (KFA) der Gemeinden in der GAP-DRG Datenbank nicht erfasst. Festzuhalten ist außerdem, dass die von den Ländern aus dem Sozialbudget finanzierten Leistungen von psychosozialen Diensten hier nicht erfasst sind. Umgekehrt kann aus administrativer und gesetzlicher Sicht gesagt werden, dass alle Personen, die aufgrund folgender Gesetze versichert sind, in der GAP-DRG enthalten sind: ASVG (Allgemeines), GSVG (Gewerbe), BSVG (Bauern), B-KUVG (Beamte) – also nicht nach dem FSVG (Selbständige) versicherte Personen. KFAs sind nicht Mitglied beim Hauptverband der Sozialversicherungsträger und aus diesem Grund nicht in der GAP-DRG Datenbank berücksichtigt.

3. Ergebnisse A: Definition und Eigenschaften der Basispopulation

A1. Herleitung der Basispopulation

Die ursprünglich geplante Methodik, die Basispopulation durch eine erstmalige Einlösung eines ADP-R im 4. Quartal 2006 mittels des genauen Abgabedatums in der Apotheke zu identifizieren, konnte nicht über alle Versicherungsträger hinweg angewendet werden, da die Datierung der Rezepteinlösung nicht einheitlich gehandhabt wird – außer tagesgenauen Angaben, fanden sich auch wochen-, monats- und quartalsweise Häufungen der Datumsangaben.

Es musste deshalb ein für die Vergleichbarkeit der Nachuntersuchungszeiträume weniger präziser Ansatz verwendet werden. Und zwar wurden alle Personen ausgewählt, für die im 4. Quartal 2006 mindestens ein ADP-R in einer Apotheke eingelöst wurde. Daraus resultierte ein Problem für die Follow-Up Untersuchung insofern, als nicht präzise 12 Monate ab der Rezepteinlösung für die Follow-Up Untersuchung verwendet werden konnten. Stattdessen wurden neuerliche Inanspruchnahmen von Gesundheitsleistungen für das gesamte Jahr 2007 eruiert. Für Personen, die im Anschluss an die Rezepteinlösung schon im 4. Quartal Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen hatten, ergibt sich damit ein „Loch“ von bis zu drei Monaten (bis Jahresende 2006), in dem eine allfällige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nicht erfasst wurde (Manche Personen hatten also mehr als 12 Monate Follow-Up Zeit, aber es wurden nur 12 Monate im Jahr 2007 berücksichtigt.).

Mittels der genannten Definition wurden in der GAP-DRG 424.281 Personen identifiziert, für die gilt, dass im 4. Quartal 2006 mindestens einmal ein ADP-R eingelöst wurde. Wenn dieser Wert für eine grobe Abschätzung (ohne eine Alters- und Geschlechtsstandardisierung vorzunehmen) auf die österreichische Bevölkerung bezogen wird (im ersten Quartal 2007: 8,282.984 Einwohner), ergibt sich eine Prävalenzrate von 5,12% für die Einlösung eines ADP-R innerhalb von drei Monaten. Anders ausgedrückt, für einen von 20 Österreichern wurde in diesem Kalenderquartal mindestens ein ADP-R in einer Apotheke eingelöst⁷.

Über die „Zentrale Patientenverwaltung des Hauptverbandes“ (Diese erhält Informationen über Sterbefälle aus dem Zentralen Melderegister.) ergab sich, dass von diesen 424.281 Personen 19.624 (4,63%) vor dem Ende des Jahres 2007 verstarben (s. Tab. 3.1), also nicht mehr im gesamten Follow-Up Zeitraum Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen konnten (Männer – 5,7%, Frauen - 4,1%). Für die Zwecke der vorliegenden Studie wurden diese Personen ausgeschlossen, was eine geringfügige Unterschätzung der Inanspruchnahmefrequenz weiterer Gesundheitsleistungen impliziert. Andere Vorgangsweisen wären möglich gewesen (z.B. Einbezug bis zum Sterbedatum), werden hier aber nicht weiter verfolgt.

Tab.3.1 Herleitung der Basispopulation 4. Quartal 2006, Einlösung eines Antidepressivarezeptes

Einlösung ADP-R 4.Quartal 2006	424.281
Verstorben vor Ende 2007 (4,63%)	19.624
Basispopulation für Follow-Up Studie	404.657

⁷ Nicht erfasst sind hier Personen, die in einer Krankenanstalt ein Antidepressivum erhielten, ohne dass für sie auch (vor oder nach dem Krankenhausaufenthalt) ein Antidepressiva-Rezept in einer Apotheke eingelöst wurde.

Die Basispopulation wurde also auf diejenigen Personen eingeschränkt, für die im vierten Quartal 2006 ein ADP-R eingelöst wurde und die nicht vor Ende 2007 verstorben waren. Es handelt sich dabei um insgesamt 404.657 Personen.

A2. Basispopulation nach Geschlecht und Alter sowie nach „neuen“ und „alten“ Fällen

Personen mit „erstmaliger“ Rezepteinlösung 2006 im 4. Quartal („neue Fälle“) wurden dadurch identifiziert, dass Personen mit vorangehenden Einlösungen eines ADP-R im Jahr 2006 (also im ersten bis dritten Quartal 2006) ausgegliedert wurden. Da die GAP-DRG Datenbank dies gestattete, wurden auch Personen mit Krankenhausentlassungen mit Depressionsdiagnose (ICD-10 F32 oder F33) im ersten bis dritten Quartal 2006 der Gruppe der „alten“ Fälle zugeordnet. Es ergaben sich dadurch 61.357 „neue“ Fälle (rund 15%; in den Tabellen und Grafiken dieses Berichtes mit „bpnew“ bezeichnet) und 343.300 „alte“ Fälle (rund 85%, hier mit „bpold“ bezeichnet)⁸.

Tabelle 3.2: Basispopulationen (absolut)

	F	M	NA	Sum
bpold	240.726	96.131	6.443	343.300
bpnew	40.253	19.922	1.182	61.357
Sum	280.979	116.053	7.625	404.657

Tabelle 3.3: Basispopulationen (relativ – Zeilen%)

	F	M	NA	Sum
bpold	70,12	28,00	1,88	100,00
bpnew	65,60	32,47	1,93	100,00
Sum	69,44	28,68	1,88	100,00

Tabelle 3.4: Basispopulationen (relativ – Spalten%)

	F	M	NA	Sum
bpold	85,67	82,83	84,50	84,84
bpnew	14,33	17,17	15,50	15,16
Sum	100,00	100,00	100,00	100,00

Alters- und geschlechtsstandardisierte Raten im epidemiologischen Sinn wurden hier nicht berechnet, weil das Hauptziel der Studie ein anderes war.

Es zeigt sich der bekannte Sachverhalt, dass für Frauen wesentlich häufiger ein ADP-R eingelöst wurde (69,4%) als für Männer (28,7%; 1,9% unbekannt). Dieser Unterschied ist bei den alten Fällen deutlicher als bei den neuen. Im Hinblick auf das Alter ist zu beachten, dass die individuelle Altersberechnung mit einer Fehlerbreite von bis zu zwei Jahren behaftet ist, da für die Altersberechnung aus Pseudonymisierungsgründen nicht das genaue Geburtsdatum, sondern nur das Geburtsjahr zur Verfügung stand.

⁸ In rund 1,9% aller Fälle war auswertungsbedingt das Geschlecht nicht verfügbar.

Mittelwert und Median des Alters bei der Rezepteinlösung liegen bei der Gesamtgruppe um 59 Jahre (mit einer relativ großen Streuung). Frauen sind rund 4 Jahre älter als Männer.

Tabelle 3.5: Alter gesamte Basispopulation

	Mittelwert	Std. Abw.	Median	Anzahl
Basispopulation	58,72	17,44	59,00	404.657

Tabelle 3.6: Alter Basispopulation nach Geschlecht

	Mittelwert	Std. Abw.	Median	Anzahl
F	59,71	17,50	60,00	280.979
M	56,00	16,89	56,00	116.053
NA	63,70	18,33	68,00	7.625

Das Alter liegt bei Neuverschreibungen deutlich unter dem von alten Fällen. Bei Frauen beträgt der Unterschied etwa 7 bis 8 Jahre, bei Männern rund 5 Jahre.

Tabelle 3.7: Alter für 'bpnew'

	Mittelwert	Std. Abw.	Median	Anzahl
F	53,88	18,45	53,00	40.253
M	51,56	17,62	52,00	19.922
NA	57,29	19,88	56,00	1.182

Tabelle 3.8: Alter für 'bpoldd'

	Mittelwert	Std. Abw.	Median	Anzahl
F	60,68	17,15	61,00	240.726
M	56,93	16,58	57,00	96.131
NA	64,88	17,78	69,00	6.443

Die folgenden 3 Tabellen zeigen die Häufigkeiten für 3 Altersgruppen (unter 30, 30 bis unter 60, 60+). Nur 5% der Patienten waren unter 30 Jahre alt, und fast 50% (48,83%) 60 Jahre und älter.

Tab. 3.9: Basispopulation nach Altersgruppen und Geschlecht (absolut)

	F	M	NA	Sum
<=29	13.574	7.932	259	21.765
30-59	123.835	58.697	2.752	185.284
>=60	143.570	49.424	4.614	197.608
Sum	280.979	116.053	7.625	404.657

Tab. 3.10: Basispopulation nach Altersgruppen und Geschlecht (relativ - Zeilen%)

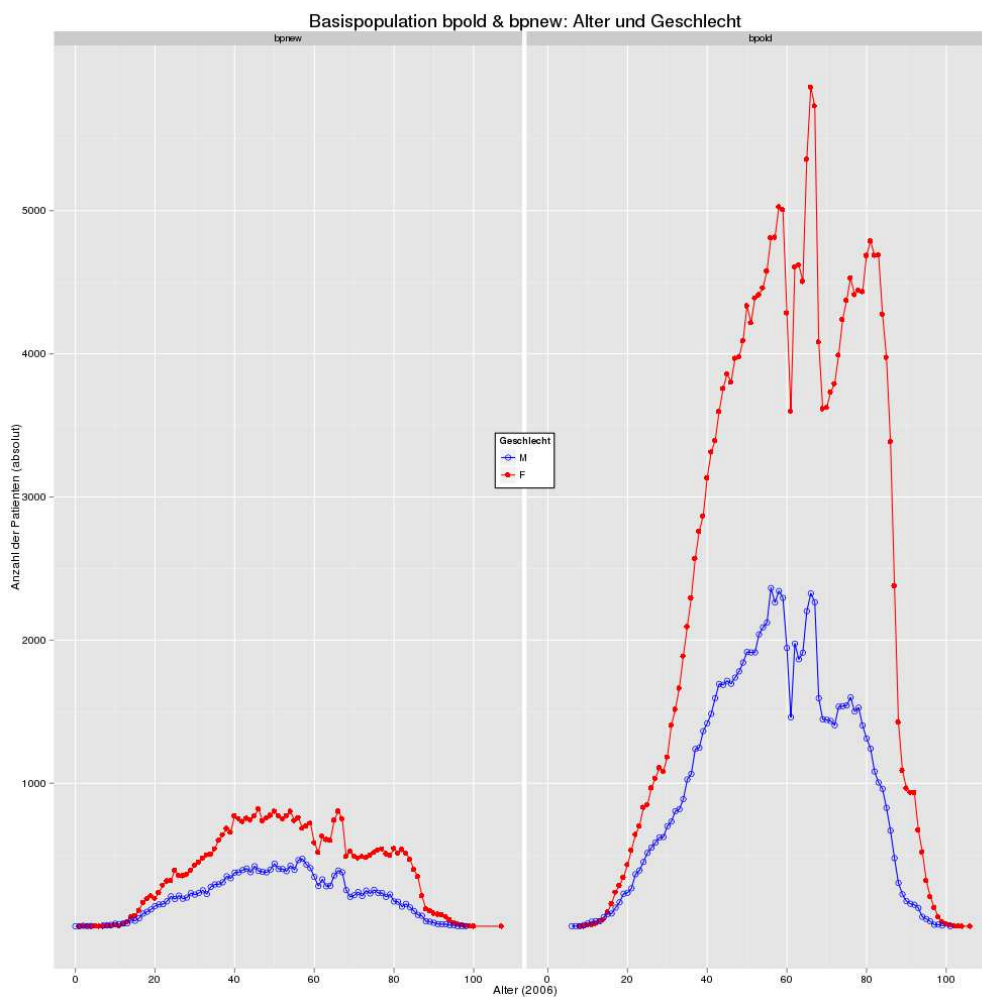
	F	M	NA	Sum
<=29	62,37	36,44	1,19	100,00
30-59	66,84	31,68	1,49	100,00
>=60	72,65	25,01	2,33	100,00
Sum	69,44	28,68	1,88	100,00

Tab.3.11: Basispopulation nach Altersgruppen und Geschlecht (relativ – Spalten%)

	F	M	NA	Sum
<=29	4,83	6,83	3,40	5,38
30-59	44,07	50,58	36,09	45,79
>=60	51,10	42,59	60,51	48,83
Sum	100,00	100,00	100,00	100,00

In der folgenden Abbildung sind die Alters- und Geschlechtsverhältnisse in absoluten Werten für bpdold und bpnew getrennt dargestellt. Ein Bezug zur Bevölkerungspyramide ist erkennbar. Auch zeigt sich, dass das Alter weit streut.

Abb. 3.1: Alter und Geschlecht für bpnew und bpdold



A3. Basispopulation nach verschreibenden Ärzten und Antidepressivatyp

Bei rund 7% aller betroffenen Personen, ist nicht bekannt, welchem Fachgebiet der verschreibende Arzt angehört. Diese Fehlerquote ist jedoch nicht relevant für den Hauptbefund, dass nämlich nur eine Minorität der Verschreibungen (8,6%) von einem Psychiater stammt und fast 85% von Nicht-Psychiatern, davon wieder der überwiegende Teil von Ärzten für Allgemeinmedizin (78% aller Verschreibungen).

Tab. 3.12 Basispopulation nach Typ der verschreibenden Ärzte und alten und neuen Patienten

Personen mit ADP-R Einlösungen (1. Rezept 2006Q4)						
Fachgebiet	bpnew		bpold		Summe	
Arzt für Allgemeinmedizin	39.779	64,83%	276.283	80,48%	316.062	78,11%
FA Psychiatrie (inkl. Psy. & Neurol.)	7.395	12,05%	27.500	8,01%	34.895	8,62%
Andere Fachärzte	6.570	10,71%	19.847	5,78%	26.417	6,53%
unbekannt	7.613	12,41%	19.670	5,73%	27.283	6,74%
Summe	61.357	100,00%	343.300	100,00%	404.657	100,00%

Bei Neuverschreibungen reduziert sich der Anteil der Ärzte für Allgemeinmedizin auf 64,8%, liegt aber immer noch wesentlich über dem der Psychiater (12,1%). Es ist bemerkenswert, dass nicht-psychiatrische Fachärzte mit 10,7% bei den Neuverschreibungen (bpnew) fast doppelt so hoch liegen wie bei Wiederverschreibungen (bpold: 5,7%).

Tab. 3.13 Basispopulation nach Typ der verschreibenden Ärzte und Antidepressivatyp

Fachgebiet	TZA		SSRI		AND		alle AD
	absolut	Zeilen%	absolut	Zeilen%	absolut	Zeilen%	
Arzt für Allgemeinmedizin	21.950	6,95	218.122	69,01	75.990	24,04	316.062
FA Psychiatrie (inkl. Psy.& Neur.)	2.452	7,03	19.405	55,61	13.038	37,36	34.895
Andere Fachärzte	1.922	7,28	16.789	63,55	7.706	29,17	26.417
unbekannt	1243	4,56	16090	58,98	9950	36,47	27283
Summe	27.567	6,81	270.406	66,82	106.684	26,36	404.657

Rund 7% aller Patienten erhielten ein TZA, mit praktisch keinen Unterschieden zwischen den verschiedenen Arzttypen. Mit zwei Drittel sind die SSRIs die größte Gruppe, mit einem deutlichen Unterschied zwischen Ärzten für Allgemeinmedizin, die SSRIs deutlich häufiger verschrieben haben (69%) als Fachärzte für Psychiatrie (55,6%). Umgekehrt haben Fachärzte für Psychiatrie deutlich häufiger Antidepressiva aus der dritten Gruppe verschrieben (37,4%) als dies Ärzte für Allgemeinmedizin getan haben (24%).

A4. Basispopulation nach zusätzlichen Rezepteinlösungen für andere Medikamentengruppen

In diesem Abschnitt wird untersucht, für wie viele der Patienten der Basispopulation (Quartal 4, 2006) im Jahr 2006 auch ein Rezept für ausgewählte körperliche Krankheiten eingelöst wurde. Für diesen Zweck wurden beispielhaft die folgenden ATC Gruppen ausgewählt.

Ausgewählte ATC Codes Rezepteinlösungen

A10	Diabetes
C01	Herz
C02-C09	Hochdruck
C10	Lipidsenker
H03	Schilddrüse
J01	Antibiotika
N04	Parkinson
R03	COPD

Für 332.391 Personen (82,14% aller 404.657 Patienten) wurde 2006 mindestens einmal ein Rezept für eine der genannten ATC Gruppen eingelöst, bei der bpnew Gruppe waren dies 75,24% (46.168 von 61.357 Personen), bei der bpold Gruppe 83,37% (286.223 von 343.300 Personen). Im Detail stellen sich diese „Ko-Verschreibungen“ für ausgewählte körperliche Krankheiten wie folgt dar (Tab. 3.15): Rezepte für Hochdruck wurden für fast 57,5% aller Patienten eingelöst (letzte Spalte Tab. 3.15), für Antidiabetika in 10%, für Cardiacia in 15%. Die Auswertung erfolgte für jede Substanzgruppe getrennt von den anderen. Außer bei Antibiotika ist der Prozentsatz der Ko-Verschreibungen bei „alten“ Patienten für alle Substanzgruppe höher als für „neue“ Patienten.

Tab. 3.15: Ko-Verschreibungen von Medikamenten für ausgewählte körperliche ATC Codes 2006, bei Patienten, für die im 4. Quartal 2006 mindestens ein Antidepressiva-Rezept eingelöst wurde (Spaltenprozente)

	bpold	bpold%↓	bpnew	bpnew%↓	all	all%↓
A10 Diabetes	36.384	10,6%	4.459	7,3%	40.843	10,1%
C01 Herz	53.363	15,5%	7.457	12,2%	60.820	15,0%
C02-C09 Hochdruck	204.117	59,5%	28.499	46,4%	232.616	57,5%
C10 Lipidsenker	70.532	20,5%	8.804	14,3%	79.336	19,6%
H03 Schilddrüse	54.128	15,8%	6.992	11,4%	61.120	15,1%
J01 Antibiotika	149.081	43,4%	26.820	43,7%	175.901	43,5%
N04 Parkinson	22.079	6,4%	1.990	3,2%	24.069	5,9%
R03 COPD	48.882	14,2%	7.195	11,7%	56.077	13,9%
Irgendein obiger ATC Codes	286.223	83,37%	46.168	75,24%	332.391	82,1%
Basispopulation (100%)	343.300	100,0%	61.357	100,0%	404.657	100,0%

Bemerkenswert ist, dass Zusatzverschreibungen mit anderen psychotropen Substanzen relativ häufig waren. Für die folgenden großen Gruppen psychotroper Substanzen wurde die Häufigkeit der Ko-Verschreibung im Jahr 2006 eruiert:

- N05A Antipsychotika
- N05B Anxiolytika
- N05C Hypnotika
- N06D Antidementiva

Für 152.077 Personen (37,6% aller 404.657 Patienten) wurde 2006 mindestens einmal ein Rezept für eine der genannten psychiatrischen ATC Gruppen eingelöst, bei der bpnew Gruppe waren dies 26,6% (16.307 von 61.357 Personen), bei der bpold Gruppe 39,5% (135.770 von 343.300 Personen). Im Detail stellen sich diese „Ko-Verschreibungen“ für ausgewählte psychiatrische ATC Codes wie folgt dar (Tab. 3.16): Rezepte für Antipsychotika wurden für fast jeden fünften (18,2%) aller Patienten eingelöst (letzte Spalte Tab. 3.16), für Anxiolytika für 16,1%, für Hypnotika 5,4% und für Antidementiva 10,2%. Die Auswertung erfolgte für jede Substanzgruppe getrennt von den anderen. Der Prozentsatz der Ko-Verschreibungen ist bei „alten“ Patienten für alle Substanzgruppen höher als für „neue“ Patienten. Besonders ausgeprägt ist dieser Unterschied für Antipsychotika.

Tab. 3.16: Ko-Verschreibungen von Medikamenten für ausgewählte psychiatrische ATC Codes 2006, bei Patienten, für die im 4. Quartal 2006 mindestens ein Antidepressiva-Rezept eingelöst wurde (Spaltenprozente)

	bpold	bpold%↓	bpnew	bpnew%↓	all	all%↓
N05A Antipsychotika	67.712	19,7%	6.088	9,9%	73.800	18,2%
N05B Anxiolytika	58.281	17,0%	7.012	11,4%	65.293	16,1%
N05C Hypnotika	19.510	5,7%	2.437	4,0%	21.947	5,4%
N06D Antidementiva	36.563	10,7%	4.910	8,0%	41.473	10,2%
Irgendein obiger ATC Code	135.770	39,5%	16.307	26,6%	152.077	37,6%
Basispopulation (100%)	343.300	100,0%	61.357	100,0%	404.657	100,0%

4. Ergebnisse B: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen 2007

B1. Auswertungsstrategie

In diesem Teil der Studie wird untersucht, welche von sechs Typen von Gesundheitsdiensten im Jahr 2007 von der Basispopulation in Anspruch genommen wurden, wobei auch das zeitliche Muster im Sinne von kumulierten Häufigkeiten des ersten Kontaktes im Follow-Up Zeitraum beschrieben wird. Es handelt sich bei diesen Gesundheitsleistungen um

- Krankenhausaufnahme Psychiatrie
- Krankenhausaufnahme Nicht-Psychiatrie
- Besuch eines Facharztes für Psychiatrie
- Besuch eines nicht psychiatrischen Facharztes
- Besuch eines Arztes für Allgemeinmedizin
- Einlösung eines Rezeptes in einer Apotheke

Bei Krankenhausaufnahmen⁹ wurden die bei der Entlassung registrierten Diagnosen analysiert, wobei – gerade wegen der erwarteten hohen Komorbidität mit körperlichen Erkrankungen - sowohl Haupt- als auch Zusatzdiagnosen einbezogen wurden. Die Ergebnisse für jeden der sechs Gesundheitsdienste sind unabhängig von einer allfällig erfolgten Inanspruchnahme eines anderen Gesundheitsdienstes zu sehen. Die Darstellung erfolgt in Grafiken, in denen die kumulativen Häufigkeiten der Inanspruchnahme in Zweiwochen-Intervallen von zwei bis 52 Wochen repräsentiert sind. Diese Analysen werden hier durchgeführt (siehe auch 4.1)

- für alle 404.657 Patienten, für die im 4.Quartal 2006 in einer Apotheke ein Antidepressivarezept eingelöst wurde
- getrennt für die „neuen“ (bpnew: 61.357) und die „alten“ Patienten (bpold: 343.300)
- für Patienten mit Ko-Verschreibungen für körperliche Krankheiten (332.391) und Patienten ohne derartige Ko-Verschreibungen (72.266)

Tab. 4.1 Subpopulationen der Basispopulation, für die Follow-Up Analysen durchgeführt wurden

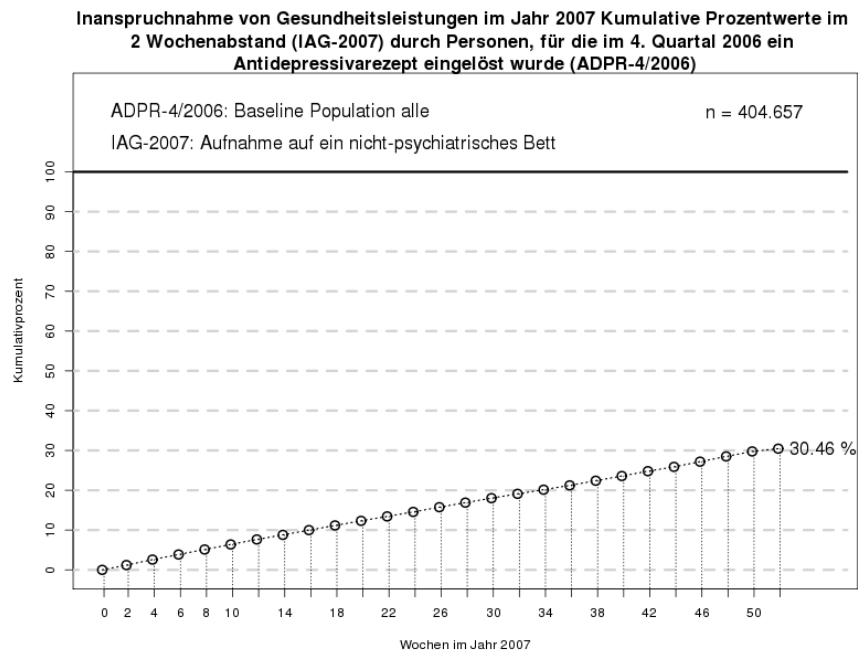
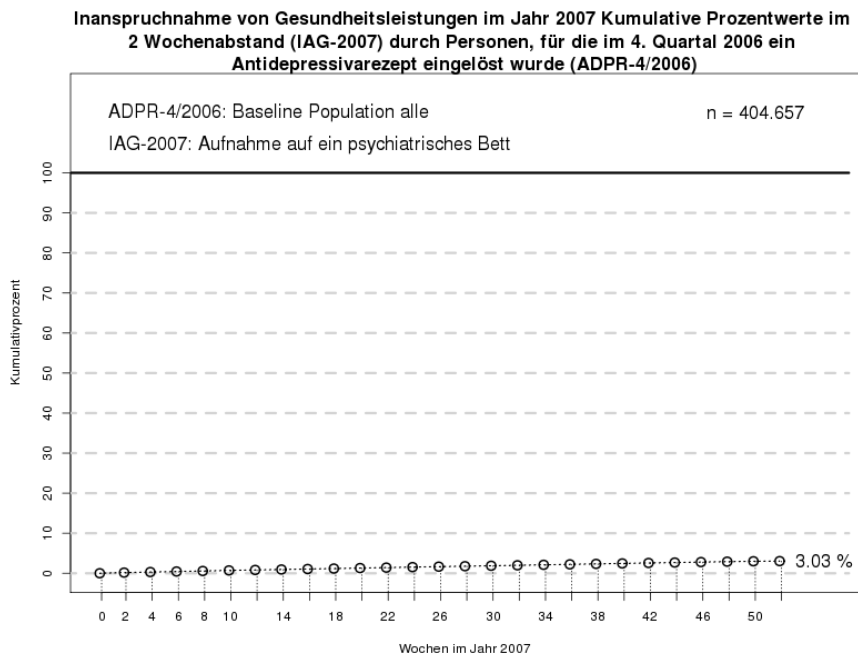
Geschlecht	Frauen	Männer	Alle 404.657 (100%)
7.625 (2,35%) unbekannt	280.979 (69,44%)	116.053 (28,70%)	
„Neue“ vs. „Alte“ Patienten	„Neue“ 61.357 (15,17%)	„Alte“ 343.300 (84,83%)	
Ko-Verschreibung für körperliche Krankheiten	Ko-Verschreibung 332.391 (82,14%)	Keine Ko-Verschreibung. 72.266 (17,86%)	

In den folgenden Abschnitten werden die wichtigsten deskriptiven Ergebnisse präsentiert. Die meisten Analysen wurden auch getrennt für Männer und Frauen durchgeführt.

⁹ Bei Krankenhausaufnahmen ist zu Ende des Jahres 2007 eine geringfügige Unterschätzung für den Fall möglich, dass ein Patient zwar im Jahre 2007 aufgenommen, aber erst im Jahr 2008 entlassen wurde.

B2. Krankenhausaufnahme

Als erstes fällt der große Unterschied zwischen psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Betten auf (Psychiatrische Betten können in eigenständigen psychiatrischen Krankenanstalten oder in psychiatrischen Abteilungen von Allgemeinkrankenhäusern lokalisiert sein.). Nur 3% aller 404.657 Patienten wurden 2007 in einer psychiatrischen Abteilung oder Krankenanstalt aufgenommen, aber über 30% in einer nicht-psychiatrischen Abteilung. Zudem ist bemerkenswert, dass der Anstieg über die 12 Monate des Jahres 2007 sehr gleichförmig ist.

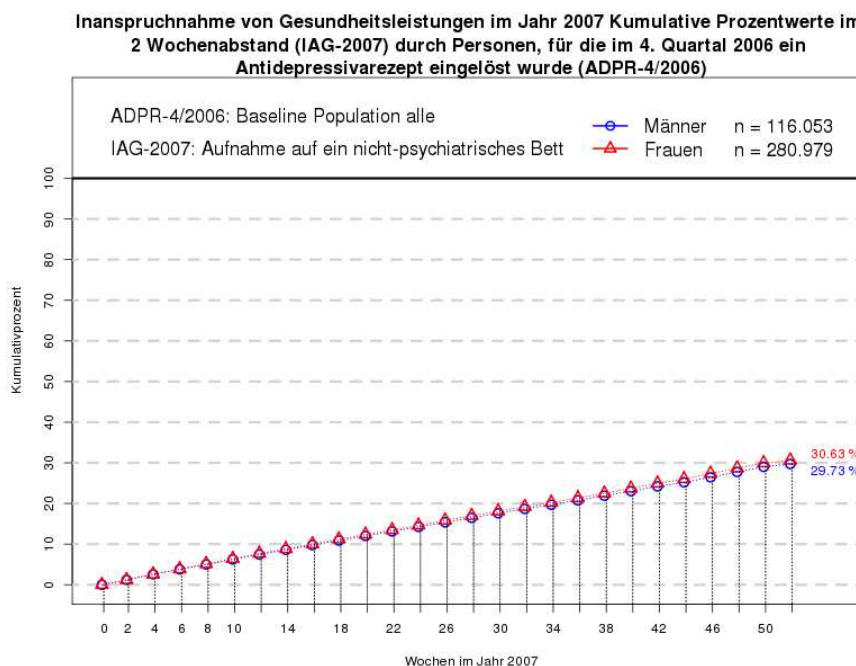
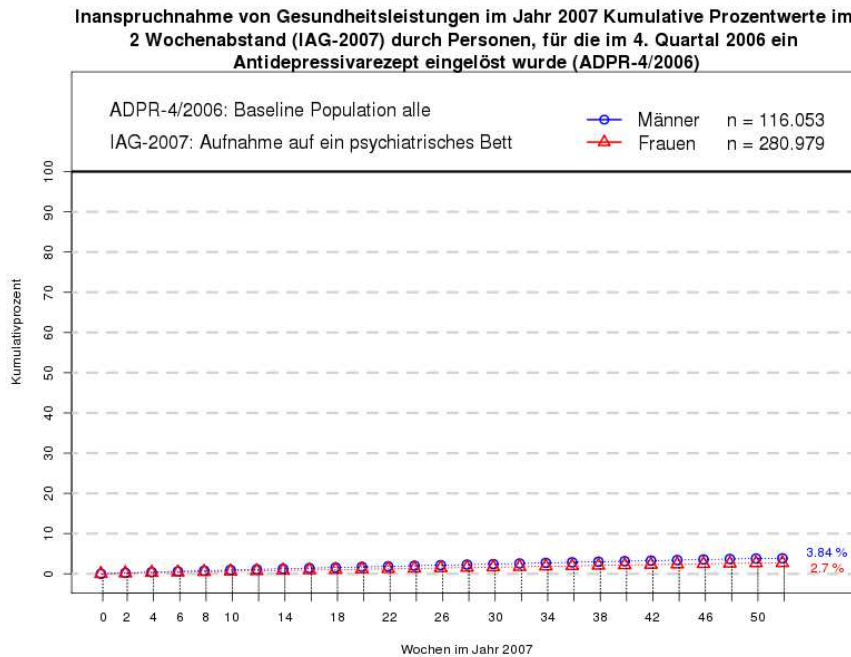


Wird die Gesamtpopulation von 404.657 Patienten nach verschiedenen Kriterien unterteilt – Männer vs. Frauen, „alte“ vs. „neue“ Patienten, Ko-Verschreibung für körperliche Krankheiten vs. keine

solche Ko-Verschreibung - dann zeigen sich für Krankenhausaufnahmen 2007 unterschiedliche Muster. Diese werden in den folgenden Abschnitten (a) bis (d) dargestellt.

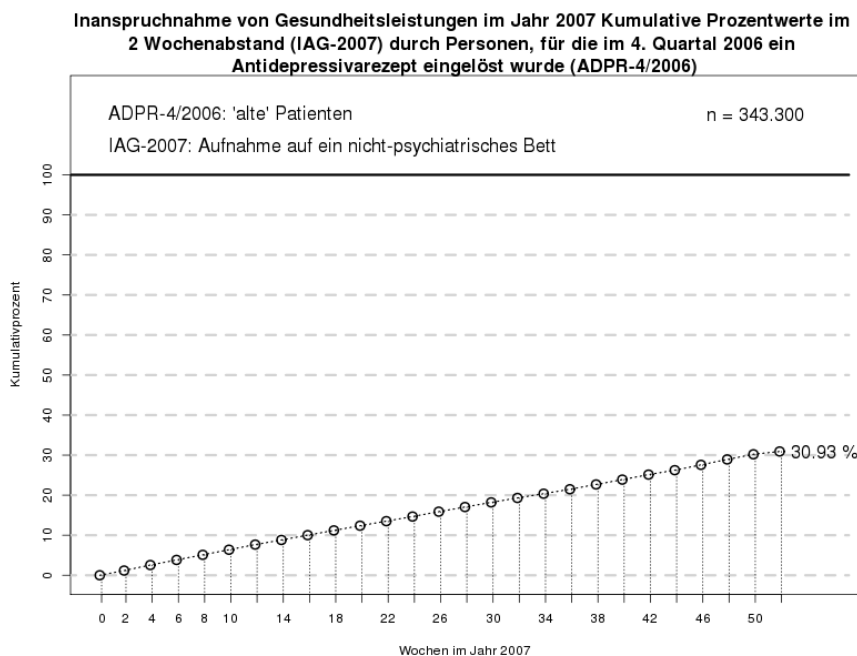
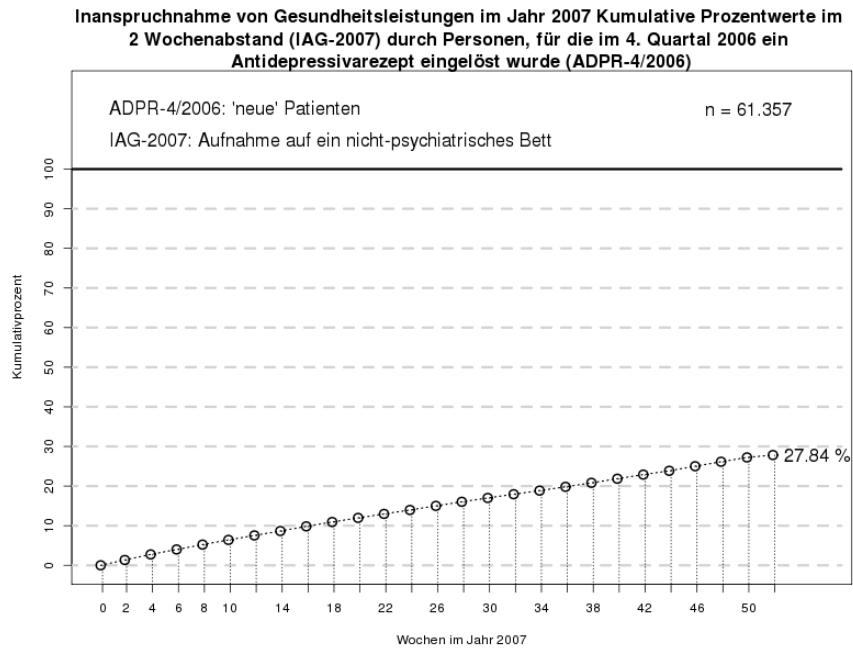
(a) *Geschlecht*

Weder bei den Aufnahmearten in eine psychiatrische Abteilung noch bei denen in eine nicht-psychiatrische Abteilung zeigte sich ein wesentlicher Unterschied zwischen Männern und Frauen, allenfalls ein leichtes Überwiegen der Männer. Von den 116.053 Männern wurden 3,84% in eine psychiatrische Abteilung aufgenommen, von den 280.979 Frauen 2,7%. Bei den Aufnahmen in eine nicht-psychiatrische Abteilung ist der Unterschied geringer als 1%.



(b) „Neue“ vs. „alte“ Patienten

Während im Hinblick auf eine Aufnahme in einer psychiatrischen Abteilung praktisch kein Unterschied zwischen den beiden Gruppen besteht (Die Werte sind 2,52% für „neue“, 3,12% für „alte“ Patienten und werden hier nicht in Grafiken dargestellt.), wird die kleinere Gruppe von „neuen“ Patienten (61.357) seltener in eine nicht-psychiatrische Abteilung aufgenommen (27,84%) als die große Gruppe (343.300) der „alten“ Patienten (30,93%).



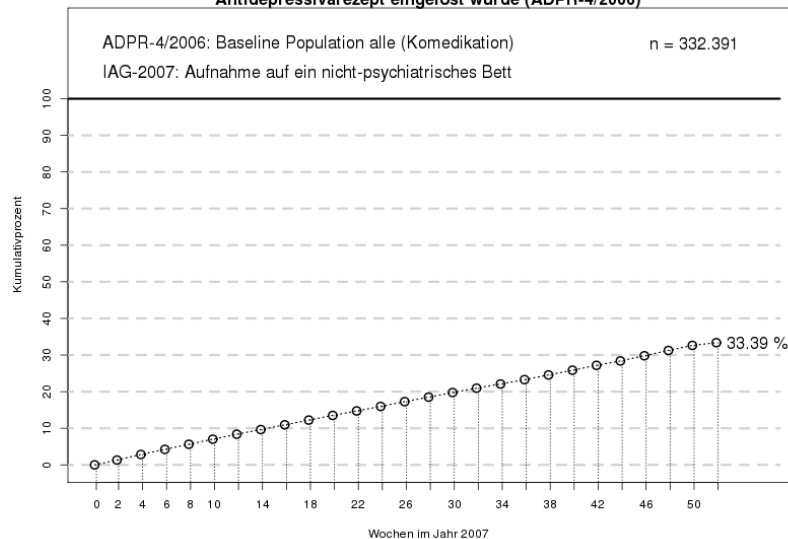
(c) Ko-Verschreibung für körperliche Krankheiten vs. keine derartige Ko-Verschreibung

Für 332.391 Personen (82,14% aller 404.657 Patienten) wurde 2006 mindestens einmal ein Rezept für ausgewählte ATC Gruppen für körperliche Krankheiten eingelöst wurde. Bei der bpnew Gruppe

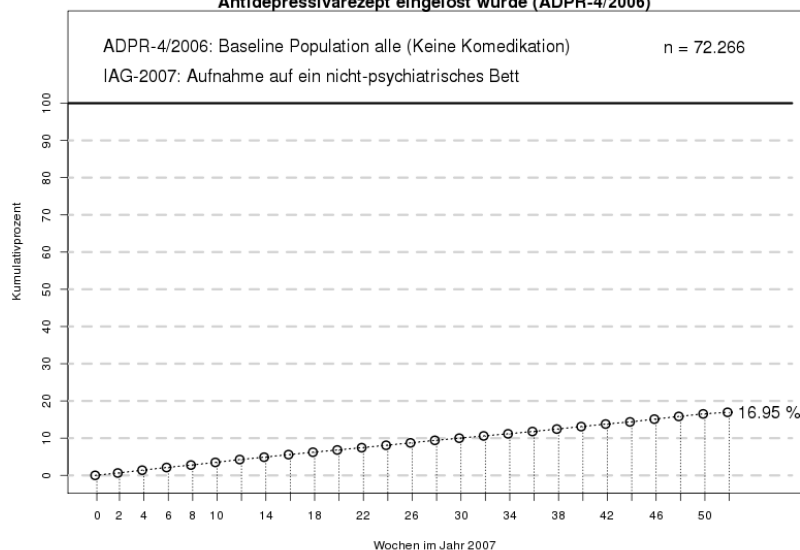
waren dies 75,24% (46.168 von 61.357 Personen), bei der bpold Gruppe 83,37% (286.223 von 343.300 Personen). Anders ausgedrückt: Hatte jemand schon vor dem 4. Quartal 2006 ein Antidepressivum erhalten, war die Wahrscheinlichkeit höher im Jahr 2006 auch ein Medikament für eine körperliche Krankheit erhalten zu haben.

Bei Aufnahme in eine psychiatrische Abteilung im Jahr 2007 zeigt sich – auf dem oben beschriebenen niedrigen Niveau von rund 3% – ein geringfügiger Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen: Patienten ohne Ko-Verschreibung wurden etwas häufiger (4%) auf ein psychiatrisches Bett aufgenommen, als Patienten mit Ko-Verschreibung (2%) (keine Grafik). Ein deutlicher Unterschied besteht aber bei Aufnahmen in eine nicht-psychiatrische Krankenhausabteilung (Grafiken unterhalb): 33,4% der 332.391 Patienten mit einer Ko-Verschreibung für körperliche Krankheiten, aber deutlich weniger, nämlich 17% der 72.266 Patienten ohne eine derartige Ko-Verschreibung wurden 2007 auf ein nicht-psychiatrisches Bett aufgenommen. Zwischen Männern und Frauen sowie zwischen „alten“ und „neuen“ Patienten zeigt sich in diesem Muster kein Unterschied.

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Jahr 2007 Kumulative Prozentwerte im 2 Wochenabstand (IAG-2007) durch Personen, für die im 4. Quartal 2006 ein Antidepressivarezept eingelöst wurde (ADPR-4/2006)



Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Jahr 2007 Kumulative Prozentwerte im 2 Wochenabstand (IAG-2007) durch Personen, für die im 4. Quartal 2006 ein Antidepressivarezept eingelöst wurde (ADPR-4/2006)



(d) Diagnosen bei Aufnahme in ein Krankenhausbett

Für die Darstellung der Diagnosehäufigkeiten (ICD-10 Hauptgruppen) und der komplexen Beziehungen zwischen Haupt- und Zusatzdiagnose wurden Kreuztabellen gewählt, wobei häufige Zusatzdiagnosen farblich gekennzeichnet wurden („Heatmaps“: mehr als 30% rot, 20-29% dunkelorange, 10-19% hellorange). Zu beachten ist bei der Inspektion dieser Tabellen jedenfalls auch die absolute Zahl der Hauptdiagnosen, da diese teilweise sehr gering ist.

(i) Aufnahmen auf psychiatrischen Abteilungen (Tabelle 4.2)

Erwartungsgemäß dominieren bei Aufnahme auf eine psychiatrische Abteilung psychiatrische, d.h. ICD-10 F Hauptdiagnosen (97% der 12.268 aufgenommenen Patienten), wobei 41,5% dieser Patienten eine F3 Diagnose (Affektive Störungen) hatten. Die zweithäufigste unter den psychiatrischen Hauptdiagnosen sind Suchterkrankungen (20%), gefolgt von Angst/neurotischen Störungen (11%) und psychoorganischen Störungen (8,8%)

Somatische Krankheiten (3%) sind unter den Hauptdiagnosen bei Aufnahme auf ein psychiatrisches Krankenhausbett erwartungsgemäß sehr selten, allerdings hatte jeder zweite Patient mit einer psychiatrischen Hauptdiagnose eine somatische Zusatzdiagnose, jeder fünfte Patient die Zusatzdiagnose einer Herz-Kreislaufkrankung, und knapp jeder fünfte die einer endokrinen Erkrankung (u.a. Diabetes).

Tabelle 4.2: Im Jahr 2007 auf psychiatrischen Abteilungen aufgenommene Patienten (N= 12.268; 3,03% von 404.657)

Erläuterung:

Erste und zweite Spalte - ICD-10 Hauptdiagnosen absolute Zahlen,

Dritte Spalte: Prozentsatz Patienten mit irgendeiner körperlichen Zusatzdiagnose

Spalten A-T: Prozentsatz Patienten mit Zusatzdiagnosen A-E, G-T (F wurde hier ausgelassen, da es um körperliche Zusatzdiagnosen geht)

(zur Bedeutung der ICD Codes siehe Fußnote 10nächste Seite)

Psy	n	% any	A	B	C	D	E	G	H	I	J	K	L	M	N	O	Q	R	S	T
A	4	75.0	0.0	0.0	25.0	0.0	50.0	50.0	25.0	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0
B	10	60.0	0.0	10.0	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0	10.0	30.0	10.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	10.0	0.0	0.0
C	6	16.7	0.0	0.0	0.0	16.7	16.7	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0
D	3	66.7	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0	0.0	33.3	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
E	16	62.5	0.0	0.0	0.0	0.0	18.8	12.5	0.0	56.2	12.5	6.2	12.5	6.2	12.5	0.0	12.5	6.2	6.2	6.2
F	11.896	48.4	0.5	3.2	0.7	3.1	18.4	13.9	4.3	20.6	5.6	8.6	2.9	9.0	6.4	0.0	0.7	3.8	1.4	2.3
G	212	82.1	3.8	5.2	2.4	8.0	34.0	25.0	15.1	56.1	13.2	11.8	7.1	18.9	25.9	0.0	0.9	15.1	0.9	2.4
H	2	100.0	0.0	0.0	0.0	50.0	50.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
I	23	78.3	0.0	0.0	4.3	8.7	34.8	13.0	13.0	47.8	8.7	4.3	0.0	21.7	8.7	0.0	4.3	17.4	4.3	4.3
J	8	75.0	0.0	0.0	0.0	12.5	25.0	12.5	0.0	50.0	37.5	12.5	12.5	25.0	0.0	0.0	0.0	12.5	0.0	0.0
K	12	83.3	0.0	8.3	16.7	0.0	16.7	8.3	8.3	50.0	8.3	33.3	0.0	16.7	8.3	0.0	0.0	8.3	8.3	0.0
L	2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
M	17	76.5	0.0	0.0	0.0	0.0	17.6	23.5	17.6	23.5	11.8	0.0	5.9	29.4	23.5	0.0	0.0	5.9	11.8	5.9
N	4	75.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0
Q	4	75.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0
R	30	80.0	0.0	13.3	3.3	6.7	20.0	36.7	6.7	56.7	13.3	10.0	0.0	13.3	10.0	0.0	3.3	23.3	3.3	3.3
S	4	50.0	0.0	0.0	0.0	25.0	25.0	25.0	0.0	25.0	25.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0	0.0	0.0
T	12	41.7	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3	16.7	0.0	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	8.3
Z	3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Sum	12.268	49.3	0.6	3.2	0.8	3.2	18.6	14.2	4.6	21.4	5.8	8.6	3.0	9.2	6.7	0.0	0.7	4.1	1.5	2.3

(ii) Aufnahmen auf nicht-psychiatrischen Abteilungen (Tabelle 4.3)

Ein völlig anderes Bild zeigt sich bei Aufnahme in eine nicht-psychiatrische Krankenhausabteilung (N=123.250; 30,46% von 404.657). Hier dominieren als Hauptdiagnose naturgemäß körperliche Erkrankungen¹⁰: An erster Stelle stehen dabei Herz-Kreislauf-erkrankungen (ICD-I - 17.597; 14,3%), gefolgt von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (ICD-M - 16.757; 13,6%), Krankheiten des Verdauungssystems (K - 13.542; 11%) und neurologischen Erkrankungen (G - 8.918; 7,2%).

Psychische Erkrankungen finden sich hier nur zu 4,4% (5.415 Patienten) als Hauptdiagnose. Als Zusatzdiagnose sind psychiatrische Erkrankungen mit 17,9% aber vergleichsweise häufig.

Tabelle 4.3: Im Jahr 2007 auf nicht-psychiatrische Abteilungen aufgenommene Patienten (N=123.250; 30,46% von 404.657; Erläuterung: s. Tabelle 4.2)

nonPsy	n	% any	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T
A	1.880	75.3	2.8	4.9	2.2	7.2	30.0	22.2	11.0	2.9	46.4	10.5	16.6	5.5	14.3	16.5	0.0	0.0	1.5	9.3	1.3	2.1
B	765	77.9	2.4	7.1	3.5	8.0	24.4	23.8	13.1	4.7	37.9	10.8	18.4	6.5	15.2	13.2	0.1	0.0	1.3	12.3	1.1	2.5
C	5.355	53.0	0.6	1.3	17.0	7.5	13.9	9.5	4.6	1.7	23.8	6.9	8.7	3.0	5.9	6.7	0.0	0.0	0.8	4.7	0.5	2.2
D	3.393	58.0	0.6	1.3	3.8	10.3	16.1	11.9	5.7	2.8	25.3	5.5	16.6	2.0	9.8	13.6	0.0	0.0	1.5	6.0	1.2	2.2
E	4.697	81.9	2.4	2.1	1.6	6.1	37.4	26.1	12.2	5.0	56.4	9.1	19.8	2.9	16.0	15.4	0.0	0.0	0.6	10.5	2.0	2.9
F	5.415	82.5	1.0	1.2	1.5	4.5	28.2	34.0	14.1	3.8	38.2	6.2	16.9	2.2	19.5	9.9	0.1	0.0	0.8	12.8	2.4	4.7
G	8.918	67.6	0.9	1.4	1.5	3.6	26.9	26.3	14.2	3.6	37.9	6.8	8.1	1.7	16.0	9.0	0.0	0.0	0.7	8.9	1.9	1.7
H	7.787	41.1	0.1	0.3	0.3	1.3	9.9	4.2	1.7	26.0	14.8	1.7	1.3	0.2	3.0	1.1	0.0	0.0	0.1	1.4	0.5	0.6
I	17.597	82.2	1.0	1.1	1.8	5.3	39.9	21.6	10.6	3.5	63.5	10.8	12.8	2.0	14.6	13.3	0.0	0.0	1.1	9.9	1.7	2.8
J	6.608	83.0	1.6	2.4	3.2	6.1	28.8	25.7	11.8	3.8	50.6	26.4	13.4	2.1	15.6	12.9	0.0	0.0	1.0	10.0	1.7	2.9
K	13.542	67.4	1.1	1.4	1.6	6.9	20.1	17.4	5.9	1.5	31.9	5.8	35.2	1.6	10.1	8.1	0.0	0.0	1.4	7.6	0.6	1.8
L	1.853	60.0	2.3	4.0	2.0	6.3	21.8	15.1	6.8	2.2	28.6	6.9	9.9	10.5	12.8	7.8	0.0	0.0	0.6	3.8	2.4	5.4
M	16.757	61.7	0.5	0.8	0.9	3.1	18.2	15.4	6.7	1.9	26.9	3.9	7.7	1.4	38.0	5.1	0.0	0.0	0.6	6.3	1.7	3.1
N	8.169	58.1	1.4	1.3	2.1	7.3	16.6	10.7	5.7	1.5	24.9	5.1	8.3	1.4	6.7	26.1	0.1	0.0	1.3	7.5	0.8	2.3
O	1.251	41.5	0.5	0.7	0.0	1.3	1.4	3.9	0.5	0.1	0.6	0.6	0.4	0.1	0.2	1.9	34.1	0.1	0.3	1.6	0.5	0.6
P	13	38.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7	0.0	0.0	0.0	7.7	0.0	0.0	0.0	0.0	7.7	23.1	15.4	0.0	0.0	0.0
Q	302	63.9	1.3	0.7	3.6	9.3	21.9	8.0	8.3	2.0	28.1	8.3	13.9	2.0	7.6	8.9	0.3	0.0	4.6	6.6	0.7	2.6
R	6.524	73.7	1.1	1.3	2.5	4.9	26.3	24.1	10.4	3.5	43.2	7.8	13.9	1.5	15.0	11.9	0.1	0.0	1.1	8.4	4.2	2.5
S	8.460	61.8	0.6	0.7	0.8	3.0	11.0	11.6	7.1	1.9	21.7	4.0	3.3	1.2	11.4	6.9	0.0	0.0	0.3	3.7	32.5	6.4
T	3.363	53.0	0.5	1.0	1.3	3.0	14.3	15.5	5.4	1.7	22.4	4.0	5.7	2.1	12.8	4.9	0.0	0.0	0.4	4.5	5.8	9.0
Z	601	60.9	0.2	0.7	11.2	6.0	14.5	9.8	3.3	7.2	23.0	3.0	14.1	1.3	9.0	6.5	0.8	0.0	1.8	3.2	1.5	4.8
Sum	123.250	67.0	1.0	1.3	2.3	5.0	22.9	17.9	8.2	4.1	35.8	7.3	12.8	1.9	15.5	10.1	0.4	0.0	0.9	7.3	3.8	2.9

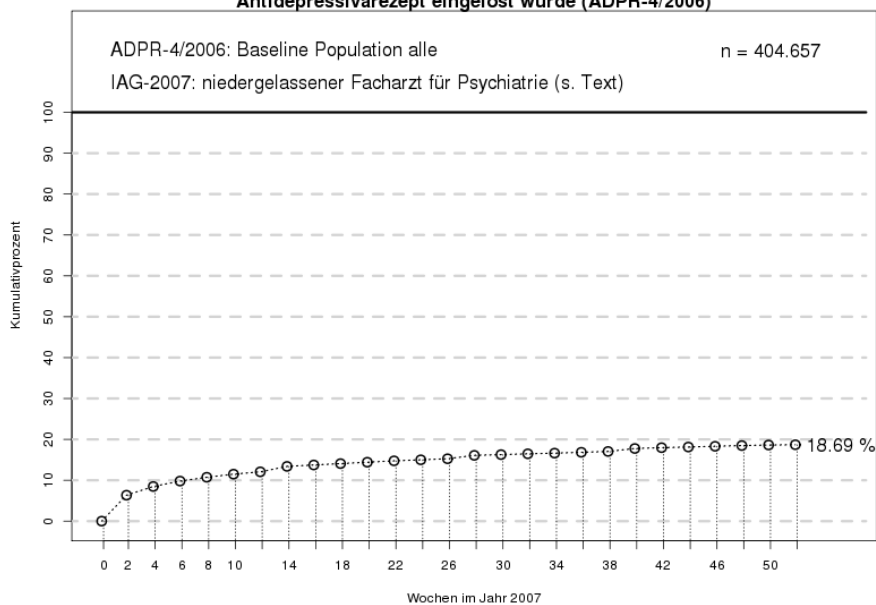
¹⁰ International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10)

Kapitel	Notation	Bezeichnung
I	A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten
II	C00-D48	Neubildungen (beispielsweise Tumore u. Ä.)
III	D50-D89	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems
IV	E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten
V	F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen
VI	G00-G99	Krankheiten des Nervensystems
VII	H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde
VIII	H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes
IX	I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems
X	J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems
XI	K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems
XII	L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut
XIII	M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes
XIV	N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems
XV	O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett
XVI	P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben
XVII	Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien
XVIII	R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind
XIX	S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen
XX	V01-Y98	Äußere Ursachen von Morbidität und Mortalität
XXI	Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen
XXII	U00-U89	Schlüsselnummern für besondere Zwecke

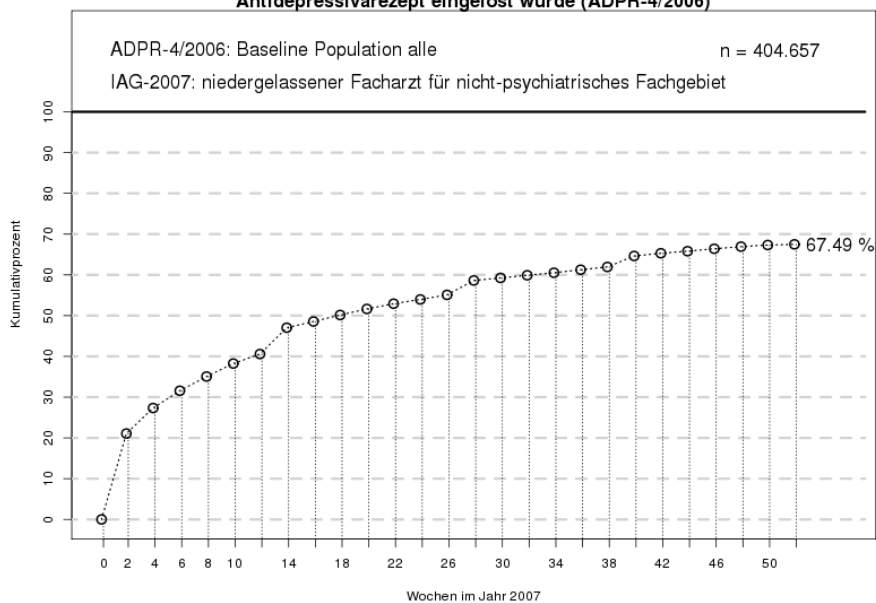
B3. Kontakt mit niedergelassenen Fachärzten

Hier wird unterschieden zwischen Fachärzten für Psychiatrie (in Österreich verschiedene Untertypen, auch kombiniert mit Neurologie) einerseits, und allen anderen Fachärzten andererseits. Zwischen diesen beiden Gruppen finden sich beträchtliche Unterschiede, und zwar in der Richtung, die bereits bei der Aufnahme auf ein Krankenhausbett gefunden wurde: Psychiater werden wesentlich seltener kontaktiert als andere Fachärzte. 18,7% der Patienten kontaktierten im Jahr 2007 einen Psychiater, aber über zwei Drittel (67,5%) einen nicht-psychiatrischen Facharzt. In beiden Fällen steigt die Kurve der kumulierten Erstkontakte im Follow-Up Zeitraum relativ steil an (über 50 % der Erstkontakte bereits in den ersten 8 Wochen).

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Jahr 2007 Kumulative Prozentwerte im 2 Wochenabstand (IAG-2007) durch Personen, für die im 4. Quartal 2006 ein Antidepressivarezept eingelöst wurde (ADPR-4/2006)

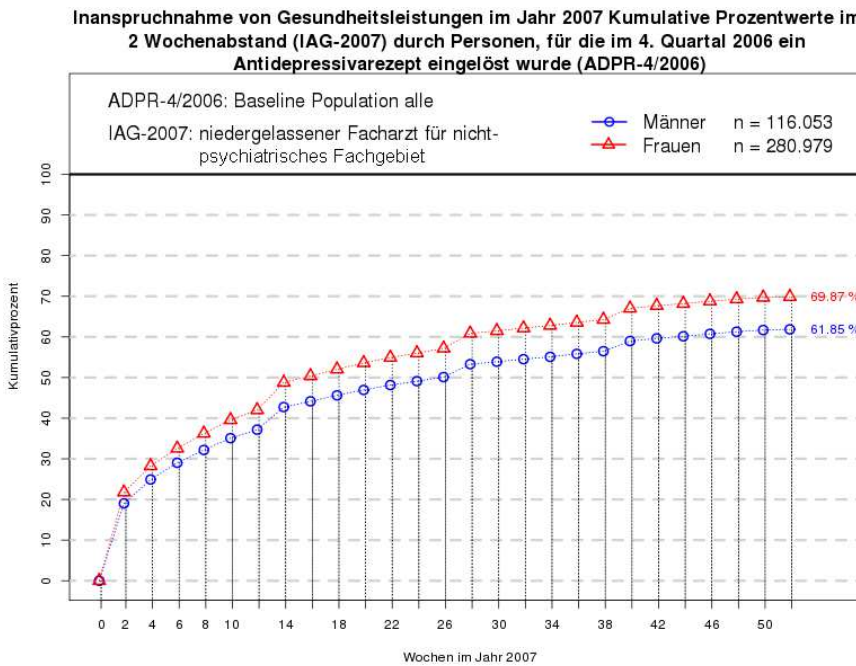
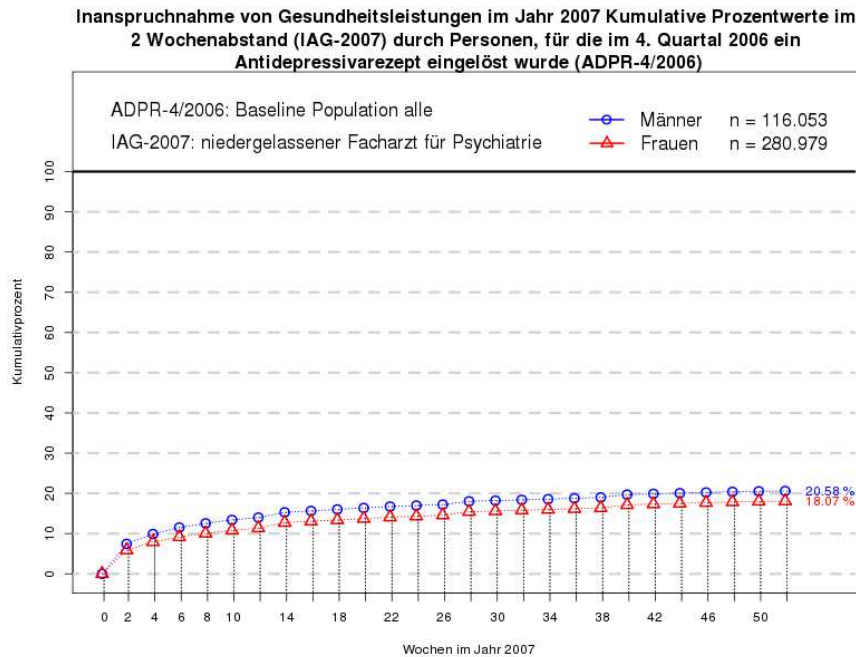


Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Jahr 2007 Kumulative Prozentwerte im 2 Wochenabstand (IAG-2007) durch Personen, für die im 4. Quartal 2006 ein Antidepressivarezept eingelöst wurde (ADPR-4/2006)



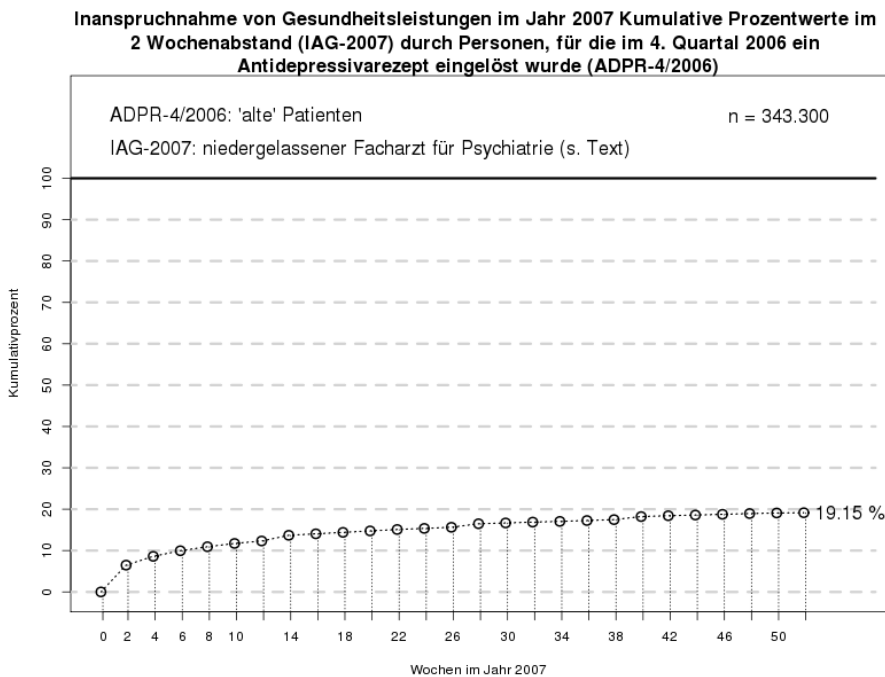
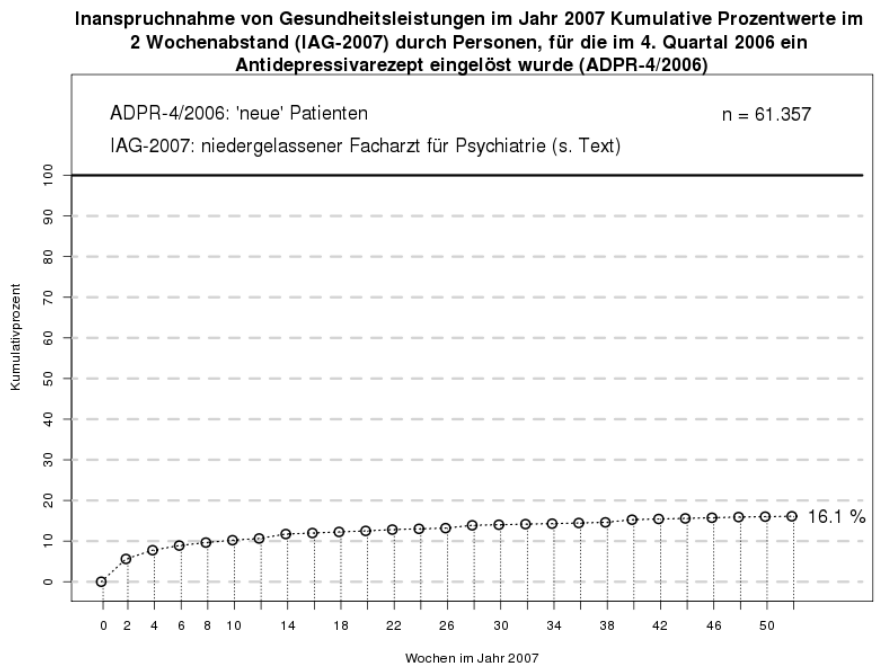
(a) *Geschlecht*

Zwischen Männern und Frauen finden sich in den für die Gesamtgruppe identifizierten Mustern geringfügige Unterschiede. Beim Aufsuchen von Psychiatern ist der Unterschied minimal (Männer etwas häufiger als Frauen), beim Kontaktieren von nicht-psychiatrischen Fachärzten etwas deutlicher, wobei hier die Frauen überwiegen.



(b) „Neue“ vs. „alte“ Patienten

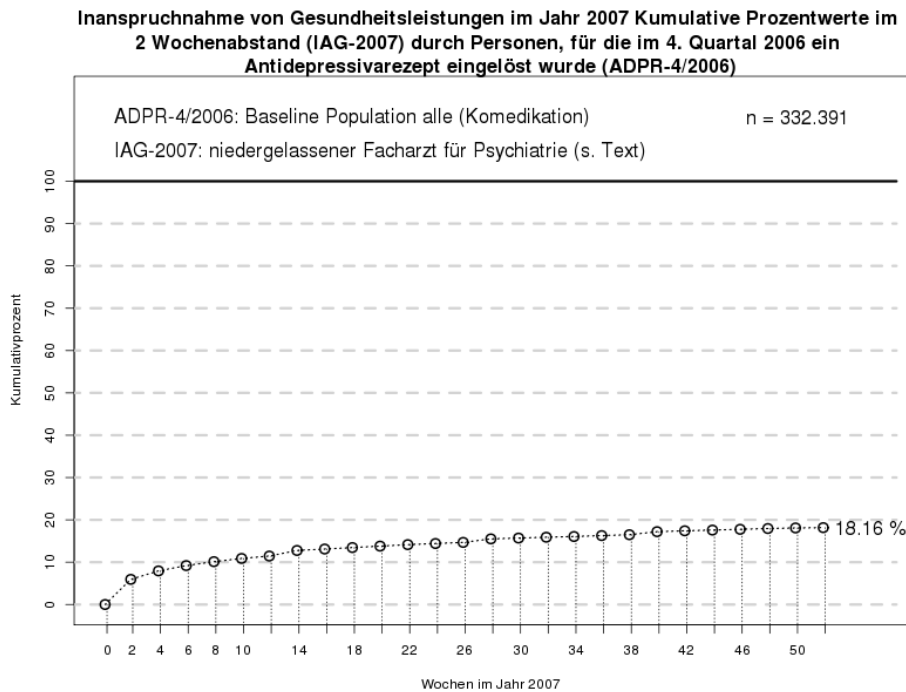
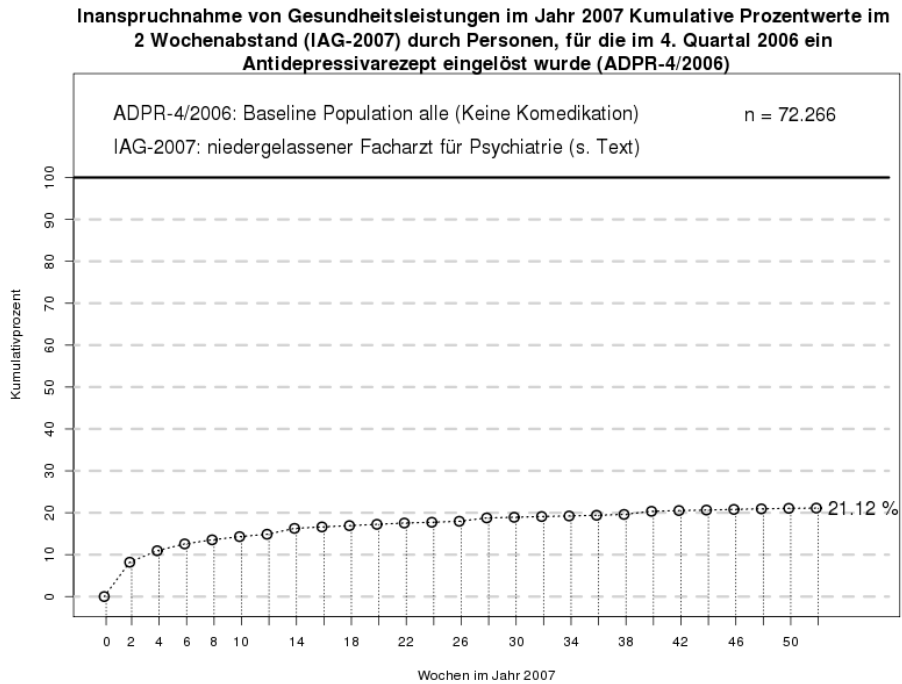
Im Hinblick auf das Aufsuchen von nicht-psychiatrischen Fachärzten unterscheiden sich „alte“ (67,4%) und „neue“ Patienten (67,9%) praktisch nicht (keine Grafik). Für den Kontakt mit Psychiatern findet sich bei „neuen“ Patienten ein etwas geringerer Wert (16,1%) als bei „alten“ Patienten (19,2%).



(c) Ko-Verschreibung für körperliche Erkrankungen vs. keine solche Ko-Verschreibung

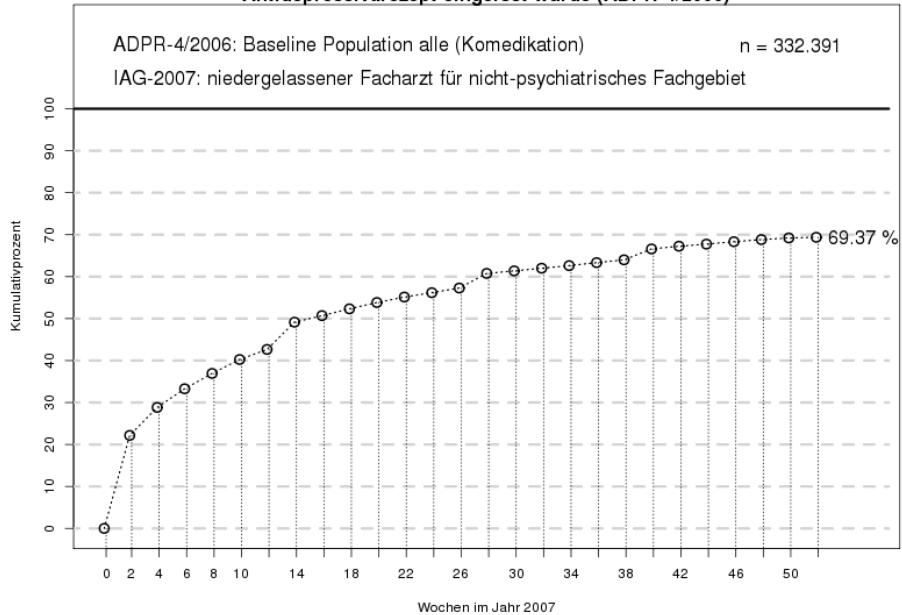
Im Hinblick auf Ko-Verschreibung für eine körperliche Krankheit zeigt sich ein analoges Muster wie bei den Krankenhausaufnahmen.

Für den Besuch eines Psychiaters (Grafiken unterhalb) macht die Ko-Verschreibung für körperliche Krankheiten praktisch keinen Unterschied (21,1% Psychiaterbesuche ohne Ko-Verschreibung, 18,1% mit Ko-Verschreibung).

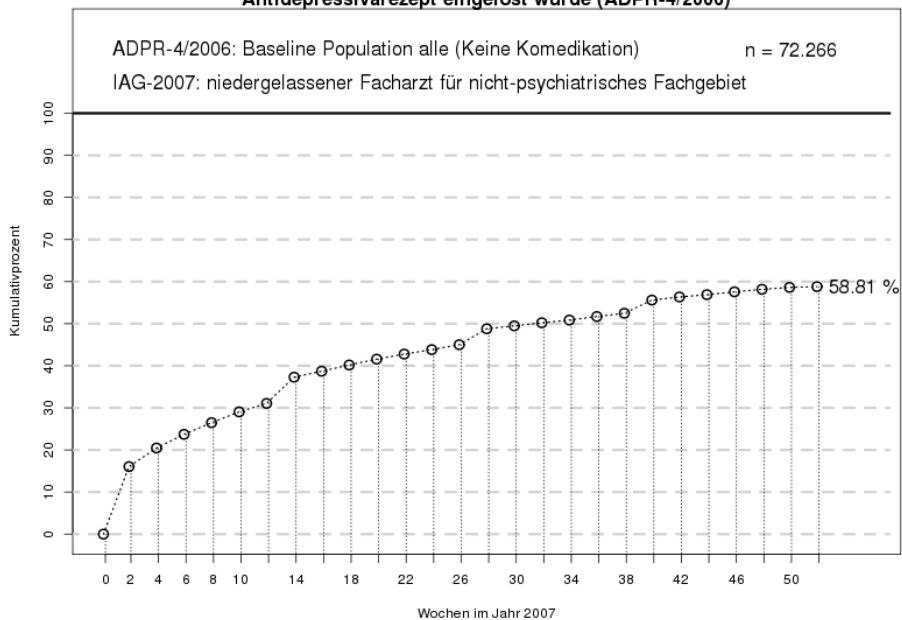


Der Anteil der Besuche bei nicht-psychiatrischen Fachärzten ist für Patienten mit Ko-Verschreibungen deutlich (um rund 10%) höher als bei der Gruppe ohne Ko-Verschreibungen, und erreicht nach einem Jahr einen Wert von fast 70%.

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Jahr 2007 Kumulative Prozentwerte im 2 Wochenabstand (IAG-2007) durch Personen, für die im 4. Quartal 2006 ein Antidepressivarezept eingelöst wurde (ADPR-4/2006)

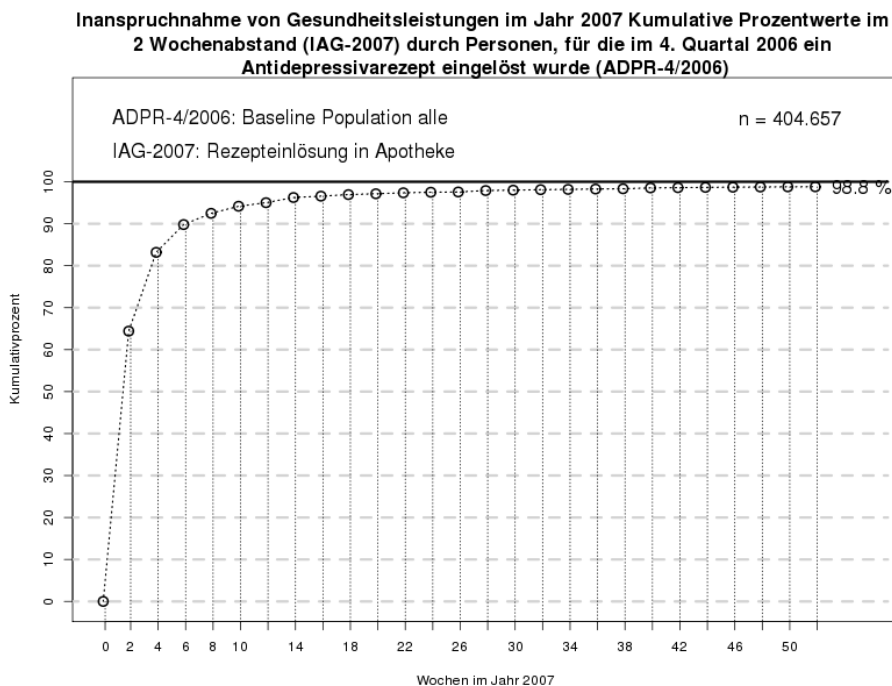
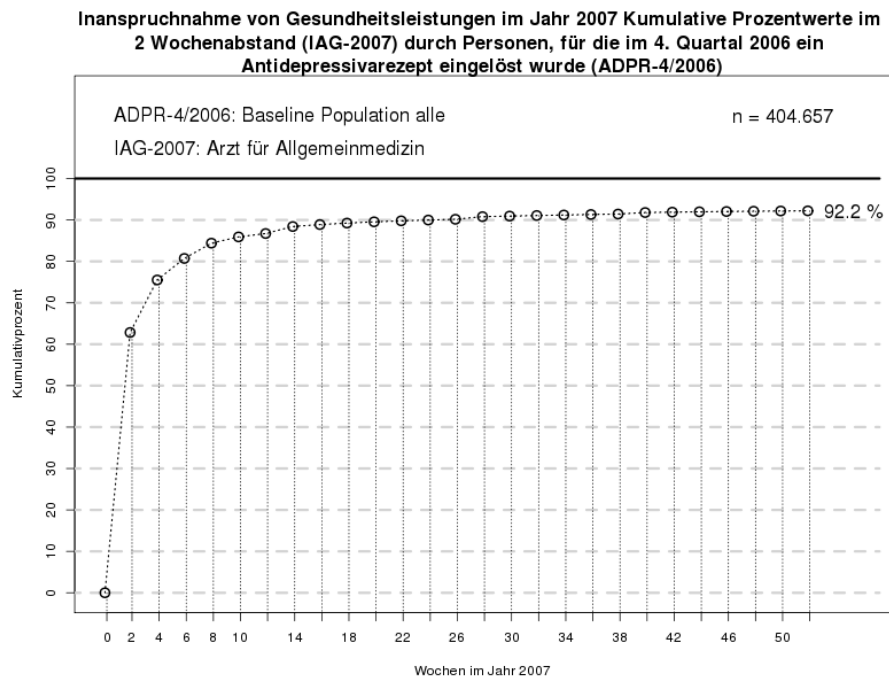


Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Jahr 2007 Kumulative Prozentwerte im 2 Wochenabstand (IAG-2007) durch Personen, für die im 4. Quartal 2006 ein Antidepressivarezept eingelöst wurde (ADPR-4/2006)



B4. Kontakt mit Ärzten für Allgemeinmedizin und mit Apotheken

Ärzte für Allgemeinmedizin und Apotheken werden in einem sehr hohen Prozentsatz und sehr rasch aufgesucht. Diesbezüglich bestehen praktisch keine Unterschiede zwischen den oben beschriebenen Subgruppen. Es werden hier deshalb zur Illustration jeweils nur je eine Grafik für Ärzte für Allgemeinmedizin (92,2% Kontakte 2007) und eine für Apothekenbesuche (98,8%) wiedergegeben. In beiden Fällen erfolgen die meisten Erstkontakte (rund 80%) bereits innerhalb von 4 Wochen. Wegen unterschiedlicher Routinen der Datierung der Rezepteinlösungen bei unterschiedlichen Trägern (von Registrierung des exakten Datums bis zu lediglich zu Quartalsende) sind diese Werte nur als approximativ anzusehen. Besonders für die ersten 12 Wochen ist hier eine gewisse Unterschätzung anzunehmen, die allerdings das Gesamtbild eines steilen Anstiegs nicht wesentlich verändern dürfte.



B5. Folgeeinlösungen von Antidepressivarezepten vor Ende 2007

In einem weiteren Auswertungsschritt wurde untersucht, wie oft nach einer Antidepressiva-Rezepteinlösung im 4. Quartal 2006 weitere Rezepteinlösungen für Antidepressiva bis Ende 2007 erfolgten. Dies geschah unter der Perspektive, dass eine Einnahme von Antidepressiva über mehrere Monate erfolgen sollte, um eine Wirksamkeit zu erzielen und eine Einmalgabe klinisch keinen Sinn macht, gleich bei welcher psychiatrischen Diagnose sie verordnet werden.

Der Nachuntersuchungszeitraum beträgt - aus Gründen der unterschiedlichen Datierungsroutinen von Rezepteinlösungen bei verschiedenen Sozialversicherungsträgern - zwischen 12 und 15 Monaten. Bei Rezepteinlösungen im 4. Quartal 2006 war zwar das genaue Datum der Rezepteinlösung nicht einheitlich verfügbar, jedoch bei mehreren Rezepteinlösungen in diesem Quartal die zeitliche Reihenfolge. Damit konnte festgestellt werden, ob bereits im 4. Quartal 2006 weitere spezifische Rezepteinlösungen erfolgten. Da jedoch das Datum der ersten Rezepteinlösung in diesem Quartal zu jedem Zeitpunkt liegen konnte, ist der Nachuntersuchungszeitraum für Personen mit der ersten Rezepteinlösung zu Beginn des Quartals länger (im Extremfall 3 Monate 2006 und 12 Monate 2007) als zu Ende des Quartals (nur 12 Monate 2007), insgesamt also zwischen 12 und 15 Monate.

Der Vergleich der weiteren Rezepteinlösungen von im 4. Quartal 2006 „neuen“ Patienten (bpnew) mit „alten“ Patienten (bpold) zeigt deutliche Unterschiede. Für ein Drittel der „neuen“ Patienten wurde kein weiteres Rezept vor Ende 2007 eingelöst, für weitere 14% nur ein einziges weiteres Mal.

Tabelle 4.4: Folgeeinlösungen von Antidepressiva-Rezepten bis Ende 2007 nach Ersteinlösung im 4. Quartal 2006 („neue“ Patienten)

bpnew: Weitereinlösungen Antidepressivarezepte über 15 Monate			
Anzahl weiterer AD Rezepte	Personen Anzahl	Einzelprozent	kumulierte Prozente
0	20.351	33,17	33,17
1	8.794	14,33	47,50
2	5.080	8,28	55,78
3	3.793	6,18	61,96
4	3.105	5,06	67,02
5	2.620	4,27	71,29
6	2.369	3,86	75,15
7	2.092	3,41	78,56
8	1.706	2,78	81,34
9	1.483	2,42	83,76
10	1.365	2,22	85,97
11	1.250	2,04	88,02
12	1.318	2,15	90,17
13	1.316	2,14	92,31
14	1.125	1,83	94,14
15+	3.590	5,86	100,00
Summe	61.357	100,00	

Für „alte“ Patienten sieht dies vollständig anders aus: Nur 3,5% erhielten keine Weiterverschreibung und nur 3,6% eine einzige Weiterverschreibung.

Tabelle 4.5: Folgeeinlösungen von Antidepressiva-Rezepten bis Ende 2007 nach Einlösung im 4. Quartal 2006 bei vorheriger Einlösung im Jahr 2006 („alte“ Patienten)

bpold: Weitereinlösungen Antidepressivarezepte über 15 Monate			
Anzahl weiterer AD Rezepte	Personen Anzahl	Einzelprozent	kumulierte Prozente
0	12.058	3,51	3,51
1	12.255	3,57	7,08
2	12.938	3,77	10,85
3	15.682	4,57	15,42
4	16.899	4,92	20,34
5	15.971	4,65	24,99
6	20.531	5,98	30,97
7	22.453	6,54	37,51
8	16.466	4,80	42,31
9	14.063	4,10	46,41
10	13.814	4,02	50,43
11	14.450	4,21	54,64
12	16.328	4,76	59,40
13	19.995	5,82	65,22
14	25.384	7,39	72,61
15+	94.013	27,39	27,39
Summe	343.300	100,00	100,00

Durch die Analyse der Einlösehäufigkeiten von Rezepten lässt sich allerdings nicht sagen, ob keine weitere Verschreibungen erfolgten, weil Arzt und/oder Patient dies nicht für sinnvoll hielten, ob Verschreibungen erfolgten und die Rezepte nicht eingelöst wurden, und letztlich bleibt auch unklar, ob die Medikamente von eingelösten Rezepten tatsächlich eingenommen wurden. Auch wissen wir bei der vorliegenden Analyse nicht, welche Dosis vorgesehen war. Letztlich kann aber doch gesagt werden, dass bei „neuen“ Patienten zumindest in 50% der Fälle das Ziel einer mehrmonatigen Antidepressiva-Einnahme nicht erreicht wird.

5. Zusammenfassung und Schlussfolgerungen

Methodik

Die Vorteile der Record Linkage Methodik sind in dieser Untersuchung voll zum Tragen gekommen. Viele angestrebte Analysen, die nur durch Record Linkage möglich sind, konnten durchgeführt werden. In Bezug auf die Identifikation der Basispopulation ist dies etwa die Möglichkeit, Personen mit Neuverschreibungen von Antidepressiva und solchen mit Ko-Verschreibungen von Medikamenten für körperliche Krankheiten zu identifizieren. Die Inanspruchnahme verschiedener Gesundheitsleistungen zu erfassen ist ohnehin nur durch Record Linkage möglich.

Ein Hindernis für eine exakte Bestimmung des Follow-Up Zeitraums war die bei verschiedenen Krankenkassen unterschiedliche Datierungsstrategie für das Datum der Einlösung eines Rezeptes. Auch das Alter der Patienten zum Zeitpunkt der Rezepteinlösung war mit einer Unschärfe von bis zu zwei Jahren behaftet, da in der pseudonymisierten GAP-DRG Datenbank aus Datenschutzüberlegungen nur das Geburtsjahr, nicht aber das genaue Geburtsdatum enthalten ist. Eine geringfügige Einschränkung der Gültigkeit der Ergebnisse entsteht auch u.a. dadurch, dass in der GAP-DRG Datenbank des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger selbständig Versicherte und Versicherte bei KAFs der Gemeinden nicht enthalten sind (für weitere Einschränkungen s. Abschnitt 2. Ziele und Methodik).

Basispopulation 4. Quartal 2006

Da diese Untersuchung vom niedergelassenen Bereich ausgeht (für den kassenseitig keine Verpflichtung zu einer auswertbaren Diagnosedokumentation besteht), wurde die Ausgangspopulation durch die Einlösung eines Antidepressivarezeptes definiert. Dabei muss festgehalten werden, dass sich aus der Verschreibung eines Antidepressivums nicht notwendigerweise ergibt, dass der Patient an einer Depression leidet. Antidepressiva haben heute auch andere wichtige Indikationen (etwa Angststörungen).

Für 424.281 Personen wurde im 4. Quartal 2006 mindestens ein Antidepressivarezept eingelöst. Dies sind rund 5% der österreichischen Bevölkerung. 19.624 (4,6%) verstarben vor Ende 2007. Die verbliebenen 404.657 Patienten wurden für die Follow-Up Untersuchung herangezogen. Das Durchschnittsalter betrug fast 59 Jahre, 70% waren Frauen; knapp 14% waren „neue“ Patienten (keine Antidepressiva-Rezepteinlösungen bzw. keine Krankenhausentlassung mit der Diagnose einer Depression im 1. Bis 3. Quartal 2006). Nahezu 4 von 5 Patienten erhielten das Rezept von Ärzten für Allgemeinmedizin („neue“ Patienten im 4. Quartal 2006: zwei von drei Patienten). Für 4 von 5 Patienten war im Jahre 2006 zusätzlich mindestens ein Rezept für ein Medikament für eine körperliche Krankheit eingelöst worden.

Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen 2007

Krankenhausaufnahmen

Aufnahmen in psychiatrische Abteilungen waren mit 3% extrem selten, Aufnahmen in nicht-psychiatrische Abteilungen mit 30% hingegen relativ häufig. Zwischen Männern und Frauen fand sich hier kein nennenswerter Unterschied. Ein geringer Unterschied ergab sich bei der Unterteilung nach „neuen“ und „alten“ Patienten, die letzteren wurden mit 31% etwas häufiger in nicht-psychiatrischen

Abteilungen aufgenommen als „neue“ Patienten (28%). Für psychiatrische Abteilungen ergab sich kein Unterschied. Ob ursprünglich ein zusätzliches Rezept für eine körperliche Krankheit eingelöst worden war, ist für Aufnahmen in nicht-psychiatrische Abteilungen relevant. Mit einer solchen Ko-Verschreibung betrug die Wiederaufnahmerate 33%, ohne eine solche Ko-Verschreibung 17%. Bei Aufnahmen in psychiatrische Abteilungen spielt dieser Unterschied praktisch keine Rolle. Das Diagnosespektrum bei Aufnahme in ein Krankenhaus ist eindeutig von Komorbidität mit körperlichen Krankheiten geprägt. Während bei Aufnahme auf psychiatrische Abteilungen die Hauptdiagnosen naturgemäß zum überwiegenden Teil psychiatrische sind, hat bei diesen Patienten jeder zweite eine körperliche Nebendiagnose. Bei Aufnahmen in nicht-psychiatrischen Abteilungen dominieren unter den Hauptdiagnosen die körperlichen Krankheiten, in erster Linie Herz-Kreislauf-erkrankungen (ICD-I - 17.597; 14,3%), Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (ICD-M - 16.757; 13,6%), Krankheiten des Verdauungssystems (K - 13.542; 11%) und neurologische Erkrankungen (G - 8.918; 7,2%). Bei 18% wurde eine psychiatrische Zusatzdiagnose gestellt.

Facharztkontakte

Kontakte mit psychiatrischen und nicht-psychiatrischen Fachärzten zeigen unterschiedliche Muster, sind aber den für Krankenhausaufnahmen gefundenen Mustern ähnlich, allerdings sind die Prozentsätze wesentlich höher als bei Krankenhausaufnahmen. Psychiater wurden deutlich seltener kontaktiert (19%) als nicht-psychiatrische Fachärzte (67%). Männliche und weibliche Patienten unterscheiden sich bei Psychiaterkontakten nicht, wohl aber bei Kontakten mit nicht-psychiatrischen Fachärzten (Frauen mit 70% häufiger als Männer mit 62%). Zwischen „neuen“ und „alten“ Patienten gibt es hier keinen Unterschied zum generellen Muster (allenfalls bei Psychiaterkontakten: „neue“ Patienten 19%, „alte“ Patienten 16%). Ko-Verschreibungen für körperliche Erkrankungen haben keinen Einfluss auf Psychiaterkontakte, wohl aber auf Kontakte mit nicht-psychiatrischen Fachärzten (Ko-Verschreibung 69%, keine Ko-Verschreibung 59%). Bemerkenswert ist nicht nur die hohe Kontakthäufigkeit bei nicht-psychiatrischen Fachärzten, sondern auch der Befund, dass die Hälfte dieser Patienten den Arzt schon in den ersten 8 Wochen des Jahres 2007 aufsucht.

Kontakte mit Ärzten für Allgemeinmedizin und weitere Rezepteinlösungen

Ärzte für Allgemeinmedizin werden von 92% der Patienten aufgesucht, weitere Rezepteinlösungen in Apotheken finden sich bei 99% der Patienten, wobei die kumulative Kontakthäufigkeit in den ersten Wochen sehr steil ansteigt.

Einlösungen weiterer Antidepressivarezepte

Im Hinblick auf Einlösungen weiterer Antidepressivarezepte bis Ende 2007 zeigt sich, dass bei „neuen“ Patienten nahezu jeder zweite Patient (47,5%) entweder keine oder nur *eine* weitere Einlösung eines Antidepressivarezeptes aufwies. Bei „alten“ Patienten waren nur 7% in dieser Gruppe. Insgesamt lässt sich sagen, dass das klinisch einzig sinnvolle Ziel einer mehrmonatigen Antidepressiva-Einnahme bei einem großen Anteil der Patienten mit „Erstverschreibung“ nicht erreicht wird.

Schlussfolgerungen

Zunächst ist festzuhalten, dass sich die GAP-DRG Datenbank im Prinzip gut dazu eignet, von einer ambulanten Population (Rezepteinlösung) ausgehend, die weiteren Inanspruchnahmepfade der Patienten im ambulanten und stationären Bereich zu untersuchen. Eine Ausweitung dieser

Datenbank auf die Jahre über 2006/2007 hinaus und eine Routinisierung wären für die Gesundheitsplanung in Österreich äußerst nützlich.

Inhaltlich hat sich die vorliegende Studie auf einzelne Themen und Merkmale beschränkt und rein deskriptiv. Mit der GAP-DRG wären noch viele andere Fragestellungen bearbeitbar und andere Analysestrategien möglich (etwa multivariate Ansätze). Hier ging es aber in erster Linie darum, die prinzipielle Machbarkeit derartiger Analysen anhand von einigen relevanten Themen zu belegen. Drei dieser Themen seien hier herausgegriffen:

Bei den durchgeführten Analysen fällt an mehreren Stellen auf, dass Patienten, die ein Antidepressivum verschrieben erhalten, zu einem hohen Prozentsatz an körperlichen Krankheiten leiden müssen. Schon die Tatsache, dass im Jahr nach der erfassten Antidepressiva-Rezepteinlösung nahezu einer von 20 Patienten verstorben ist (4,6%), weist darauf hin. Weiters: 4 von 5 Patienten hatten im Jahr der Einlösung eines Antidepressivarezeptes auch ein Rezept für eine körperliche Krankheit eingelöst; 30% wurden im Jahr nach der Antidepressiva-Rezepteinlösung auf einer nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilung aufgenommen und über zwei Drittel suchten in diesem Zeitraum einen nicht-psychiatrischen Facharzt auf. Bei der Gesundheitsplanung und bei Kostenberechnungen von „Erkrankungspfaden“ wäre diese hohe Komorbidität zu berücksichtigen.

Psychiatrische Fachärzte werden deutlich seltener aufgesucht als andere Fachärzte – ob dies auch mit Stigmavermeidung zu tun hat oder mit anderen Faktoren, etwa damit, wer ursprünglich das Antidepressivum verschrieben hat, wäre zu untersuchen. In diesem Zusammenhang ist erwähnenswert, dass über 90% der Patienten im Jahr 2007 einen Arzt für Allgemeinmedizin aufsuchen und dass über zwei Drittel der ursprünglichen „Erstverschreibungen“ („neue“ Patienten) und 80% der Verschreibungen bei „alten“ Patienten von Ärzten für Allgemeinmedizin stammen. Psychiatrische Aus-, Weiter- und Fortbildung für nicht-psychiatrische Fachärzte und für Ärzte für Allgemeinmedizin sind in diesem Zusammenhang zweifelsohne ein relevantes Thema.

Ein drittes Thema bezieht sich darauf, wie sich die Weiterverschreibung (genauer die „Weitereinlösung“) von Antidepressivarezepten darstellt. Antidepressiva sind ja prinzipiell nicht für die Einmaleinnahme gedacht - wenn sie wirken, dann erst nach einigen Wochen, und sie sollten dann länger eingenommen werden. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass bei einem beträchtlichen Teil der Patienten keine oder nur wenige Weitereinlösungen von Antidepressivarezepten erfolgen. Durch die Analyse der Einlösehäufigkeiten von Rezepten lässt sich allerdings nicht sagen, ob keine weiteren Verschreibungen erfolgten, weil Arzt und/oder Patient dies nicht für sinnvoll hielten, ob Verschreibungen erfolgten und die Rezepte nicht eingelöst wurden, und letztlich bleibt auch unklar, ob die Medikamente von eingelösten Rezepten tatsächlich eingenommen wurden. Auch wissen wir bei der vorliegenden Analyse nicht, welche Dosis vorgesehen war. Letztlich kann aber doch gesagt werden, dass bei „neuen“ Patienten in fast 50% das Ziel einer fortgesetzten Antidepressivabehandlung nicht erreicht wird. Hier bedarf es gezielter Studien, die die genannten Erklärungsmöglichkeiten besonders auch im Sinn der Kosteneffektivität untersuchen.

Abschließend seien noch einige Vorschläge für weitere mögliche Analysen gemacht, die sich auf die GAP-DRG Datenbank stützen könnten. Zum einen sind personenbezogene epidemiologische Berechnungen mit alters- und geschlechtsstandardisierten Raten, auch gebietsbezogen, denkbar. Die Rolle von Ko-Verschreibungen mit einerseits krankheitsspezifischen Pharmaka bezüglich körperlicher Krankheiten (z.B. Antihypertensiva, Antidiabetika), andererseits mit anderen Psychopharmaka für das Inanspruchnahmeverhalten könnte untersucht werden. Mit Regressionsanalysen könnte der relative Einfluss verschiedener patientenbezogener

(z.B. Geschlecht, Alter) und verschreibungsbezogener Merkmale (z.B. Typ der Medikation) auf das Inanspruchnahmeverhalten untersucht werden. Die hier durchgeführten Inanspruchnahmeanalysen waren jeweils auf eine einzige Gesundheitsleistung beschränkt (unabhängig von der Inanspruchnahme anderer Gesundheitsleistungen), es könnten aber auch die gleichzeitige und sukzessive Inanspruchnahme mehrerer Gesundheitsleistungen untersucht werden (und damit auch mehrschrittige Pfade), womit differenzierte Kostenberechnungen möglich würden.