

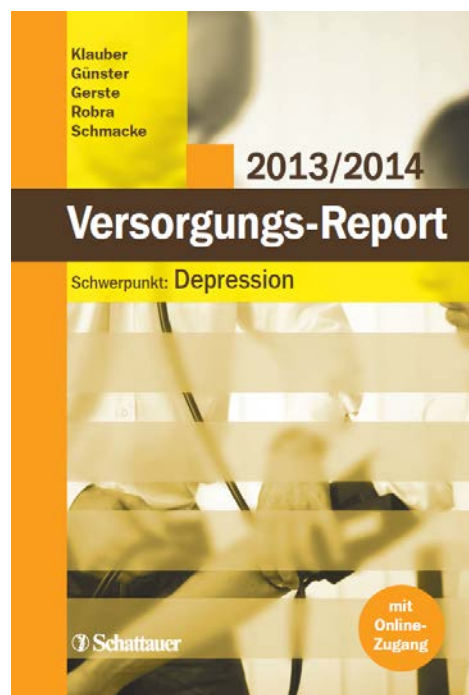
# Versorgungs-Report 2013/2014

## „Depression“

Jürgen Klauber / Christian Günster /  
Bettina Gerste / Bernt-Peter Robra /  
Norbert Schmacke (Hrsg.)

Schattauer (Stuttgart) 2014

Auszug Seite 99-123



<b>5</b>	<b>Pharmakotherapie bei Depression.....</b>	<b>99</b>
	<i>Antje Freytag, Markus Kösters, Max Schmauß, Thomas Becker und Jochen Gensichen</i>	
5.1	Einleitung: Spezifische Probleme der Pharmakotherapie bei Menschen mit Depression.....	100
5.2	Datenquellen und Methoden.....	104
5.2.1	Datenquellen .....	104
5.2.2	Berücksichtigte Diagnosen.....	104
5.2.3	Ambulante Arzneimittelverordnungen.....	105
5.2.4	Behandlergruppen.....	108
5.2.5	Studienpopulation .....	109
5.3	Ergebnisse.....	110
5.3.1	Neu begonnene Therapie mit Antidepressiva.....	110
5.3.2	Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa (vgl. QiSA-Indikator 10) .....	117
5.4	Diskussion .....	119

Antje Freytag, Markus Kösters, Max Schmauß, Thomas Becker und  
Jochen Gensichen

## Abstract

Psychopharmakotherapie bei Depression ist eine komplexe ärztliche Aufgabe. Sie umfasst die Entscheidung, ob überhaupt eine Pharmakotherapie indiziert ist und wenn ja, welche Wirksubstanz mit welcher Dauer und Dosierung eingesetzt wird und ob bei Nicht-Ansprechen oder Nichtverträglichkeit die Indikation zu einem Medikamentenwechsel (und wenn ja, zu welcher Substanz) besteht. Bislang liegen aus Deutschland nur wenige Informationen über das ärztliche Verschreibungsverhalten bei Patienten mit Depression vor. Der Beitrag untersucht die Pharmakotherapie bei Depression mit besonderem Fokus auf der Dauer der Verordnungen, auf dem Verschreibungsverhalten der Arztgruppen (Hausärzte und Fachärzte für psychische Erkrankungen) und auf den verschriebenen Wirkstoffgruppen. Es werden die Routineabrechnungsdaten von AOK-Patienten der Jahre 2008 bis 2010 statistisch-deskriptiv analysiert. Die Versichertenpopulation der AOK ist von hoher Relevanz, da sie immerhin 35 % der GKV-Versichertenpopulation und 30 % der Gesamtbevölkerung umfasst. Die Ergebnisse zeigen: Eine Verordnungsdauer über 24 Wochen über alle untersuchten Wirkstoffe (Tri- und Tetrazyklika [NA06AA], Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [NA06AB], nichtselektive Monoaminoxidasehemmer [NA06AG], Monoaminoxidase-A-Hemmer [NA06AG] und andere Antidepressiva [NA06AX]) und Arztgruppen wird bei 22 % der Patienten mit neu begonnener medikamentöser Depressionstherapie erreicht (bei ausschließlich hausärztlicher Verordnung 16,8 % und bei ausschließlich fachärztlicher Verordnung 27,5 %). Die pharmakologische Depressionstherapie erfolgt über alle Arztgruppen hinweg bei 51,4 % der verordneten Tagesdosen (DDD) mit SSRI, während der Anteil der TCA mit 24,0 % noch hinter den Anteil der sonstigen Antidepressiva (24,2 %) zurückfällt. Berechnet auf Grundlage der DDD werden SSRI insgesamt von beiden Arztgruppen höher dosiert und/oder über einen längeren Zeitraum verordnet als TCA. Hausärzte verschreiben TCA häufiger als Fachärzte. Der Einsatz von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa ist bei Patienten mit Depression weit verbreitet: 60,6 % erhielten mindestens für 28 Tage innerhalb eines Zeitraums von 180 Tagen Schlafmittel. Eine Bewertung der Ergebnisse muss die fehlende Differenzierung nach Schweregraden und den modellhaften Messansatz der DDD-basierten Therapiedauer einschränkend berücksichtigen.

Psychopharmacotherapy is a complex issue for practitioners, who have to decide if pharmacotherapy is indicated, and if so, which substance and dose are suitable. Only limited evidence is available on the prescription behaviour of physicians in Germany for patients with unipolar depression. The article reports data of the pharmacotherapy of patients with depression. Emphasis was placed on duration of treatment, differences in prescription behaviour of general prac-

tioners (GPs) and mental health care specialists and on the substance classes prescribed. We descriptively analysed statutory health insurance data of all beneficiaries of the AOK in the years 2008 to 2010. This population comprises 35 % of all statutory health insurees and 30 % of the total population. The results show that only 22 % of the patients with a newly begun antidepressant therapy reached a treatment duration of 24 weeks if all classes (TCA [NA06AA], SSRI [NA06AB], MAO inhibitors [NA06AG] and other antidepressants [NA06AX] are taken into account (16.8 % if treated by general practitioners only and 27.5 % if treated by specialists only). Overall, SSRI accounted for 51.4 % of the DDD prescribed. Calculated on a DDD-basis, both GPs and mental health specialists prescribed SSRI in a higher dosage and for a longer duration. GPs prescribed TCA relatively more often than specialists. The use of anxiolytics, hypnotics and sedativa is widely spread in patients with depression: 60.6 % received sleeping drugs on 28 days within a time span of 180 days. The results are limited by a lack of information regarding the severity of the depression and the technical approach of DDD-based measurement of therapy duration.

## 5.1 Einleitung: Spezifische Probleme der Pharmakotherapie bei Menschen mit Depression

Die Versorgung von Patienten mit Depression<sup>1</sup> erfolgt überwiegend ambulant. Die meisten Patienten mit depressiver Erkrankung treten über den Hausarzt<sup>2</sup> in das medizinische System ein (Boenisch et al. 2012; Gaebel et al. 2012; Wittchen und Pittrow 2002). Ein großer Anteil der Patienten, insbesondere solche mit leichter depressiver Episode, wird langfristig auch bzw. ausschließlich hausärztlich betreut und therapiert. Ein Teil der Patienten mit Depression wird ausschließlich von Fachärzten für psychische Erkrankungen<sup>3</sup> und ohne Beteiligung von Hausärzten behandelt. In jedem Fall ist insbesondere bei schweren und chronischen Formen der Erkrankung eine umfassende und kontinuierliche medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung notwendig.

In der ambulanten Versorgung stellt die antidepressive Pharmakotherapie neben der „aktiv abwartenden Begleitung“ und psychotherapeutischen Verfahren eine wichtige Säule der Behandlung von Patienten mit Depression dar (Schulz et al. 2013). Psychopharmakotherapie ist eine komplexe ärztliche Aufgabe: Neben der Entscheidung, ob überhaupt eine Pharmakotherapie indiziert ist und wenn ja, welche Wirksubstanz (unter Berücksichtigung substanzspezifischer Eigenschaften wie

- 
- 1 Zur besseren Lesbarkeit wird anstelle von alternativen Begriffen wie „Patienten mit depressiver Erkrankung“, „Patienten mit depressiver Störung“ etc. durchgängig der Begriff „Patienten mit Depression“ verwendet.
  - 2 Ebenfalls zur besseren Lesbarkeit wurde bei Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzten lediglich die männliche Form verwendet.
  - 3 Die Begrifflichkeit „Fachärzte für psychische Erkrankungen“ wurde in Abgrenzung zum Begriff der „Hausärzte“ durchgängig verwendet. Auf alternative Kurzbegriffe wie „Fachspezialisten“ oder verkürzt „Psychiater“ wurde hingegen verzichtet.

Wirkungen, Nebenwirkungen, potenzielle Interaktionen etc.) verordnet wird, muss der behandelnde Arzt im Gespräch mit dem Patienten eine Entscheidung über Dosierung, Therapiedauer, Therapiewechsel etc. im Verlauf der Erkrankung treffen. Diese Entscheidungen sollten unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Evidenz sowie im Licht der Erfahrungen des Behandlers und der Präferenzen des Patienten getroffen werden.

Der Nationalen Versorgungsleitlinie Depression folgend sollte eine Pharmakotherapie bei leichten depressiven Episoden nicht zur Erstbehandlung eingesetzt werden, während bei mittelgradigen depressiven Episoden eine medikamentöse Therapie angeboten werden soll. Bei einer schweren depressiven Episode sollte die medikamentöse Therapie mit einer psychotherapeutischen Behandlung kombiniert werden (DGPPN et al. 2012).

Ist eine Pharmakotherapie erforderlich, sollte mit einer niedrigen „Anfangsdosis“ begonnen werden und – wenn keine Besserung eintritt – zeitnah bis zur Maximaldosis aufdosiert werden (DGPPN et al. 2012). Zu Beginn einer Pharmakotherapie muss der Patient sorgfältig über die Medikamente aufgeklärt werden, insbesondere darüber, dass die Wirkung und damit die Symptombesserung zeitlich verzögert eintritt sowie über zu erwartende Nebenwirkungen.

Für die Auswahl des Antidepressivums gibt es bislang keine umfassende und einheitliche Empfehlung. Die nationale Versorgungsleitlinie nennt als Auswahlkriterien die Verträglichkeit, die Überdosierungssicherheit, ein Ansprechen in einer früheren Krankheitsepisode, die Handhabbarkeit, die Anwendungserfahrung, Möglichkeiten bei Nichtansprechen, die Komorbiditäten und Komedikation sowie die Berücksichtigung der Patientenpräferenzen, ohne jedoch die vorliegende Evidenz zu den einzelnen Kriterien zu bewerten.

Generell wird in den ersten vier Behandlungswochen eine wöchentliche Verlaufsbeobachtung, anschließend eine Kontrolle nach zwei bis vier Wochen und nach drei Monaten in längeren Intervallen empfohlen (DGPPN et al. 2012). Bei einem Wechsel der Therapie sollte das zuvor eingesetzte Antidepressivum ausschleichend abgesetzt und das neue Antidepressivum schrittweise aufdosiert werden.

Zur Rückfallprävention sollten Antidepressiva mindestens vier bis neun Monate über die Besserung der Symptome (Remission) hinaus in gleicher Dosierung wie in der Akuttherapie eingenommen werden. Bei Patienten mit einem hohen Risiko für ein Rezidiv wird eine Einnahme von mindestens zwei Jahren zur Langzeitprophylaxe empfohlen (DGPPN et al. 2012).

Zur Beendigung einer antidepressiven Pharmakotherapie empfiehlt die NVL, die Medikamente schrittweise über einen Zeitraum von vier Wochen abzusetzen.

Empirische Informationen über die Praxis der Pharmakotherapie bei Depression unter Alltagsbedingungen in Deutschland sind bisher wenig publiziert. Verfügbare Arbeiten müssen sich auf aggregierte Daten beschränken: Der über Apotheken jährlich abgesetzte Umfang an Antidepressiva und Schlafmitteln kann aufgliedert nach Wirkstoffen z. B. in den GKV-Arzneimittelschnellinformationen (GAmSi), im zeitlichen Verlauf im Arzneiverordnungs-Report (Schwabe und Paffrath 2013) oder im Arzneimittelatlas nachvollzogen werden (Häussler et al. 2013). So beschreibt der Arzneiverordnungs-Report 2012 (Schwabe und Paffrath 2012) eine „Verordnungszunahme bei Antidepressiva in der letzten Dekade jährlich um 15 %“ und liefert auch – zumindest für die Gruppe der Psychoanaleptika (Antidepressiva, Psy-

chostimulanzien und Antidementiva) – eine Einschätzung, von welchen Fachgruppen diese verordnet werden. Ein Indikationsbezug, z. B. auf die Depression, ist aber im Arzneiverordnungs-Report nicht gegeben (Fritze 2011). Wenige indikationsbezogene Informationen liegen bisher zur Medikation mit Antidepressiva und Schlafmitteln vor (Boenisch und Kocalevent 2012; Bramesfeld et al. 2007; Bramesfeld et al. 2010; Gaebel et al. 2011; Gaebel und Kowitz 2012). Noch weniger ist über die genauere Ausgestaltung der patientenbezogenen Pharmakotherapie bekannt, so z. B. in Hinblick auf die Therapiedauer.

Der vorliegende Beitrag stellt die Pharmakotherapie mit Bezug auf die Indikation „Depression“ dar. Insbesondere soll die Therapiedauer (Verordnungsdauer), differenziert nach der verordnenden Arztgruppe (vor allem Hausärzte und Fachärzte für psychische Erkrankungen) und den verordneten Substanzgruppen (Tri- und Tetrazyklika [NA06AA], Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [NA06AB], nichtselektive Monoaminoxidasehemmer [NA06AG], Monoaminoxidase-A-Hemmer [NA06AG] und andere Antidepressiva [NA06AX]) aufgezeigt werden. Für diese Auswertung werden die Routineabrechnungsdaten von insgesamt 16 Mio. Versicherten der AOK in Deutschland aus den Jahren 2008 bis 2010 verwendet.

Die konkret untersuchten Fragestellungen orientieren sich dabei an den kürzlich vom AQUA-Institut für das QiSA-Indikatorenset entwickelten Qualitätsindikatoren für die ambulante, insbesondere hausärztliche Versorgung von Patienten mit Depression (Schulz et al. 2013). Die im Folgenden ermittelten Kennzahlen werden auf der Grundlage einschlägiger Leitlinienempfehlungen bewertet.

Unter den QiSA-Indikatoren für die Abbildung der Qualität der ambulanten Versorgung von Patienten mit Depression finden sich drei Indikatoren für die Pharmakotherapie bei Depression, an denen sich der Beitrag im Folgenden orientieren wird:

- Indikator 5: „Patienten mit Depression, die eine antidepressive Pharmakotherapie durch den Hausarzt erhalten“,
- Indikator 6 „Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission“ und
- Indikator 10 „Verschreibung von Anxiolytika bzw. Sedativa bei Depression länger als vier Wochen“.

Der Indikator 5 „Patienten mit Depression, die eine antidepressive Pharmakotherapie erhalten“ gibt einen Überblick über das Ausmaß der Verschreibungen. Er bezieht sich auf alle Patienten mit einer Depression, unabhängig vom Schweregrad. In die Analyse des Indikators sind somit auch Patienten eingeschlossen, die laut Leitlinie keine klare Indikation für eine medikamentöse antidepressive Therapie haben. Ein Zielwert kann und soll somit nicht vorgegeben werden, da die medikamentöse Therapie in Abhängigkeit vom Schweregrad der Erkrankung indiziert ist. Der Indikator dient somit zur Beschreibung des Anteils der Patienten mit Depression und pharmakotherapeutischer Versorgung, unabhängig davon, ob sie indiziert ist oder nicht. Es ist demnach nicht möglich, anhand des Indikators die Übereinstimmung mit der Versorgungsleitlinie direkt zu bewerten (Schulz et al. 2013).

Um eine Einschätzung zur Einnahmedauer geben zu können, wird der Indikator 6 „Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie nach Remission“ ge-

nutzt. Ihm liegt die Evidenz zur Rezidivprophylaxe zugrunde (Schulz et al. 2013): Antidepressiva sollen gemäß den Empfehlungen der NVL mindestens vier bis neun Monate über die Besserung der Symptome (Remission) hinaus eingenommen werden, weil sich hierdurch das Risiko eines Rückfalls erheblich vermindern lässt. In dieser Erhaltungsphase soll die gleiche Dosierung wie in der Akutphase fortgeführt werden. Das Ziel der Erhaltungstherapie ist es, den Patienten zu stabilisieren, um einen Rückfall zu vermeiden. Eine vorzeitige Beendigung der Behandlung ist mit einer hohen Rückfallgefahr verbunden. So kann das Rückfallrisiko durch eine Erhaltungstherapie um bis zu 70% gesenkt werden (Geddes et al. 2003). Die Guidelines des National Institute for Clinical Excellence, der American Psychiatric Association und der Canadian Psychiatric Association empfehlen eine Dauer der Erhaltungstherapie von sechs Monaten (American Psychiatric Association (APA) 2000; Canadian Psychiatric Association (CPA) 2001; National Institute for Health and Clinical Excellence 2004). Im QiSA-Indikatorenset wird „aufgrund der Komplexität der Patienten“ in der Hausarztpraxis eine Erfüllungsrate von über 60% bei einer Therapiedauer von mehr als vier Monaten nach Remission als Referenz vorgeschlagen.

Um eine Einschätzung von riskantem Verordnungsverhalten im Feld sedierender Substanzen zu erhalten, wird der Indikator 10 „Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa bei Depression länger als vier Wochen“ genutzt. Er bildet vor allem die Empfehlungen der Leitlinien hinsichtlich der Benzodiazepine ab. Bei Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa handelt es sich im Wesentlichen um Benzodiazepine und Benzodiazepin-verwandte Wirkstoffe wie Zaleplon, Zolpidem und Zopiclon. Die genannten Wirkstoffe sind mit dem Risiko der Toleranzentwicklung bzw. des Entzugssyndroms behaftet und können somit zu Abhängigkeit führen. In angepasster Dosierung und zur kurzfristigen Behandlung sind die genannten Wirkstoffe zwar nach wie vor oft unverzichtbar, ihre therapeutische Bedeutung ist aber durch die zeitlich begrenzte Anwendungsdauer beschränkt. Eine Zusatzmedikation bei Patienten mit Depression erfolgt oft in der Absicht, die Wirklatenz von Antidepressiva bei Vorliegen von Angst, Unruhe oder Schlaflosigkeit zu überbrücken, birgt aber die Gefahr einer inadäquaten Verschreibung. Die Indikation von Benzodiazepinen muss im Individualfall geprüft und hinsichtlich möglicher Risiken (z. B. Sedierung, psychomotorische und kognitive Beeinträchtigung, Komedikation, Abhängigkeitspotenzial) diskutiert werden.

Bei Patienten, die mit diesen Wirkstoffen über vier Wochen behandelt werden, ist jedoch davon auszugehen, dass sie bereits potenziell abhängigkeitsgefährdet sind (Bundesärztekammer 2007; Glaeske et al. 2007). Daher sollten Langzeitverordnungen vermieden werden. Gemäß den Arzneimittelrichtlinien bedarf die längerfristige Anwendung (länger als vier Wochen) einer besonderen Begründung in der ärztlichen Dokumentation.

Ziel einer rationalen Therapie sollte es sein, eine möglichst geringe Anzahl an Patienten mit Depression länger als vier Wochen mit Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa zu behandeln. Als Referenz wird im QiSA-Indikatorenset ein Wert von unter 20% vorgeschlagen.

Folgende konkrete Fragestellungen wurden anhand der Routineabrechnungsdaten der AOK untersucht und aus den oben erläuterten QiSA-Indikatoren abgeleitet. Die konkrete Operationalisierung wird in den folgenden Abschnitten dargelegt:

1. Wie viele Patienten mit Depression wurden ausschließlich ambulant versorgt?
2. Wie viele von diesen Patienten erhielten eine (neu begonnene) antidepressive Pharmakotherapie? (vgl. QiSA-Indikator 5)
3. Welche Antidepressiva wurden diesen Patienten verordnet?
4. Wie viele Patienten mit Depression erhielten eine psychopharmakologische Therapie über mindestens sechs Monate (24 Wochen)? Bestehen Unterschiede in Abhängigkeit von den verordnenden Arztgruppen (Hausärzte versus Fachärzte)? (vgl. QiSA-Indikator 6)
5. Wie viele Patienten mit Depression erhielten Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa länger als vier Wochen? (vgl. QiSA-Indikator 10)

## 5.2 Datenquellen und Methoden

### 5.2.1 Datenquellen

Für die Analysen wurde auf Arzneimittelverordnungen und die Daten der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung aller AOK-Versicherten zurückgegriffen.<sup>4</sup>

Trotz der großen Anzahl Versicherter sind die AOK-Daten nur eingeschränkt repräsentativ für die Gesamtbevölkerung Deutschlands. Es ist bekannt, dass sich die AOK-Studienpopulation hinsichtlich Morbidität (tendenziell höher) und Bildungsstatus (tendenziell höherer Anteil von Versicherten mit Haupt- bzw. Volksschulabschluss) von den Populationen anderer Krankenkassen unterscheidet (Schnee 2008).

Für stichtagsbezogene Daten (Alter der Versicherten) wurde der 01.01.2009 als Stichtag festgelegt. Es wurden Abrechnungsdaten aus dem Zeitraum 01.01.2008 bis 31.12.2010 herangezogen, basierend auf den relevanten jeweils im Zeitraum geltenden Ständen der ICD- sowie der ATC-Klassifikation.

Alle durchgeführten Auswertungen waren statistisch-deskriptiv. Häufigkeiten und relative Anteile wurden unter Verwendung von MS Access 2003, MS Excel 2003 sowie IBM SPSS Statistics 19 ermittelt.

### 5.2.2 Berücksichtigte Diagnosen

In den vorliegenden Auswertungen werden unter dem Begriff Depression die ICD-10 Diagnosen F32\* (depressive Ersterkrankung) und F33\* (rezidivierende Depression) verstanden. Die QiSA-Indikatoren erstrecken sich darüber hinaus auch auf die Dysthymie (F34.1) und die nationale Versorgungsleitlinie nimmt zusätzlich auch Bezug auf die rezidivierende kurze depressive Episode (F38.1). Die Abweichung wurde gewählt, da die Nationale Versorgungsleitlinie für die Dysthymie für behandelnde Ärzte lediglich die Empfehlung ausspricht, die Indikation für eine pharmakologische Behandlung zu prüfen. Zudem berücksichtigt lediglich der Indikator 10 der QiSA-Indikatoren („Verschreibung von Anxiolytika, Hypnotika bzw. Sedativa bei Depression länger als vier Wochen“) die Diagnose F34.1.

<sup>4</sup> Die Datengrundlage wird in Kapitel 11 dieses Bandes ausführlicher dargestellt.

Es wurden ausschließlich als gesichert gemeldete Diagnosen, d. h. keine Verdachtsdiagnosen berücksichtigt. Die Diagnosen waren von Hausärzten, Fachärzten und teilweise auch durch Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) vergeben worden.<sup>5</sup>

Ausgehend von einer im Mittel sechsmonatigen Episodendauer (DGPPN et al. 2012) wurden drei aufeinanderfolgende Quartale durchsucht, um eine gefundene ambulante Diagnose aus dem genannten Spektrum der ICD-Kodes durch eine zweite Diagnose innerhalb dieses Diagnosespektrums in einem anderen Quartal der Episode zu bestätigen. Dabei musste das erste Quartal (Index-Diagnose-Quartal) im Jahr 2009 liegen. Somit wurden zunächst alle Patienten mit einer 2009 begonnenen oder schon im Zeitraum davor bestehenden depressiven Erkrankung selektiert.

### **Ambulante Patienten**

Als ambulante Patienten wurden diejenigen Patienten betrachtet, die innerhalb des Zeitraums von zwei aufeinanderfolgenden Quartalen vor Beginn des Index-Diagnose-Quartals, während des Index-Diagnose-Quartals selbst sowie einer weiteren Beobachtungszeit von zwei aufeinanderfolgenden Quartalen nach Ende des Index-Diagnose-Quartals keinen stationären Aufenthalt (mit und ohne Depressionsdiagnose) hatten. Letzterer musste ausgeschlossen werden, weil die während eines stationären Aufenthalts verabreichten Medikamente nicht in den Abrechnungsdaten der Krankenkassen vorliegen. Als „stationärer Aufenthalt“ gelten dabei sowohl Aufenthalte in Krankenhäusern als auch in stationären Rehabilitationseinrichtungen. Versicherte mit ambulanten Operationen im Krankenhaus mussten nicht ausgeschlossen werden, da eine (nicht ambulante) Verordnung von Antidepressiva zur Behandlung von Depressionen im Rahmen einer ambulanten Operation unwahrscheinlich ist.

### **Limitation der Routinedaten hinsichtlich der betrachteten Indikatoren**

Routinedatenanalysen auf der Basis ambulanter Diagnosen müssen grundsätzlich Validitätseinschränkungen hinsichtlich der Diagnosestellung berücksichtigen: Weder können medizinferne Einflüsse (Legitimationen für Verordnungen oder abgerechnete Leistungen) ausgeschlossen werden noch kann die Vollständigkeit und Richtigkeit dokumentierter Diagnosen überprüft werden.

### **5.2.3 Ambulante Arzneimittelverordnungen**

Ambulante Arzneimitteldaten sind in der genannten Datenquelle verfügbar, wenn eine Verordnung vorliegt, in einer Apotheke eingelöst wurde und dort auch abgerechnet wurde. Die Arzneimittel-Verordnungen wurden anhand des Verordnungsda-

---

5 Technische Standards zur Übermittlung von PIA-Abrechnungsdaten an die Krankenkassen waren im Berichtszeitraum noch nicht verbindlich vereinbart. Die Abrechnung erfolgte regional nach sehr unterschiedlichen Verfahren, sodass eine bundesweite Auswertung von PIA-Daten für die Jahre 2008 bis 2010 nicht möglich war. Einige wenige PIA haben zwar nach EBM abgerechnet und in diesen Fällen sind Leistungs- und Diagnosedaten der PIA-Behandlung im hier untersuchten Datenpool enthalten. Diese sind jedoch nicht als solche erkennbar und mit den vorliegenden Informationen des Datenkranzes nach § 295 SGB V ist nicht rekonstruierbar, ob ein Abrechnungsfall aus einer PIA stammt.



tums den jeweiligen Auswertungszeiträumen zugeordnet. Die Auswertungen basieren auf der Annahme, dass Packungen komplett aufgebraucht wurden.

### **Identifikation von Antidepressiva und Schlafmitteln**

Antidepressiva-Verordnungen wurden anhand der folgenden ATC-Kodes identifiziert (übersetzt nach WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology 2011):

- N06AA Nichtselektive Monoamin-Wiederaufnahmehemmer (Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva [TCA])
- N06AB Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer [SSRI]
- N06AF Monoaminoxidasehemmer, nichtselektiv
- N06AG Monoaminoxidase-A-Hemmer
- N06AX Andere Antidepressiva

Die Identifikation von Schlafmittel-Verordnungen erfolgte anhand der folgenden ATC-Kodes (WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology 2011):

- N05B Anxiolytika
- N05C Hypnotika und Sedativa

Benzodiazepine, die als Antiepileptika Verwendung finden und einen anderen ATC-Code aufweisen, wurden nicht erfasst.

### **Neu begonnene Antidepressiva-Therapie**

Eine Antidepressiva-Therapie galt als neu begonnen, wenn im Zeitraum von sechs Monaten (zwei Quartalen) vor der ersten Antidepressiva-Verordnung im Jahr 2009 (Index-Verordnung) keine ambulante antidepressive pharmakotherapeutische Verordnung erfolgt war.

### **Dauer der Antidepressiva-Therapie**

Die Therapiedauer wurde in Näherung über ein Hilfskonstrukt gemessen: Gezählt wurde die Anzahl verordneter definierter Tagesdosen (defined daily dose, DDD) innerhalb eines Zeitraums von 180 Tagen. Dabei wurde auf die definierten Tagesdosen gemäß den Festlegungen des WIdO zurückgegriffen, die auf der WHO-Definition beruhen und auf den deutschen Arzneimittelmarkt angepasst wurden. Die DDD ist eine Messgröße, die der angenommenen durchschnittlichen Tagesdosis zur Behandlung ihrer Hauptindikation entspricht. Diese Dosis entspricht nicht unbedingt der empfohlenen Tagesdosis, da die DDD auf Grundlage der Verordnungen verschiedener Länder ermittelt wird (WHO et al. 2003). Die Reichweite einer Verordnung stellt eine Näherung zur Therapiedauer dar. Sie wird über die in der verordneten Packung enthaltene Wirkstoffmenge bestimmt, die in Relation zur DDD gesetzt wird. Die Näherung basiert auf der Annahme, dass der Patient im Durchschnitt über den betrachteten Zeitraum täglich eine DDD einnimmt, die DDD also tatsächlich der mittleren Erhaltungsdosis entspricht. In Fällen, in denen die durchschnittlich eingenommene Wirkstoffmenge pro Tag von der DDD nach oben abweicht, wird die Therapiedauer überschätzt. In Fällen, in denen die tatsächliche durchschnittlich eingenommene Wirkstoffmenge pro Tag von der DDD nach unten abweicht, wird die Therapiedauer unterschätzt. Da die Standarddosis bei vielen Antidepressiva hö-

her als die DDD liegt (Bauer et al. 2013; Schmauß et al. 2012; bei Sertralin beläuft sich die empfohlene Standarddosis z. B. auf zwei DDD (Schmauß et al. 2012), dürfen die Berechnungen auf Basis der DDD die tatsächliche Therapiedauer eher überschätzen. Abschwächend wirkt sich hier aber wiederum die geringere Einnahmedosis im Rahmen ein- und ausschleichender Therapiephasen aus.

Die Therapiedauer wurde zunächst über alle verordneten Antidepressiva hinweg sowie für einzelne Wirkstoffe separat ermittelt. Die wirkstoffübergreifende Betrachtung lässt Substanzwechsel und Präparatwechsel unberücksichtigt, sodass ein Substanzwechsel bei ausreichend hoher Dosierung als kontinuierliche Therapie in die Analyse einfließt.

Bei der Interpretation der substanzspezifisch ermittelten Therapiedauer muss eine weitere Annahme berücksichtigt werden: Korrekt abgebildet werden Fälle, in denen die betrachtete Substanz kontinuierlich, d. h. ohne Unterbrechung – auch durch die Einnahme einer anderen Substanz – eingenommen wurde. In den Fällen, in denen von der betrachteten Substanz gewechselt und dann wieder auf sie zurückgewechselt wurde, bleibt die Unterbrechung unberücksichtigt, die beiden Behandlungsintervalle werden dann wie eine kontinuierliche Behandlung betrachtet.

### **Schwellenwert für die Mindestdauer einer Antidepressiva-Therapie von sechs Monaten**

Gemäß den Empfehlungen der NVL Unipolare Depression sollte eine Therapie vier bis neun Monate über die Besserung der Symptome (Remission) hinaus als Rezidivprophylaxe weitergeführt werden (DGPPN et al. 2012). Daten zur Symptomverbesserung liegen in den Routinedaten jedoch nicht vor. Daher wurde, ausgehend von einer Akuttherapie von sechs bis zwölf Wochen (Schmauß und Schramm 2012), eine Therapiedauer von insgesamt sechs Monaten (bzw. 24 Wochen) als Näherung an den empfohlenen unteren Schwellenwert von vier Monaten der Therapiefortführung gewählt.

### **Häufigkeit der Verordnungen von Antidepressiva**

Um einen Vergleich wirkstoffbezogener Verordnungshäufigkeiten von Antidepressiva mit auf der Basis von anderen Datenquellen ermittelten Verordnungshäufigkeiten zu ermöglichen, wurden diese für den allgemein üblichen Jahreszeitraum (360 Tage) ausgewiesen. Dabei wurden die 360 Tage ab der Index-Verordnung im Jahr 2009 gezählt.

### **Dauer der Einnahme von Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa**

Die Messung der Therapiedauer bei Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa<sup>6</sup> erfolgte analog zur Bestimmung der Therapiedauer bei Antidepressiva (s. o.). Es wurde die Anzahl an DDDs ermittelt, die innerhalb eines Zeitraums von 180 Tagen nach der ersten Verordnung des „Schlafmittels“ im Jahr 2009 (Index-Verordnung) insgesamt verordnet wurde. Anhand der WHO-DDD-Definition wurde die Anzahl der Tage ermittelt, für die die verordneten Packungen ausgereicht haben, um eine mittlere

<sup>6</sup> Im Folgenden wird die Gruppe der Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa aufgrund der besseren Lesbarkeit auch unter „Schlafmittel“ subsumiert.

Erhaltungsdosis zu erreichen. Anders als bei Antidepressiva, die meistens regelmäßig, d. h. ohne (größere) Einnahmepausen, eingenommen werden, ist bei Schlafmitteln eher davon auszugehen, dass diese bei Bedarf eingenommen werden. Der gewählte Messansatz für die Therapiedauer ist deshalb für Schlafmittel mit noch größerer Vorsicht zu interpretieren: Es ist wahrscheinlich, dass die verordneten Schlafmittel eher nicht kontinuierlich, sondern verteilt über den gesamten Zeitraum von 180 Tagen eingenommen wurden. Der ermittelte Anteil an Patienten, die innerhalb einer Spanne von 180 Tagen für mindestens 28 Tage Schlafmittel-Verordnungen aufweisen, stimmt deshalb nicht mit einer kontinuierlichen Einnahme gemäß dem QiSA-Qualitätsindikator 10 überein. Eine genauere Abbildung des Indikators anhand eines komplexen Algorithmus zur Berechnung kontinuierlicher Verordnungen konnte in diesem Beitrag nicht geleistet werden.

### **Limitation der Routinedaten hinsichtlich der betrachteten Indikatoren**

Routinedatenanalysen auf der Basis ambulanter Arzneimittelverordnungen sind grundsätzlich dadurch begrenzt, dass die Indikation, für die die Arzneimittel verordnet wurden, nicht dokumentiert ist. Bekannt sind lediglich die Diagnosen, die im Quartal der Arzneimittelverordnung dokumentierten wurden (vgl. Abschnitt 5.2.2). Es ist daher nicht auszuschließen, dass der behandelnde Arzt eine konkrete Antidepressiva-Verordnung aufgrund einer anderen bzw. weiteren Erkrankung Angststörungen, Schmerzen oder Schlafstörungen vorgenommen hat (Alonso et al. 2004; Bramesfeld und Grobe 2010; Jacobi et al. 2004).

### **5.2.4 Behandlergruppen**

Die Verordnungen in der ambulanten pharmakologischen Depressionstherapie wurden danach analysiert, welche Behandlergruppe Antidepressiva innerhalb von 180 bzw. 360 Tagen nach und einschließlich der Index-Verordnung verordnet hat:

1. Verordnung ausschließlich durch Hausärzte (Fachgruppen 01, 02 und 03).
2. Verordnung ausschließlich durch Fachärzte für die Behandlung psychischer Krankheiten (nachfolgend als „Fachärzte“ (FA) bezeichnet). Dies sind die Fachgruppen 51 Nervenheilkunde, 53 Neurologie, 58 Psychiatrie und Psychotherapie, 59 Forensische Psychiatrie, 60 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.
3. Verordnung ausschließlich durch Hausärzte und (unter (2) aufgeführte) Fachärzte.
4. Beteiligung übriger Fachärzte: Verordnung erfolgte auch durch andere (unspezifische) Facharztgruppen wie z. B. Gynäkologen [auch sonstige/andere FA]. Sobald eine Verordnung durch eine unspezifische Fachgruppe erfolgte, wurde der Patient mit allen selektierten Verordnungen dieser Gruppe zugeordnet.

Die Unterscheidung der beiden Verordnungszeiträume (180 Tage versus 360 Tage) ermöglicht einen Blick darauf, welche Behandlergruppen im Zeitverlauf in die Pharmakotherapie bei Depression involviert sind.

## 5.2.5 Studienpopulation

### Patienten mit Depression

Die Grundgesamtheit bildeten die Versicherten aller AOKs, die per 01.01.2009 mindestens 18 Jahre alt waren und im Zeitraum 01.01.2008 bis 31.12.2010 durchgängig bei der AOK versichert waren. Dies traf auf 1 631 7412 Versicherte (VS) zu. Der Frauenanteil betrug 54,7%.

Die Diagnosekriterien für die Registrierung einer Depressionserkrankung (Dokumentation einer Diagnose F32\* (depressive Ersterkrankung) oder F33\* (rezidivierende Depression) in zwei aus drei Quartalen, beginnend im Jahr 2009 (vgl. Abschnitt 5.2.2), erfüllten 1 700 750 Versicherte (10,4% von 1 631 7412 VS); davon waren 72,6% Frauen.

### Patienten mit Depression, die im Beobachtungszeitraum ausschließlich ambulant behandelt wurden

Von den 1 700 750 Patienten mit Depression wurden 48 484 Versicherte wegen eines stationären Aufenthalts mit der Haupt- oder Nebendiagnose einer Depression F32\* oder F33\* ausgeschlossen. Weitere 104 718 Versicherte wurden aufgrund eines anderen stationären Aufenthalts ohne eine der Einschluss-Diagnosen ausgeschlossen. Die in Hinblick auf die ambulante Pharmakotherapie weiter zu analysierende Patientengruppe betrug somit 1 547 548 Versicherte.

Tabelle 5–1 gibt einen Überblick über die Ausschlusschritte sowie die Alters- und Geschlechtsstruktur der jeweiligen Patientengruppen.

Abbildung 5–1 zeigt darüber hinaus die detaillierte Alters- und Geschlechtsstruktur der Gruppe der 1 547 548 Patienten mit Depression, die im Zeitraum des Indexquartals sowie zwei Quartale vorher und nachher ausschließlich ambulant behandelt wurde.

Der Einbruch der Anzahl sowohl der männlichen wie auch der weiblichen Patienten mit Depression im Alter von 59 bis 67 verhält sich analog zur AOK-Versichertenstruktur wie auch zur allgemeinen Bevölkerungsstruktur und geht auf die aufgrund des Zweiten Weltkrieges schwachen Geburtsjahrgänge 1942 bis 1950 zurück.

Tabelle 5–1

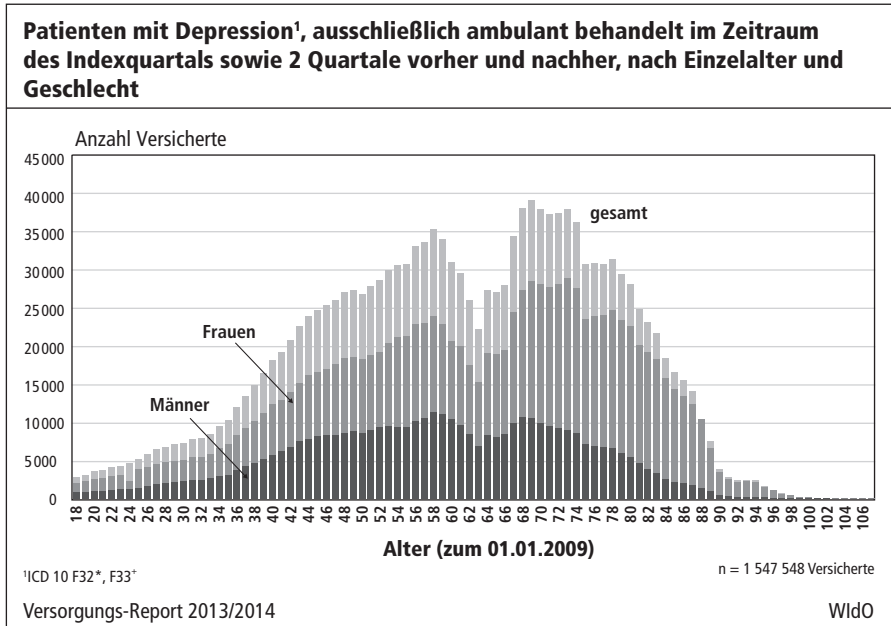
### Patienten mit Depression (F32\*, F33\*) und Patienten mit Depression, die ausschließlich ambulant behandelt wurden<sup>1</sup> nach Geschlecht und Altersdurchschnitt

Patienten	Gesamt N	Anteil Frauen	Alter Frauen <sup>2</sup>	Anteil Männer	Alter Männer <sup>2</sup>
Mit Depressionsdiagnose	1 700 750 (100 %)	72,6 %	59,3	27,4 %	57,6
<i>Davon</i>					
Mit stationärem Aufenthalt mit Depressionsdiagnose	48 484 (2,9 %)				
Mit stationärem Aufenthalt ohne Depressionsdiagnose	104 718 (6,2 %)				
<b>Ausschließlich in ambulanter Behandlung</b>	<b>1 547 548 (91 %)</b>	<b>72,7%</b>	<b>60,9</b>	<b>27,3%</b>	<b>58,9</b>

<sup>1</sup> Im Zeitraum des Indexquartals sowie 2 Quartale vorher und nachher (N = 1 547 548 Versicherte), N = Anzahl,

<sup>2</sup> Mittelwert Jahre

Abbildung 5–1



## 5.3 Ergebnisse

### 5.3.1 Neu begonnene Therapie mit Antidepressiva

#### Depressionspatienten mit neu begonnener ambulanter antidepressiver Pharmakotherapie (vgl. QiSA-Indikator 5)

Für die Analysen zur Pharmakotherapie bei Depression wurden aus der Gruppe der Patienten mit Depression, die im Beobachtungszeitraum ausschließlich ambulant behandelt wurden, diejenigen weiter betrachtet, die

- mindestens eine Verordnung eines Antidepressivums innerhalb des Jahres 2009 (Index-Verordnung) aufwiesen
- und die im Zeitraum von sechs Monaten (zwei Quartalen) vor der Index-Verordnung keine Verordnung eines Antidepressivums aufwiesen.

Diese Kriterien wurden als Voraussetzung dafür angesehen, dass die im Jahr 2009 durchgeführte antidepressive Pharmakotherapie als *neu begonnen* betrachtet werden kann.

Auf diese Weise wurden insgesamt 690 567 Patienten (44,6% von 1 547 548) identifiziert, die im Jahr 2009 mindestens eine Antidepressiva-(Index-)Verordnung erhalten (und in der Apotheke abgeholt) haben. Bei knapp der Hälfte dieser Patienten mit Antidepressiva-Verordnung war diese Therapie als neu begonnen einzustufen (302 269; 19,5% von 1 547 548) (Tabelle 5–2).

Tabelle 5–2

**Patienten mit Depression (F32\*, F33\*) und Patienten mit neu begonnener Antidepressiva-Therapie nach Geschlecht und Altersdurchschnitt**

Patienten	Gesamt N	Anteil Frauen	Alter Frauen <sup>2</sup>	Anteil Männer	Alter Männer <sup>2</sup>
Mit Depressionsdiagnose und ausschließlich in ambulanter Behandlung	1 547 548 (100 %)	72,7 %	60,9	27,3 %	58,9
<i>Davon</i>					
Mit Index-Verordnung Antidepressiva	690 567 (44,6 %)				
<b>Mit neu begonnener Antidepressiva-Therapie<sup>#</sup></b>	<b>302 269 (19,5 %)</b>	<b>72,8 %</b>	<b>60,5</b>	<b>27,2 %</b>	<b>58,0</b>

N = Anzahl <sup>2</sup>Mittelwert Jahre <sup>#</sup>Dies ist eine Teilmenge der Patienten mit Index-Verordnung Antidepressiva

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

**Welche Ärzte verordnen Antidepressiva für Patienten mit Depression?**

Die Verordnungen für die zuvor genannte Gruppe der Patienten mit Depression und neu begonnener pharmakologischer Depressionstherapie wurden nach denjenigen Behandlergruppen differenziert, von denen die Antidepressiva innerhalb eines Zeitraums von 180 bzw. 360 Tagen nach und einschließlich der Index-Verordnung verordnet wurden. Unterschieden wurde danach, ob die Verordnungen ausschließlich durch Hausärzte [nur HA], ausschließlich durch Fachärzte [nur FA], ausschließlich durch Hausärzte und Fachärzte [nur HA und FA] oder auch unter Beteiligung anderer (unspezifischer) Facharztgruppen [auch sonstige FA] erfolgte (vgl. Abschnitt 5.2.4).

Ausschließlich ambulant behandelte Patienten mit Depressionen erhalten Antidepressiva im Rahmen einer neu begonnenen Therapie innerhalb von 180 Tagen nach der Index-Verordnung zu fast 50 % von Hausärzten, zu 30 % ausschließlich von einem Facharzt, zu 9,4 % von Hausärzten oder Fachärzten und zu 10,6 % auch von nicht spezifischen Fachärzten (Tabelle 5–3).

Während der Frauenanteil an den Patienten, die die Antidepressiva ausschließlich durch Hausärzte erhalten, 76,4 % beträgt, beläuft er sich in der Gruppe, die die

Tabelle 5–3

**Patienten mit Depressionen und neu begonnener Antidepressiva-Therapie nach Behandlergruppe, von denen sie die Antidepressiva-Verordnungen innerhalb von 180 Tagen nach der Index-Verordnung erhielten**

Behandlergruppe	Anzahl Patienten	Anteil	Alter <sup>1</sup>	Frauen		Männer	
				Anteil	Alter <sup>1</sup>	Anteil	Alter <sup>1</sup>
Nur HA	149 958	49,6 %	61,0	76,4 %	62,0	23,6 %	57,9
Nur FA	91 877	30,4 %	55,3	68,0 %	56,1	32,0 %	53,5
Nur HA und FA	28 274	9,4 %	55,3	69,9 %	56,2	30,1 %	53,2
Auch sonstige FA	32 160	10,6 %	56,6	72,2 %	57,6	27,8 %	54,1
<b>Gesamt</b>	<b>302 269</b>	<b>100 %</b>		<b>72,8 %</b>		<b>27,2 %</b>	

<sup>1</sup> Mittelwert Jahre, HA = Hausärzte, FA = Fachärzte

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

Tabelle 5–4

**Patienten mit Depressionen und neu begonnener Antidepressiva-Therapie nach Behandlergruppe, von denen sie die ambulanten Antidepressiva-Verordnungen innerhalb von 360 Tagen nach der Index-Verordnung erhielten**

Behandlergruppe	Anzahl Patienten	Anteil	Alter <sup>1</sup>	Frauen		Männer	
				Anteil	Alter <sup>1</sup>	Anteil	Alter <sup>1</sup>
Nur HA	140 729	46,6 %	61,3	76,5 %	62,2	23,5 %	58,2
Nur FA	83 091	27,5 %	55,2	67,7 %	56,0	32,3 %	53,4
Nur HA und FA	41 211	13,6 %	55,7	70,8 %	56,5	29,2 %	53,5
Auch sonstige FA	37 238	12,3 %	56,7	72,4 %	57,6	27,6 %	54,1
<b>Gesamt</b>	<b>302 269</b>	<b>100,0 %</b>		<b>72,8 %</b>		<b>27,2 %</b>	

<sup>1</sup> Mittelwert Jahre, HA = Hausärzte, FA = Fachärzte

Versorgungs-Report 2013/2014

WIdO

Antidepressiva ausschließlich bzw. unter Einbeziehung von Fachärzten erhalten, auf 68,0% bzw. 69,9%. Des Weiteren sind die Frauen, die die Antidepressiva ausschließlich bzw. unter Einbeziehung eines Facharztes erhalten, mit 56,1 bzw. 56,2 Jahren jünger als diejenigen, die diese ausschließlich vom Hausarzt erhalten (62,0 Jahre). Die Altersdifferenz zwischen diesen Gruppen ist bei Männern ähnlich groß: Die Männer, die ausschließlich beim Hausarzt behandelt werden, sind mit 57,9 Jahren älter als diejenigen, die von Fachärzten (mit-) behandelt werden (53,5 bzw. 53,2 Jahre) (Tabelle 5–3).

Betrachtet man den Zeitraum von 360 Tagen nach Index-Verordnung (Tabelle 5–4), so steigen die Anteile der Verordnungen durch Hausärzte und Fachärzte (von 9,4% auf 13,6%, aber auch die Beteiligung sonstiger Facharztgruppen an der Antidepressiva-Medikation (von 10,6% auf 12,3%).

**Welche Antidepressiva werden verordnet?**

Insgesamt entfielen unabhängig vom Behandler 41,6% der ambulanten Antidepressiva-Verordnungen auf die tri- und tetrazyklischen Antidepressiva (TCA), gefolgt von den SSRI (33,4%) und den sonstigen Antidepressiva (24,6%). Auf MAO-Hemmer entfielen 0,3% der Verordnungen. Die Verordnungen der sonstigen Antidepressiva gehen im Wesentlichen auf Mirtazapin (13,8% der Verordnungen), Venlafaxin (5,4%) und Duloxetin (2,5%) zurück. Bei den verordneten Tagesdosen haben die SSRI mit 51,4% deutlichen Vorrang vor den sonstigen Antidepressiva (24,2%) und den TCA (24%).

Die mit Abstand am häufigsten verordnete Einzelsubstanz war Citalopram, Leitsubstanz unter den SSRI. Dies zeigen sowohl der Anteil der Patienten, denen Citalopram verordnet wurde, als auch der Anteil der Verordnungen und DDDs, die auf Citalopram entfallen (Tabelle 5–5).

Tabelle 5–5 zeigt auch die verordneten Antidepressiva-Substanzen aufgeschlüsselt nach den Behandlergruppen „nur Hausärzte“ sowie „nur Fachärzte“. Vergleicht man die von den unterschiedlichen Behandlergruppen eingesetzten Substanzklassen, fällt auf, dass Fachärzte im Vergleich zu Hausärzten weniger Patienten mit TCA behandeln (37,9% vs. 52,5%), während der Anteil der Patienten, denen „Sons-

tige Antidepressiva“ verordnet wurden, bei Fachärzten größer ist (26,6% vs. 18,4%).

Während sich die beiden Arztgruppen in Hinblick auf die Anteile von Citalopram sehr ähnlich sind (in Bezug auf Patienten 19,2% „nur Hausärzte“ versus 20,0% „nur Fachärzte“; in Bezug auf Verordnungen 20,8% versus 21,4%; in Bezug auf DDDs 32,6% versus 29,1%), lassen sich bei anderen Substanzen Unterschiede im Ordnungsverhalten feststellen. So fällt auf,

- dass Hausärzte Opipramol, Amitriptylin und Doxepin deutlich häufiger einsetzen als Fachärzte,
- dass Fachärzte eine größere Anzahl unterschiedlicher Substanzen aktiv verwenden: So reichen Hausärzten fünf Substanzen (Citalopram, Opipramol, Amitriptylin, Mirtazapin und Doxepin) aus, um 75% der Patienten zu behandeln. Bei den Fachärzten kommen dagegen acht Substanzen (Citalopram, Mirtazapin, Opipramol, Amitriptylin, Doxepin, Trimipramin, Venlafaxin und Sertralin) zum Einsatz, um 75% der Patienten zu behandeln.

### **Dauer der neu begonnenen Antidepressiva-Therapie (vgl. QiSA-Indikator 6)**

Die Therapiedauer wurde zunächst über alle verordneten Antidepressiva hinweg sowie für einzelne Substanzen separat ermittelt. Sowohl für die wirkstoffübergreifende als auch für die wirkstoffspezifische Betrachtung wurde zusätzlich danach differenziert, ob der Patient im betrachteten Zeitraum ausschließlich hausärztlich, ausschließlich fachärztlich, von beiden Arztgruppen oder unter Einbeziehung weiterer, unspezifischer Facharztgruppen versorgt wurde.

In Tabelle 5–6 lässt sich ablesen, bei wie vielen Patienten jeweils wie viele Wochen innerhalb eines Zeitraums von 180 Tagen mit durchschnittlichen Tagesdosen (DDD) an Antidepressiva abgedeckt waren. Dementsprechend konnte eine „Ausreichende Dauer der antidepressiven Pharmakotherapie“ von 24 Wochen gemäß QiSA-Indikator 6 für 22,0% der Patienten beobachtet werden. 78,0% wiesen eine Therapiedauer unter 24 Wochen auf. Bei insgesamt 26,1% der Patienten mit Depression und neu begonnener Pharmakotherapie betrug die Therapiedauer mit Antidepressiva weniger als 4 Wochen.

Es zeigte sich außerdem, dass bei 3,8% der Patienten, die mindestens 24 Wochen eine DDD verordnet bekamen, die verordneten Packungen für mehr als zwei DDD pro Tag (teilweise sogar für weit mehr als zwei DDD) reichten.

Tabelle 5–7 zeigt die Ergebnisse zur (mittleren) Therapiedauer nach Behandlergruppen über alle Substanzen hinweg: Für Depressionspatienten, die ausschließlich bei Hausärzten eine neu begonnene Antidepressiva-Therapie erhielten, wurde bei 16,8% eine Therapiedauer von mindestens 24 Wochen ermittelt. Für Depressionspatienten, die ausschließlich von Fachärzten behandelt wurden, lag diese Quote bei 27,5%. Wenn beide Arztgruppen in die Behandlung involviert waren, betrug die Quote 29,4%. Wenn noch weitere Arztgruppen in die Behandlung eingebunden waren, lag die Quote bei 24,6%. Drei Viertel der Patienten, die die Antidepressiva-Verordnungen ausschließlich von Hausärzten erhielten, verzeichneten eine Therapiedauer von unter 16 Wochen.

Eine nach Substanzgruppen getrennte Darstellung der Therapiedauer (Tabelle 5–8) zeigt, dass die Gruppe der SSRI mit 44,9% den größten Anteil an Patienten verzeichnet, die eine Therapiedauer von mindestens 24 Wochen aufweisen. Auf



Tabelle 5-5

## Verordnete Antidepressiva innerhalb von 360 Tagen nach Index-VO bei neu begonnener Therapie nach ATC-Kode und Qualifikation der Behandler

Substanz	ATC-Code	Patienten gesamt	Patienten mit Verordnung in % <sup>1</sup>			Verordnungen in % <sup>2</sup>			Definierte Tagesdosen (DDD) in % <sup>3</sup>		
			gesamt	HA	FA	gesamt	HA	FA	gesamt	HA	FA
Citalopram	N06AB04	80 040	19,1 %	19,2 %	20,0 %	20,6 %	20,8 %	21,4 %	30,3 %	32,6 %	29,1 %
Sertralin	N06AB06	15 406	3,7 %	2,9 %	4,8 %	3,8 %	3,0 %	5,0 %	7,4 %	6,5 %	8,9 %
Fluoxetin	N06AB03	13 231	3,2 %	2,5 %	4,2 %	3,3 %	2,6 %	4,4 %	4,9 %	4,2 %	6,1 %
Paroxetin	N06AB05	11 261	2,7 %	2,4 %	3,2 %	2,8 %	2,5 %	3,3 %	4,3 %	4,2 %	4,8 %
Escitalopram	N06AB10	10 761	2,6 %	1,9 %	2,7 %	2,8 %	2,1 %	2,9 %	4,3 %	3,4 %	4,1 %
Fluvoxamin	N06AB08	601	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
<b>SSRI gesamt</b>	<b>N06AB</b>	<b>131 300</b>	<b>31,3 %</b>	<b>29,0 %</b>	<b>35,0 %</b>	<b>33,4 %</b>	<b>31,2 %</b>	<b>37,3 %</b>	<b>51,4 %</b>	<b>51,0 %</b>	<b>53,3 %</b>
Opipramol	N06AA05	57 719	13,8 %	17,4 %	10,1 %	12,6 %	16,3 %	9,0 %	7,2 %	9,6 %	5,3 %
Amitriptylin	N06AA09	54 143	12,9 %	15,2 %	9,5 %	12,1 %	14,6 %	8,7 %	8,2 %	10,5 %	6,2 %
Doxepin	N06AA12	34 131	8,1 %	10,4 %	6,4 %	8,0 %	10,3 %	6,3 %	4,3 %	5,6 %	3,7 %
Trimipramin	N06AA06	33 119	7,9 %	8,0 %	8,8 %	6,7 %	6,9 %	7,7 %	3,2 %	3,5 %	3,5 %
Clomipramin	N06AA04	3 452	0,8 %	0,5 %	1,3 %	0,9 %	0,6 %	1,3 %	0,5 %	0,4 %	0,7 %
Maprotilin	N06AA21	2 535	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,6 %	0,6 %	0,7 %	0,4 %	0,4 %	0,4 %
Imipramin	N06AA02	1 305	0,3 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %	0,3 %
Nortriptylin	N06AA10	1 290	0,3 %	0,1 %	0,5 %	0,4 %	0,1 %	0,6 %	0,1 %	0,0 %	0,2 %
Desipramin	N06AA01	42	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Dosulepin	N06AA16	16	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>TCA gesamt</b>	<b>N06AA</b>	<b>187 752</b>	<b>44,8 %</b>	<b>52,5 %</b>	<b>37,9 %</b>	<b>41,6 %</b>	<b>49,6 %</b>	<b>34,8 %</b>	<b>24,0 %</b>	<b>30,1 %</b>	<b>20,2 %</b>
Mirtazapin	N06AX11	58 179	13,9 %	13,2 %	13,9 %	13,8 %	13,2 %	13,4 %	13,3 %	13,1 %	12,5 %
Venlafaxin	N06AX16	18 242	4,4 %	2,7 %	5,5 %	5,4 %	3,2 %	6,9 %	6,3 %	3,5 %	7,7 %
Duloxetin	N06AX21	10 850	2,6 %	1,5 %	2,8 %	2,9 %	1,7 %	3,0 %	2,5 %	1,5 %	2,5 %
Agomelatin	N06AX22	3 758	0,9 %	0,2 %	1,4 %	0,8 %	0,1 %	1,2 %	0,9 %	0,1 %	1,2 %
Reboxetin	N06AX18	2 956	0,7 %	0,3 %	1,2 %	0,7 %	0,3 %	1,1 %	0,4 %	0,2 %	0,6 %

Tabelle 5–5

## Fortsetzung

Substanz	ATC-Code	Patienten gesamt	Patienten mit Verordnung in % <sup>1</sup>			Verordnungen in % <sup>2</sup>			Definierte Tagesdosen (DDD) in % <sup>3</sup>		
			gesamt	HA	FA	gesamt	HA	FA	gesamt	HA	FA
Trazodon	N06AX05	1 884	0,4 %	0,2 %	0,8 %	0,4 %	0,2 %	0,7 %	0,2 %	0,1 %	0,2 %
Bupropion	N06AX12	1 613	0,4 %	0,0 %	0,7 %	0,4 %	0,0 %	0,7 %	0,5 %	0,1 %	0,8 %
Mianserin	N06AX03	1 077	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,3 %	0,2 %	0,4 %	0,1 %	0,1 %	0,2 %
Tryptophan	N06AX02	109	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
<b>Sonstige gesamt</b>	<b>N06AX</b>	<b>98 668</b>	<b>23,5 %</b>	<b>18,4 %</b>	<b>26,6 %</b>	<b>24,6 %</b>	<b>19,0 %</b>	<b>27,3 %</b>	<b>24,2 %</b>	<b>18,7 %</b>	<b>25,8 %</b>
Moclobemid	N06AG02	1 199	0,3 %	0,1 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,5 %	0,3 %	0,2 %	0,5 %
Tranlylcypromin	N06AF04	123	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %
<b>MAO gesamt</b>	<b>N06AF/G</b>	<b>1 322</b>	<b>0,3 %</b>	<b>0,1 %</b>	<b>0,5 %</b>	<b>0,3 %</b>	<b>0,2 %</b>	<b>0,6 %</b>	<b>0,4 %</b>	<b>0,2 %</b>	<b>0,6 %</b>
<b>Gesamt</b>	<b>N06A</b>	<b>419 042*</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

<sup>1</sup> Jeweils ausgewiesen als Anteil an allen Patienten gesamt bzw. allen ausschließlich durch HA behandelten bzw. ausschließlich durch FA behandelten Patienten

<sup>2</sup> Jeweils ausgewiesen als Anteil an allen Verordnungen gesamt bzw. allen ausschließlich durch HA erfolgten Verordnungen bzw. ausschließlich durch FA erfolgten Verordnungen

<sup>3</sup> Jeweils ausgewiesen als Anteil an allen verordneten DDDs bzw. allen ausschließlich durch HA verordneten DDDs bzw. ausschließlich durch FA verordneten DDDs

\* Wenn ein Patient im betrachteten Zeitraum mehr als eine Substanz eingenommen hat, wird er mehrfach gezählt. Deshalb weicht die Summe von 419 042 Patienten von der Summe der 302 269 Patienten mit neu begonnener Antidepressiva-Therapie (vgl. z. B. Tabelle 5–4) nach oben ab.

In dieser Zählweise ergeben sich 165 195 Patienten mit Verordnungen ausschließlich von Hausärzten und 113 926 Patienten mit Verordnungen ausschließlich von Fachärzten.

VO = Verordnungen, DDD = Defined Daily Dose, HA = ausschließlich von Hausärzten verordnet, FA = ausschließlich von Fachärzten verordnet, MAO = Monoaminoxidasehemmer SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, TCA = Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva

Tabelle 5–6

**Patienten mit DDDs an Antidepressiva innerhalb von 180 Tagen, klassiert (Anzahl Tage mit DDDs in Wochen)**

Anzahl Tage (in Wochen) mit DDD	Anzahl Patienten	Anteil Patienten	Kumulativer Anteil
Unter 4 Wochen	78 854	26,1 %	26,1 %
4–7 Wochen	58 259	19,3 %	45,4 %
8–11 Wochen	30 297	10,0 %	55,4 %
12–15 Wochen	39 273	13,0 %	68,4 %
16–19 Wochen	14 669	4,9 %	73,2 %
20–23 Wochen	14 269	4,7 %	78,0 %
Mindestens 24 Wochen	66 648	22,0 %	100,0 %
<b>Gesamt</b>	<b>302 269</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

DDD = Defined Daily Dose

Versorgungs-Report 2013/2014

WiDO

TCA entfällt hier der kleinste Anteil mit 5,1 %. (Nicht näher betrachtet wurden hier die Patienten, denen folgende Substanzgruppen verordnet wurden: Monoaminoxidase-A-Hemmer (740 Patienten) und nichtselektive Monoaminoxidasehemmer (79 Patienten)). Die geringe Therapiedauer bei TCA wird auch dadurch deutlich, dass sich in ca. 80 % der Fälle eine Therapiedauer von unter 12 Wochen ergibt.

Ein übereinstimmendes Bild vermittelt Tabelle 5–9, in der die mittlere Anzahl verordneter DDDs je Substanzklasse (5stelliger ATC-Kode) innerhalb eines Zeitraums von 180 Tagen nach der Index-Verordnung dargestellt ist.

Für ältere Patienten ab 65 Jahren zeigen sich keine bemerkenswerten Unterschiede zur Gesamtstichprobe.

Tabelle 5–7

**Anteil Patienten mit Antidepressiva innerhalb von 180 Tagen, klassiert (Anzahl Tage mit DDDs in Wochen), substanz-übergreifend, nach Behandlergruppen**

Anzahl Tage (in Wochen) mit DDD	nur HA		nur FA		nur HA+FA		auch sonstige FA	
	Anteil Pat.	Kum.	Anteil Pat.	Kum.	Anteil Pat.	Kum.	Anteil Pat.	Kum.
Unter 4 Wochen	30,4 %	30,4 %	19,8 %	19,8 %	21,7 %	21,7 %	27,6 %	27,6 %
4–7 Wochen	20,5 %	51,0 %	18,8 %	38,6 %	16,5 %	38,2 %	17,1 %	44,7 %
8–11 Wochen	10,7 %	61,7 %	9,3 %	47,9 %	9,7 %	47,9 %	9,3 %	53,9 %
12–15 Wochen	13,6 %	75,3 %	13,6 %	61,6 %	9,6 %	57,4 %	11,3 %	65,3 %
16–19 Wochen	4,3 %	79,5 %	5,1 %	66,7 %	6,6 %	64,1 %	5,2 %	70,5 %
20–23 Wochen	3,7 %	83,2 %	5,8 %	72,5 %	6,5 %	70,6 %	4,9 %	75,4 %
Mindestens 24 Wochen	16,8 %	100 %	27,5 %	100 %	29,4 %	100 %	24,6 %	100 %
<b>Gesamt (Anzahl Patienten)</b>	<b>149 958</b>	<b>100 %</b>	<b>91 877</b>	<b>100 %</b>	<b>28 274</b>	<b>100 %</b>	<b>32 160</b>	<b>100 %</b>

Pat. = Patient, DDD = Defined Daily Dose, kum = kumulativer Anteil, HA = Hausärzte, FA = Fachärzte

Versorgungs-Report 2013/2014

WiDO

Tabelle 5–8

**Patienten mit DDDs an Antidepressiva innerhalb von 180 Tagen, klassiert (Anzahl Tage mit DDDs in Wochen) nach Substanzklassen (5-stelliger ATC-Kode)**

Anzahl Tage (in Wochen) mit DDD	N06AX: Andere Antidepressiva		N06AA: TCA		N06AB: SSRI	
	Anteil Pat.	kum.	Anteil Pat.	kum.	Anteil Pat.	kum.
Unter 4 Wochen	23,6%	23,6%	40,0%	40,0%	8,4%	8,4%
4–7 Wochen	18,0%	41,6%	23,7%	63,7%	15,0%	23,4%
8–11 Wochen	8,1%	49,7%	15,8%	79,5%	2,4%	25,8%
12–15 Wochen	16,4%	66,1%	7,1%	86,6%	20,4%	46,2%
16–19 Wochen	4,6%	70,7%	5,9%	92,6%	2,8%	49,0%
20–23 Wochen	7,8%	78,5%	2,3%	94,9%	6,1%	55,1%
Mindestens 24 Wochen	21,5%	100,0%	5,1%	100,0%	44,9%	100,0%
<b>Gesamt (Anzahl Patienten)</b>	<b>64 711</b>	<b>100 %</b>	<b>148 015</b>	<b>100,0 %</b>	<b>98 807</b>	<b>100 %</b>

N = Anzahl, Pat = Patient, DDD = Defined Daily Dose, kum = kumulativer Anteil, MAO = Monoaminooxidasehemmer, SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, TCA = Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva

Versorgungs-Report 2013/2014

WldO

Tabelle 5–9

**Mittlere Anzahl Tage mit DDD (über alle Patienten mit Depression und neu begonnener Antidepressiva-Therapie), die innerhalb von 180 Tagen nach Index-Verordnung verordnet wurden, nach Substanzklassen (5-stelliger ATC-Kode)**

ATC5	Substanzgruppe	Anzahl Patienten	Tage mit DDD		Anzahl VO	
			MW	SD	MW	SD
N06AA	TCA	148 015	56,2	59,1	1,8	1,2
N06AB	SSRI	98 807	167,4	127,0	2,0	1,1
N06AF	Monoaminooxidasehemmer, nichtselektiv	79	200,2	164,0	2,3	1,8
N06AG	Monoaminooxidasehemmer	740	128,4	100,5	2,1	1,3
N06AX	Andere Antidepressiva	64 711	108,2	98,7	2,0	1,3
<b>Gesamt</b>		<b>312 352</b>				

N = Anzahl, DDD = Defined Daily Dose, MAO = Monoaminooxidasehemmer, SSRI = Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, TCA = Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva, MW = Mittelwert, SD = Standardabweichung

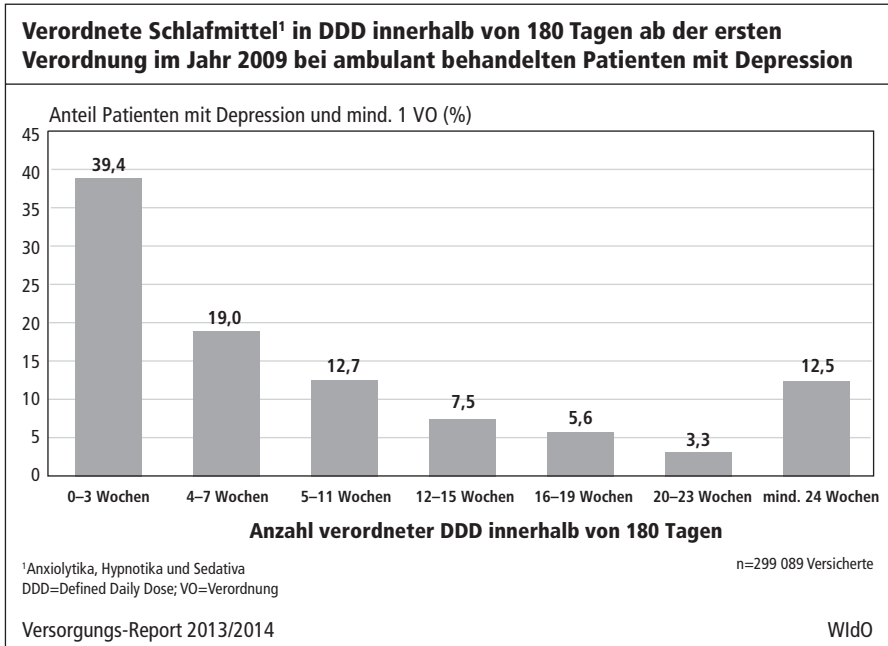
Versorgungs-Report 2013/2014

WldO

**5.3.2 Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa (vgl. QiSA-Indikator 10)**

Für die Analysen zur Einnahme von Substanzen dieser Medikamentengruppe bei Depression wurden aus der Gruppe der ausschließlich ambulant behandelten Patienten mit Depression diejenigen selektiert, die im Jahr 2009 mindestens eine Verordnung einer Substanz aus dem Spektrum der Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa erhielten. Die Schlafmitteltherapie musste im Gegensatz zu den Analysen der Verordnungen von Antidepressiva nicht „neu begonnen“ worden sein. Die Einschlusskriterien erfüllten 299 089 Patienten (19,3 % der Patienten mit Depression): Diese hatten im Jahr 2009 mindestens eine Schlafmittelverordnung erhalten.

Abbildung 5–2



75 011 Patienten nahmen eine Substanz dieser Gruppe parallel zur neu begonnenen Antidepressiva-Therapie ein. Dies entspricht einem Anteil von 24,8% der 302 269 Patienten mit neu begonnener pharmakologischer Depressionstherapie.

Im Ergebnis wurde 60,6% der Patienten mit Depression, die 2009 mindestens eine Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa erhalten hatten, insgesamt eine Anzahl von DDDs verordnet, die einen Zeitraum von vier Wochen innerhalb von 180 Tagen überschritt (bzw. diesen gerade erreichte); vgl. dazu die kumulierten Anteile über die Balken „4–7 Wochen“ bis „mind. 24 Wochen“ in Abbildung 5–2.

Da es sich bei den ersten im Jahr 2009 registrierten Verordnungen von Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa nicht um eine neu begonnene „Schlafmitteltherapie“ gehandelt haben muss, dürfte die Anzahl der Patienten, die die Vier-Wochen-Schwelle überschritten haben, eher noch unterschätzt sein. Anders betrachtet wiesen 21,1% der Patienten mit Depression Verordnungen von Anxiolytika, Hypnotika oder Sedativa mit der Reichweite von insgesamt 90 durchschnittlichen Tagesdosen auf. Dies bedeutet, dass bei kompletter Einnahme der verordneten Packungen mindestens an jedem zweiten Tag innerhalb der beobachteten 180 Tage eine Schlafmitteldosis von 1 DDD eingenommen werden konnte (vgl. die kumulierten Anteile über die Balken „4–7 Wochen“ bis „mind. 24 Wochen“ in Abbildung 5–2). 12,5% der Patienten erhielten so viele Schlafmittel-Verordnungen, dass sie über 180 Tage hinweg täglich jeweils mindestens eine Dosis hätten einnehmen können.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Einsatz von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa bei Patienten mit Depression weit verbreitet ist: Bei 24,8% der Patienten wurde ein Schlafmittel parallel zur neu begonnenen Antidepressiva-Therapie eingenommen.

## 5.4 Diskussion

Die vorgelegten Ergebnisse unterstreichen zunächst die besondere Bedeutung der ambulanten Versorgung in der Depressionsbehandlung: Von den 1,7 Millionen Patienten mit einer inzidenten oder prävalenten gesicherten Depressionsdiagnose über mindestens zwei fortlaufende Quartale im Jahr 2009 wurden innerhalb eines Zeitraums von mindestens einem Jahr 91 % ausschließlich ambulant behandelt. 44,6 % der Patienten wurden im Jahr 2009 mit einem Antidepressivum behandelt, in etwa der Hälfte dieser Fälle (19,5 %-Punkte) handelte es sich dabei um eine neu begonnene pharmakologische Depressionstherapie.<sup>7</sup> Die Quote deutet auf die Schlüsselrolle hin, die der medikamentösen Therapie in der Depressionsbehandlung zukommt. Diese wurde auch in anderen Studien bestätigt: In der Stichtagsuntersuchung von Bramesfeld und Schwartz (2007) wurden 60 % der „korrekt“ (d. h. z. B. nicht falsch positiv) als depressiv diagnostizierten Fälle medikamentös behandelt.

Lediglich 30,4 % der Verordnungen im Rahmen einer neu begonnenen pharmakologischen Depressionstherapie wurden ausschließlich durch Fachärzte (für psychische Erkrankungen) vorgenommen, der überwiegende Teil der Verordnungen geht ausschließlich auf Hausärzte oder auf Hausärzte gemeinsam mit Fachärzten (49,6 % bzw. 9,4 %) zurück. Die ermittelten Anteile der Arztgruppen ähneln denen von Fritze (2011), die auf der Basis des Arzneiverordnungs-Reports 2010 zusammengestellt wurden. Danach wurden bezogen auf das gesamte Verordnungsvolumen an Psychoanaleptika (gemessen in DDD) im Jahr 2009 40 % durch neuropsychiatrische Fachärzte und 45 % durch Allgemeinärzte (inkl. hausärztlich tätiger Internisten) verordnet. Die Schlüsselrolle der Hausärzte in der Versorgung von Menschen mit Depression wurde auch in anderen Analysen bestätigt. Eine Analyse von ambulanten Routinedaten von über 1,3 Mio. Patienten mit Depression zeigte, dass 71 % der Patienten ausschließlich von Hausärzten oder somatischen Fachärzten behandelt wurden, während lediglich die restlichen 29 % der Patienten ausschließlich durch psychologisch-psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Berufsgruppen oder unter Einbezug eines Vertreters dieser Gruppen behandelt wurden (Gaebel und Kowitz 2012).

Die vorliegende Arbeit untersuchte erstmals in diesem Umfang die Verordnungsdauer einer neu begonnenen pharmakologischen Depressionstherapie. Selbst wenn man einen Wechsel der Medikation unberücksichtigt lässt, wurden insgesamt nur 22 % der Patienten mit neu begonnener medikamentöser Depressionstherapie über eine geschätzte Dauer von mindestens 24 Wochen hinweg behandelt. Umgekehrt betrachtet betrug die Dauer der pharmakologischen Depressionstherapie bei 78 % der Patienten weniger als 24 Wochen. Diese Anteile liegen deutlich unter dem im QiSA-Indikator formulierten Zielwert von 60 % (Schulz et al. 2013), zudem

<sup>7</sup> Der gewählte Ansatz zur Identifikation von Depressionspatienten einerseits und Registrierung der Antidepressivatherapie andererseits (vgl. Abschnitt 5.2) hat zur Folge, dass der Anteil an Patienten mit Depression und ambulanter Antidepressiva-Therapie (hier 44,6 %) möglicherweise unterschätzt wird, da Patienten mit Index-Diagnose im 3. oder 4. Quartal 2009 bei gleichzeitiger Erstverordnung im Jahr 2010 nicht betrachtet werden. Eine nachträgliche Prüfung zeigte, dass 13 % der Patienten das 3. bzw. 4. Quartal 2009 als Index-Diagnose-Quartal aufwiesen. Die hieraus resultierende Unterschätzung der Versorgungsquote ist somit vermutlich auf nur wenige (ca. 3) Prozentpunkte begrenzt.

betrug bei 26,1 % der Patienten mit Depression und neu begonnener Pharmakotherapie die Therapiedauer mit Antidepressiva weniger als vier Wochen.

Wurden Patienten ausschließlich durch den Hausarzt behandelt, lag die Quote der Patienten mit einer Therapiedauer von mindestens 24 Wochen bei 16,8 %, im Vergleich dazu betrug sie bei ausschließlich von Fachärzten behandelten Patienten 27,5 %. Diese Ergebnisse könnten sich zum Teil dadurch erklären, dass es sich bei den Patienten, die ausschließlich durch Hausärzte behandelt werden, in der Regel um vergleichsweise leichtere Fälle handelt. Eine Unterscheidung nach dem Schweregrad der Depression erfolgte nicht, da dies umfangreichere konzeptionelle und datenaufbereitungsbezogene Vorarbeiten erfordert hätte, die im Rahmen dieses Beitrags nicht möglich waren. Entsprechende Hinweise auf die Verteilung der Patienten auf die Behandlergruppen gemäß dem Schweregrad der Depression(sdiagnose) finden sich jedoch in Kapitel 2 dieses Bandes (Gerste und Roick 2014) in Tabelle 2–7.

Insgesamt war festzustellen, dass von den Verordnungen, die im Rahmen einer neu begonnenen Antidepressivabehandlung erfolgten, der größte Anteil mit 41,6 % auf TCA entfiel, vor SSRI (33,4 %) und sonstigen Antidepressiva (24,6 %). Dies scheint zunächst der Beobachtung zu widersprechen, dass sich die SSRI als vorrangige Therapieoption etabliert haben, während die Verordnungen von TCA rückläufig sind (Bauer et al. 2008). Betrachtet man aber die Anteile der Substanzklassen an den definierten Tagesdosen, liegt der Anteil der SSRI bei 51,4 %, während der Anteil der TCA mit 24,0 % noch hinter den Anteil der sonstigen Antidepressiva (24,2 %) zurückfällt. Aus der hohen Anzahl an Verordnungen in geringen Dosen lässt sich schließen, dass TCA offenbar häufig nicht als dauerhafte Depressionstherapie eingesetzt werden.

Vergleicht man nun die verordneten Substanzen bzw. Substanzgruppen von Hausärzten und Fachärzten, so fällt auf, dass Hausärzte TCA insgesamt deutlich häufiger einsetzen als Fachärzte. Vor allem die Substanzen Opipramol und Amitriptylin werden von Hausärzten häufiger verordnet. Die Auswertungen legen nahe, dass insbesondere Hausärzte TCA häufig gering dosiert aufgrund ihrer sedierenden Wirkung zur Behandlung von Schlafstörungen einsetzen, die oftmals dominantes Symptom einer Depression sind. Den überwiegenden Einsatz gering dosierter TCA „in other conditions than depression“ bestätigten auch Lockhart und Guthrie (2011). Andererseits liegt aber auch Evidenz vor, dass eine Therapie mit niedrigen Dosierungen von TCA gegenüber Placebo bei der Depressionsbehandlung wirksam ist (Furukawa et al. 2003). Auch ist zu berücksichtigen, dass TCA nicht hoch dosiert werden, weil höhere Dosen aufgrund von Unverträglichkeiten wie Mundtrockenheit häufig nicht toleriert werden (Bollini et al. 1999).

Die Gabe von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa scheint bei depressiven Patienten verbreitet zu sein. Trotz fehlender Kenntnisse über die tatsächliche Einnahmefrequenz legen die Auswertungsergebnisse nahe, dass der in den QiSA-Indikatoren genannte Schwellenwert für den Anteil an Depressionspatienten mit dauerhafter Schlafmittelverordnung von höchstens 20 % mit hoher Wahrscheinlichkeit überschritten wird. Auch wenn die Verordnung von Anxiolytika, Hypnotika und Sedativa teilweise klinisch begründet zu sein scheint (Dunlop und Davis 2008; Furukawa et al. 2001), ist eine Langzeitbehandlung mit Benzodiazepinen zu vermeiden. Behandelnde Ärzte sind angehalten, ihr Ordnungsverhalten dahingehend zu überprüfen.

Eine Limitation unserer Untersuchung liegt in der fehlenden Differenzierung nach dem Schweregrad einer Depression. Dennoch sollten durch die Beschränkung auf Patienten mit F32\*- und F33\*-Diagnosen und Patienten mit zwei Diagnosen innerhalb von drei Quartalen sowie aufgrund der Tatsache, dass diese mindestens eine Antidepressiva-Verordnung im Rahmen einer neu begonnenen Therapie erhalten hatten, leichte Fälle weitgehend ausgeschlossen sein. Nichtsdestotrotz sind die durchgeführten Analysen in puncto Schweregraddifferenzierung ausbaufähig. Eine weitere Limitation liegt in dem DDD-basierten Messansatz für die Therapiedauer, der systematische wirkstoff- oder gar präparatspezifische Abweichungen der Dosierung von einer DDD pro Tag nicht zu berücksichtigen vermag.

Zusammenfassend ist die beobachtete Verordnungsdauer bei pharmakologischer Depressionstherapie geringer als allgemein angestrebt. Dies gilt sowohl bei hausärztlichen als auch bei fachärztlicher Versorgung. In Anbetracht dieser Versorgungsrealität sollte überdacht werden, ob unterstützende Maßnahmen zur Zielerreichung möglich sind und ob die derzeit im hausärztlichen Bereich angestrebte Erfüllungsquote von 60% für die mindestens 24 Wochen andauernde Therapie wissenschaftlich haltbar ist. Dies gilt insbesondere unter Berücksichtigung des eher geringer ausgeprägten Schweregrades der Depressionserkrankung der Patienten in ausschließlich hausärztlicher Behandlung. Noch fehlen belastbare Daten diesbezüglich weitestgehend.

### Danksagung

Wir danken Herrn Dr. med. Sven Schulz und Herrn Dr. med. Michael Freitag MPH, Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Jena, für wertvolle Hinweise und Diskussionsbeiträge.

## Literatur

- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; 420: 55–64.
- American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. In: American Psychiatric Association (APA) (Hrsg) Practice guidelines for the treatment of people with psychiatric disorders. Washington: APA 2000; 413–96.
- Bauer M, Monz BU, Montejo AL et al. Prescribing patterns of antidepressants in Europe: results from the Factors Influencing Depression Endpoints Research (FINDER) study. *Eur Psychiatry* 2008; 23 (1): 66–73.
- Bauer M, Pfennig A, Severus E. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: update 2013 on the acute and continuation treatment of unipolar depressive disorders. *World J Biol Psychiatry* 2013; 14 (5): 334–85.
- Boenisch S, Kocalevent RD, Matschinger H et al. Who receives depression-specific treatment? A secondary data-based analysis of outpatient care received by over 780,000 statutory health-insured individuals diagnosed with depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2012; 47 (3): 475–86.
- Bollini P, Pampallona S, Tibaldi G. et al. Effectiveness of antidepressants. Meta-analysis of dose-effect relationships in randomised clinical trials. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 297–303.



- Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW. Who is treated, and how, for depression? An analysis of statutory health insurance data in Germany. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42 (9): 740–6.
- Bramesfeld A, Schwartz FW. Volkskrankheit Depression: Bestandsaufnahme und Perspektiven. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 247–51.
- Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW. Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis of health insurance data. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2010; 45 (3): 329–35.
- Bundesärztekammer. Leitfaden „Medikamente – schädlicher Gebrauch und Abhängigkeit“. Berlin: Bundesärztekammer 2007.
- Canadian Psychiatric Association (CPA). Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry* 2001; 46 (Suppl 1): 5S–90S.
- DGPPN, BÄK, KBV et al. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression. 2012. Langfassung.
- Dunlop BW, Davis PG. Combination treatment with benzodiazepines and SSRIs for comorbid anxiety and depression: a review. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2008; 10 (3): 222–8.
- Fritze J. Psychopharmaka-Verordnungen: Ergebnisse und Kommentare zum Arzneiverordnungsreport 2011. *Psychopharmakotherapie* 2011; 18 (6): 245–56.
- Furukawa TA, McGuire H, Barbui C. Low dosage tricyclic antidepressants for depression. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 3: CD003197.
- Furukawa TA, Streiner DL, Young LT. Is antidepressant-benzodiazepine combination therapy clinically more useful? A meta-analytic study. *J Affect Disord* 2001; 65 (2): 173–7.
- Gaebel W, Zielasek J, Kowitz S. et al. Oft am Spezialisten vorbei – Erste Ergebnisse einer umfassenden Versorgungsstudie bestätigen eine zu erwartende hohe Prävalenz. *Dt Ärzteblatt* 2011; 108 (26): A1476–8.
- Gaebel W, Kowitz S, Zielasek J. The DGPPN research project on mental healthcare utilization in Germany: inpatient and outpatient treatment of persons with depression by different disciplines. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262 (Suppl 2): S51–5.
- Geddes JR, Carney SM, Davies C. et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003; 361 (9358): 653–61.
- Gerste B, Roick C. Prävalenz und Inzidenz sowie Versorgung depressiver Erkrankungen in Deutschland – Eine Analyse auf Basis der in Routinedaten dokumentierten Depressionsdiagnosen. In: Klauber J, Günster C, Gerste B, Robra BP, Schmacke N (Hrsg) *Versorgungs-Report 2013/2014 – Schwerpunkt Depression*. Stuttgart: Schattauer 2014.
- Glaeske G, Schickanz C, Gmünder ErsatzKasse. *GEK-Arzneimittel-Report 2007: Auswertungsergebnisse der GEK-Arzneimitteldaten aus den Jahren 2005–2006*. Bremen, Schwäbisch Gmünd: Asgard-Verlag Hippe 2007.
- Häussler B, Höer A, Hempel E. et al. *Arzneimittelatlas – Der Arzneimittelverbrauch in der GKV*. Berlin, Heidelberg: Springer 2013.
- Jacobi F, Wittchen HU, Holting C. et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34 (4): 597–611.
- Lockhart P, Guthrie B. Trends in primary care antidepressant prescribing 1995–2007: a longitudinal population database analysis. *Br J Gen Pract* 2011; 61 (590): e565–72.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. *Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety: review of technology appraisal 51*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence 2004.
- Schmauß M, Schramm E, Berger M. Kapitel 10. Unipolare Depression – Pharmakotherapie und Psychotherapie (ICD-10 F3). In: Vorderholzer U, Hohagen F (Hrsg) *Therapie psychischer Erkrankungen*. 8. Aufl. München und Jena: Urban & Fischer 2012.
- Schnee M. Sozioökonomische Strukturen und Morbidität in den gesetzlichen Krankenkassen. In: Böcken J, Braun B, Amhof R (Hrsg) *Gesundheitsmonitor 2008 – Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive der Bevölkerung*. Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung 2008; 88–104.

- Schulz S, Freytag A, Chenot R. et al. Depression: Qualitätsindikatoren für die Versorgung von Patienten mit Depression. In: Szecsenyi J, Broge B, Stock J (Hrsg) QuiSA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Heidelberg, Göttingen: Universitätsklinikum Heidelberg, AQUA-Institut 2013.
- Schwabe U, Paffrath D. Arzneiverordnungsreport 2012: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Heidelberg: Springer-Verlag 2012.
- Schwabe U, Paffrath D. Arzneiverordnungsreport 2013: Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare. Heidelberg: Springer-Verlag 2013.
- WHO International Working Group for Drug Statistics Methodology, WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology et al. Introduction to Drug Utilization Research. Oslo: World Health Organization 2003.
- WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC/DDD Index. [http://www.whocc.no/atc\\_ddd\\_index/?code=N06A](http://www.whocc.no/atc_ddd_index/?code=N06A), 22.10.2012
- Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Hum Psychopharmacol 2002; 17 (Suppl 1): S1–11.

## Glossar

ATC	Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation für Arzneimittel
DDD	Defined Daily Dose (hier immer: Anzahl der in der Verordnung/den Verordnungen enthaltenen DDD)
FA	Facharzt: hier Kurzbezeichnung für alle Fachgruppen für psychische Erkrankungen (51 Nervenheilkunde, 53 Neurologie, 58 Psychiatrie und Psychotherapie, 59 Forensische Psychiatrie, 60 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie)
HA	Hausarzt: Kurzbezeichnung für Ärzte der Fachgruppen 01 Facharzt für Allgemeinmedizin, 02 Praktischer Arzt, 03 Facharzt für Innere Medizin mit hausärztlicher Zulassung)
Sonstige Fachärzte	hier Kurzbezeichnung für alle Fachgruppen, die nicht Hausärzte (HA) oder Fachgruppen für psychische Erkrankungen sind
ICD	International Classification of Diseases
MAO	Monoaminoxidase
NVL	Nationale Versorgungsleitlinie
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
TCA	Tri- und Tetrazyklische Antidepressiva
WiDo	Wissenschaftliches Institut der AOK