



# Health System Watch



## Gesundheitszustand in der EU: Jede(r) fünfte Europäer(in) ist bedrückt

### Schwerpunktthema: Versorgung mit Antidepressiva

Maria M. Hofmarcher, Gerald Röhrling, Monika Riedel\*

#### Psychische Gesundheit

Im Europavergleich sind psychische Beeinträchtigungen wenig untersucht. Psychische Erkrankungen verursachen weltweit hohe Krankheitslast und ihre Ätiologie ist multidimensional. In Bezug auf die subjektive Einschätzung der psychischen Befindlichkeit zeigt eine jüngst erschienene Erhebung, dass sich durchschnittlich fast jede(r) fünfte Europäer(in) psychisch beeinträchtigt fühlt. Am häufigsten psychisch beeinträchtigt fühlen sich weibliche Befragte in Portugal, Italien und dem Vereinigten Königreich. In der Mehrheit der EU-Länder steigen mit steigendem Alter die psychischen Beschwerden. Österreich ist hiervon keine Ausnahme und liegt bei dem Anteil der über 65-Jährigen, die sich bedrückt fühlen, klar über dem EU-Durchschnitt. Österreicher(innen) in jener Altersgruppe haben zudem im EU-Vergleich das höchste Risiko vorzeitig infolge von Selbstmord zu sterben. Österreich nimmt im Hinblick auf die Selbstmordhäufigkeit bei Männern dieser Altersgruppe in der erweiterten EU hinter Slowenien, Ungarn, Lettland und Litauen den fünften Rang ein.

#### Antidepressiva

In Übereinstimmung mit internationaler Evidenz bekommen in Oberösterreich Frauen, Arbeitslose, Stadtbewohner(innen) und Personen in niedrigen Einkommensgruppen häufiger Antidepressiva verordnet als Männer, Erwerbstätige, Personen, die am Land wohnen, und Personen in höheren Einkommenschichten. Darüber hinaus steigt mit steigendem Alter die Verordnungshäufigkeit und dies für Männer und Frauen gleichermaßen. Wird der Bezug von Antidepressiva als valider Indikator für das Vorhandensein von Depressionen akzeptiert, besteht in (Ober-)Österreich nicht nur bei physischen Beschwerden, sondern auch bei Depressionen und damit der größten Gruppe der psychischen Beschwerden ein sozialer Gradient. Diese Befunde sind das Ergebnis einer deskriptiven Analyse der Quartalsdaten der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse bezüglich Antidepressiva-Verordnungen nach Patient(inn)enmerkmalen für die Jahre 2000 und 2001.

Psychische  
 Gesundheit

Anti-  
 depressiva

\* Alle Institut für Höhere Studien, IHS HealthEcon,  
 Stumpergasse 56, A-1060 Wien, Telefon +43-1-59991-127, E-Mail: hofmarch@ihs.ac.at.  
 Frühere Ausgaben von Health System Watch sind abrufbar unter der Internet-Adresse: <http://www.ihs.ac.at>





Psychische Erkrankungen verursachen hohe Krankheitslast und ihre Ätiologie ist multidimensional ...

## Gesundheitszustand in der EU: Jede(r) fünfte Europäer(in) ist bedrückt

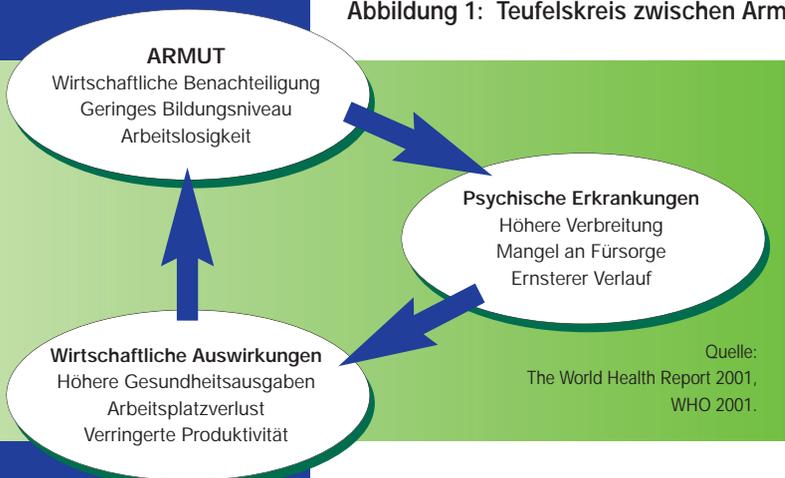
Der Begriff psychische Gesundheit<sup>1)</sup> charakterisiert den Zustand einer erfolgreichen mentalen Funktion, die zu produktiven Aktivitäten, erfüllenden Beziehungen zu anderen Menschen, Anpassung an Veränderungen und zur Bewältigung von Problemen führt. Ist dieser nicht gewährleistet, so spricht die Europäische Kommission entweder von einer psychischen Erkrankung, die eine diagnostizierbare psychische Störung bezeichnet, oder von einem „psychischen Problem“, wenn erkennbare Anzeichen und Symptome nicht ausreichend stark und anhaltend sind, um die Kriterien für eine psychische Erkrankung zu erfüllen. Die Europäische Kommission unterstreicht in einem bevölkerungsbezogenen Ansatz bezüglich psychischer Gesundheit und psychischer Erkrankung eine ganzheitliche Gesundheitsversorgung und die Berücksichtigung der Wechselwirkungen zwischen Gesundheit, dem physischen sowie dem psychosozialen Umfeld. Neben den traditionellen Bereichen Diagnose, Behandlung und Ätiologie fokussiert der Ansatz insbesondere auf die epidemiologische Überwachung, einschließlich Gesundheitsförderung und Prävention psychischer Erkrankungen.

### Psychische Erkrankungen verursachen hohe Krankheitslast und ihre Ätiologie ist multidimensional ...

In der „Global Burden of Disease“ Untersuchung wird geschätzt, dass der Anteil psychiatrischer und neurologischer Beeinträchtigungen an der weltweiten Krankheitslast bis 2020 um rund die Hälfte zulegen wird, von 10,5 auf 15 Prozent<sup>2)</sup>. Dieser erwartete Anstieg ist im Verhältnis bedeutender als jener, der für die kardiovaskulären Krankheiten geschätzt wird. Für Industrieländer wird sogar erwartet, dass 22 Prozent der gesamten Krankheitslast auf neuro-psychiatrische Erkrankungen einschließlich Demenz entfallen. Etwa zwei Fünftel der Krankheitslast, die 2020 durch neuro-psychiatrische Erkrankungen erwartet wird, werden Depressionen zugeschrieben.

Die Beziehungen zwischen psychischen Erkrankungen, Armut und wirtschaftlichen Auswirkungen sind komplex und multidimensional (vgl.: Abbildung 1). Für die Entstehung und die Ursachen psychischer Erkrankungen ist zumeist eine Kombination von biologischen, psychischen und sozialen Faktoren verantwortlich. Beispielsweise für Depressionen zeigen viele internationale Untersuchungen, dass die Prävalenz eng mit sozio-ökonomischen Faktoren verknüpft ist: Ostler et al. (2001) zeigen, dass eine sozio-ökonomisch benachteiligte Region nicht nur ein statistisch mächtiger Prädiktor für die Prävalenz, sondern auch für die Persistenz von Depression ist<sup>3)</sup>.

Abbildung 1: Teufelskreis zwischen Armut und psychischen Erkrankungen



Innerhalb Europas variiert die Prävalenz von Depression bei älteren Menschen sehr stark, eine Studie gibt als Extremwerte 8,8 Prozent für Irland und 23,6 Prozent für München an<sup>4)</sup>. Ein systematischer Survey über die regionsbezogene Prävalenz von Depression bei älteren Menschen fand ebenfalls eine sehr weite Bandbreite (0,4–35 Prozent), die sich allerdings erheblich reduziert, wenn die Schwere der Depression berücksichtigt wird; Prävalenzraten bei Frauen und bei älteren Menschen in ungünstigerer sozio-ökonomischer Situation wurden als konsistent höher bezeichnet<sup>5)</sup>.

- 1) In einigen deutschsprachigen Publikationen wird „mental health“ auch mit dem Begriff „seelische Gesundheit“ übersetzt.
- 2) *The Global Burden of Disease and Injury: Executive Summary*, 2000.
- 3) *Ostler K, Thompson C, Kinmonth AL, Peveler RC, Stevens L, Stevens A: Influence of socio-economic deprivation on the prevalence and outcome of depression in primary care: the Hampshire Depression Project. in: British Journal of Psychiatry 2001, 178, S. 12–17.*
- 4) *Copeland JR, Beekman AT, Dewey ME, Hooger C, Jordan A, Lawlor BA, Lobo A, Magnusson H, Mann AH, Meller I, Prince MJ, Reischies F, Turrina C, deVries MW, and Wilson KC: Depression in Europe. Geographical distribution among older people. in: The British Journal of Psychiatry 1999, 174, S. 312–321.*
- 5) *Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ: Review of community prevalence of depression in later life. in: British Journal of Psychiatry 1999, 174, S. 307–311.*





Bei Frauen ist die Prävalenz von Depression höher als bei Männern. Diesbezügliche Befunde dürften weniger auf endokrinologische und genetische als auf psychosoziale Faktoren zurückzuführen sein<sup>6)</sup>, auch wenn noch keine Klarheit darüber besteht, wie der Zusammenhang zwischen sozialen Rollen und häufigeren Depressionen bei Frauen aussieht<sup>7)</sup>. Es liegen erste Hinweise dafür vor, dass sich die Unterschiede reduzieren, wenn Männer und Frauen in ähnlichem sozialen Umfeld verglichen werden<sup>8)</sup>. Schlussendlich legen neuere Untersuchungen nahe, dass Diagnoseinstrumente für Depression stärker auf jene Symptome abstellen, die für weibliche Depressionspatienten typisch sind, und weniger auf die „aggressivere“ Symptomatik bei männlichen Patienten. Somit könnte die höhere Prävalenz von Depression bei Frauen zumindest teilweise auch ein Messfehler sein<sup>9)</sup>.

## ... und sie sind im Europavergleich wenig untersucht.

Die folgenden Analysen stützen sich auf die im April 2003 publizierten Ergebnisse des Eurobarometers 58.2. Ein Teil dieser im Auftrag der Europäischen Kommission durchgeführten Standardbarometeruntersuchung, welche mindestens zweimal jährlich in allen Mitgliedsstaaten der EU erfolgen, beschäftigt sich mit dem psychischen Gesundheitszustand der gesamten EU-Bevölkerung. Daneben werden auch Meinungen zu politischen, wirtschaftlichen und anderen EU-Themenbereichen abgefragt. Vergleichbare europaweite Studien, den psychischen Gesundheitszustand betreffend, wurden zuvor nur von der ODIN-Group veröffentlicht<sup>10)</sup>. Zwischen Oktober und Dezember 2002 wurden mit Hilfe einer mehrstufigen Zufallsstichprobe 16.000 Menschen über 15 Jahre persönlich interviewt. Die Stichprobengröße in den einzelnen Staaten bzw. Regionen umfasst jeweils rund 1.000 Personen, mit Ausnahme von Luxemburg (600) und Nordirland (300). Die Rücklaufquote variiert zwischen 23 Prozent im Vereinigten Königreich und 84 Prozent in Frankreich; Österreich verzeichnet mit 68 Prozent eine Antwortrate im oberen Drittel<sup>11)</sup>.

Um den psychischen Gesundheitszustand der Menschen zu messen, wurden Teile des standardisierten Fragenkatalogs SF-36 verwendet. Dieser dient als Instrument zur Messung von Therapieerfolgen mittels subjektiver Einschätzung gesundheitsbezogener Lebensqualität durch Patient(inn)engruppen und ist international anerkannt. Der SF-36 Fragebogen enthält die Bewertung der Gesundheitstendenz in insgesamt 36 Items und kann in acht Dimensionen gegliedert werden.

Für die Eurobarometer-Befragung zur Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes wurden die Konzepte „Psychisches Wohlbefinden“ und „Vitalität“ herausgegriffen<sup>12)</sup>.

Die Befragten wählen ihre Selbsteinschätzung auf einer 6-stufigen Skala. Für die Auswertung werden, nach einheitlicher Polarisierung der Items, Summenindizes der Dimensionen ermittelt. Um eine Vergleichbarkeit zwischen den Dimensionen zu gewährleisten, werden die Werte in Skalenspannen von 0 bis 100 transformiert. Im Falle des psychischen Wohlbefindens berechnet sich somit der *Mental Health Index (MHI-5)* und im Falle der Vitalität der *Energy and Vitality Index (EVI)*<sup>13)</sup>.

Abbildung 2 zeigt den Anteil der Befragten, die gemäß des eingesetzten Messinstrumentes MHI-5 einen beeinträchtigten psychischen Gesundheitszustand haben. In allen untersuchten Ländern bzw. Regionen liegt der Anteil der Frauen über jenem der Männer. Die Geschlechtsunterschiede sind mit Ausnahme von Nordirland, Finnland und Österreich signifikant. Hinter dem vermeintlichen Phänomen „Frauenkrankheit Depression“ wird eine Kombination aus mehreren Gründen vermutet. Einer-

6) Gutierrez-Lobos K, Schmid-Siegel B, Haubenstock E: Frauenkrankheit Depression?, in: Wiener Medizinische Wochenschrift 1999, 149, S. 168–171.

7) Weich S, Sloggett A, Lewis G: Social roles and the gender difference in prevalence of common mental disorders. in: British Journal of Psychiatry 1998, 173, S. 489–493; and Weich S, Sloggett A, Lewis G: Social roles and the gender difference in rates of the common mental disorders in Britain: a 7-year, population-based cohort study. in: Psychological Medicine 2001, 31, S. 1055–1064.

8) Emsli C, Fuhrer R, Hunt K, Macintyre S, Shipley M, Stansfeld S: Gender differences in mental health: Evidence from three Organisations. in: Social Science and Medicine 2002, 54, S. 621–624.

9) Diodà K: Die Flucht nach vorn. Eine Depression äußert sich bei Männern oft „untypisch“. in: Neue Zürcher Zeitung NZZ online <http://www.nzz.ch>, 2. Oktober 2002 [Zugriff am 4. Oktober 2002].

10) Vgl. Dowrick C et al.: Outcomes of Depression International Network (ODIN). Background methods and field trials. ODIN Group. in: British Journal of Psychiatry 1998, 172, S. 359–363; und Ayuso-Meteos JL et al.: Depressive disorder in Europe: prevalence figures from the ODIN study. in: British Journal of Psychiatry 2001, 179, S. 308–316.

11) Vgl. The European Opinion Research Group (EORG): The mental health status of the European population, April 2003.

12) Genauer Wortlaut der Items der beiden Konzepte: vgl. The European Opinion Research Group (EORG) 2003, op.cit.

13) Ausführliche Darstellungen zur Methodik finden sich in Bullinger M, Kirchberger I: Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand: Handbuch für die deutschsprachige Fragebogenversion. Göttingen, Hogrefe-Verlag für Psychologie, 1998.

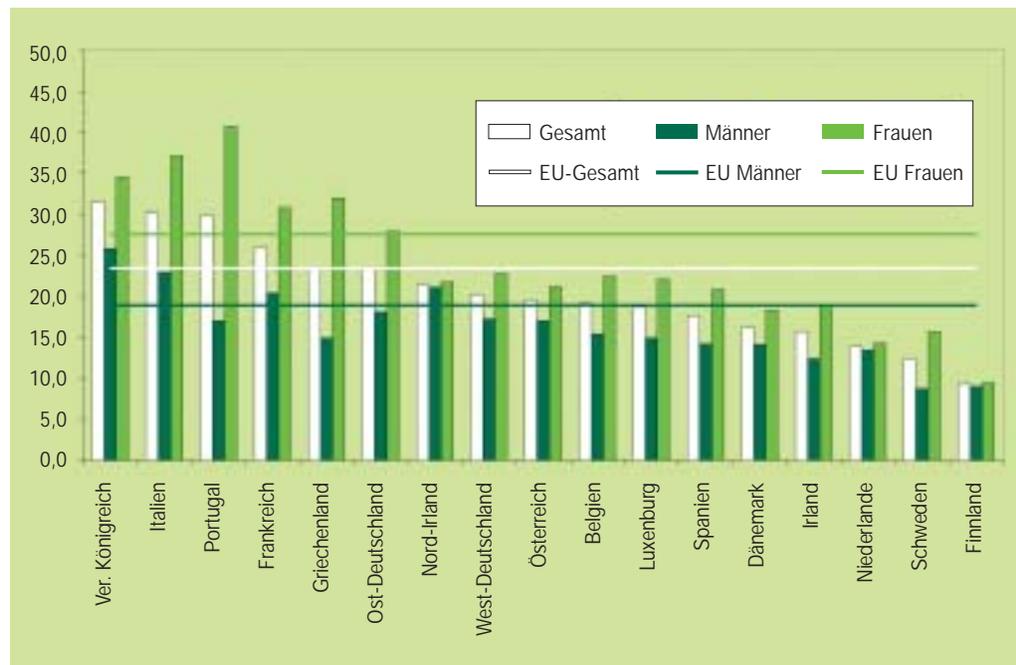
...und sie sind  
im Europa-  
vergleich  
wenig  
untersucht.





seits sind Frauen häufiger mit häuslicher Gewalt oder sexuellem Missbrauch (psychologische Faktoren) konfrontiert, andererseits sind Frauen aufgrund ihres niedrigen Einkommens armutsgefährdeter als Männer und somit auch kränker<sup>14</sup>. Studien zeigen, dass die häufigsten psychischen Erkrankungen der älteren Bevölkerung, Depression und Demenz, großteils bei Frauen auftreten<sup>15</sup>. Am häufigsten psychisch beeinträchtigt fühlen sich weibliche Befragte in Portugal, Italien und dem Vereinigten Königreich. Im europäischen Durchschnitt ist mehr als ein Viertel der befragten Frauen gefährdet, an einer Depression zu erkranken. Der Anteil der Personen in Österreich, die sich bedrückt fühlen, liegt bei den Frauen deutlich (6,4 Prozentpunkte) und bei den Männern nur relativ knapp (1,9 Prozentpunkte) unter dem jeweiligen europäischen Durchschnittswert.

**Abbildung 2: Anteil der Befragten, die sich psychisch beeinträchtigt fühlen, nach Geschlecht, in Prozent, 2002**



Quelle: Eurobarometer 58.2, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Differenziert nach breiten Altersgruppen zeigen sich unterschiedliche Muster (vgl. Abbildung 3). Einerseits ist in etlichen Ländern festzustellen, dass der Anteil sich psychisch beeinträchtigt fühlender Menschen mit zunehmendem Alter kontinuierlich steigt. Andererseits gibt es Länder, in denen Personen der Altersgruppe 45–64 die größten psychischen Probleme angeben. Zu letzteren Staaten zählen das Vereinigte Königreich, Italien, Frankreich, die BeNeLux-Länder, Irland und Finnland. Mit einem völlig anderen Muster überrascht Schweden. Genau entgegen dem EU-Muster nehmen die Personen, die sich bedrückt fühlen, anteilmäßig mit steigender Altersgruppe ab.

Österreich gehört nach diesen Ergebnissen jener Ländergruppe an, in der ältere Personen ihren psychischen Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzen als jüngere. Bei den 15–25-Jährigen, den 26–44-Jährigen bzw. bei den 45–64-Jährigen liegt Österreich deutlich unter dem EU-Schnitt (jeweils rund fünf Prozentpunkte), anders jedoch bei den über 65-Jährigen. Der Anteil an Befragten über 65 Jahre mit psychischen Problemen rangiert mit rund zwei Prozentpunkten über dem europäischen Durchschnitt. Dass ältere Personen in Österreich ihren Gesundheitszustand insgesamt als schlecht einschätzen, wurde bereits in einer WHO Erhebung dokumentiert. Während sich Österreicher(innen) bis zum 35. Lebensjahr vergleichsweise bester Gesundheit erfreuen, ist das gesundheitliche Wohlbefinden der über 75-Jährigen im Vergleich zu anderen EU-Ländern deutlich weniger zufriedenstellend<sup>16</sup>.

14) Vgl. Health System Watch III/2003, Schwerpunktteil: Diagnose Armut?, www.ihs.ac.at

15) Vgl.: WHO, Department Of Mental Health And Substance Dependence: Gender disparities in mental health,

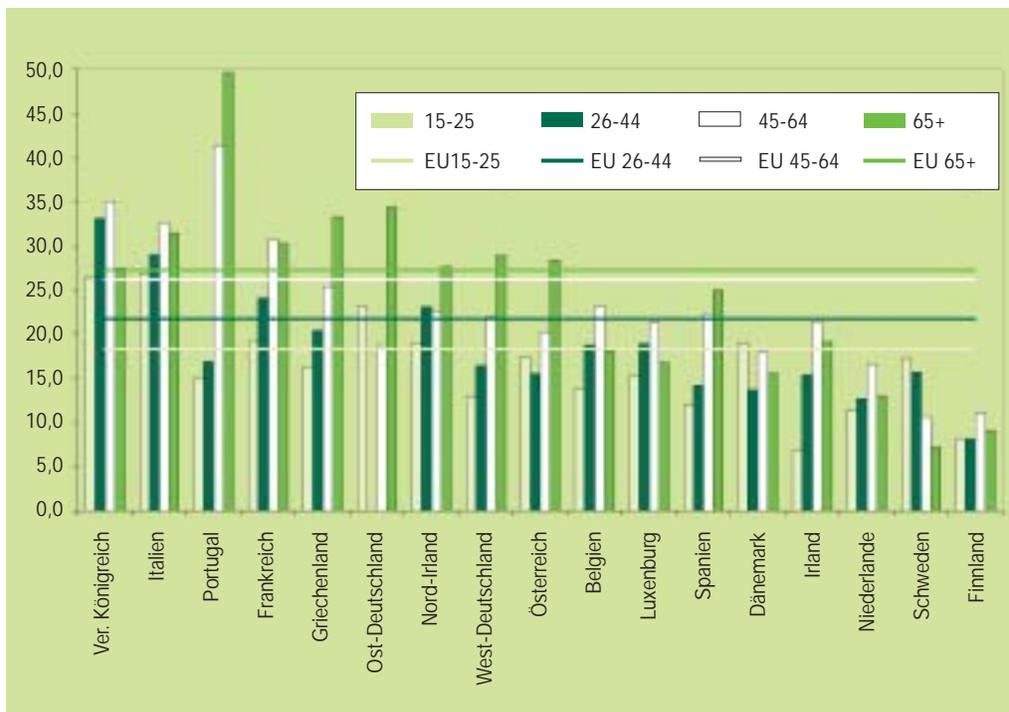
16) 1995 wurden in Österreich 3.567 Männer und 3.874 Frauen ab dem 15. Lebensjahr befragt; in Sadana R, Mathers C, Lopez A, and Murray C: Comparative Analyses of more than 50 Household Surveys on Health Status. in: GPE Discussion Paper Series: No. 15, EIP/GEP/EBD, World Health Organization, Geneva, October 2000, S. 27 und 31.





Eine altersgruppenspezifische Morbidität im Bereich psychischer Beschwerden wurde in Österreich 1991 für eine repräsentative Stichprobe, an der 1.408 Personen über 14 Jahre aus ganz Österreich teilnahmen, erhoben. Dabei wurde ein Screening-Fragebogen zum psychischen Wohlbefinden (General Health Questionnaire – GHQ-12) vorgelegt. Die 4-Wochen-Prävalenz von depressiven Zustandsbildern, Angststörungen sowie psychosomatischen Erkrankungen betrug gesamt 16,3 Prozent, oder 17,5 Prozent bei Frauen und 15,1 Prozent bei Männern; der Geschlechtsunterschied zieht sich durch alle Altersgruppen. Diese Prävalenz liegt vor allem bei Frauen deutlich unterhalb jener aus der Eurobarometer-Untersuchung (vgl. Abbildung 2). Darüber hinaus wurden bei über 60-Jährigen deutlich niedrigere Raten als bei jüngeren Menschen gefunden<sup>17)</sup>. Die Gründe für diese Unterschiede konnten im Rahmen dieser Arbeit nicht geklärt werden. Ein innerhalb dieses Jahrzehnts gestiegenes Bewusstsein über den Problembereich psychischer Gesundheit könnte hier aber ebenso eine Rolle spielen wie die verschärften Bedingungen am Arbeitsmarkt.

**Abbildung 3: Anteil der Befragten, die sich psychisch beeinträchtigt fühlen, nach Alter, in Prozent, 2002**



Quelle: Eurobarometer 58.2, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Zwischen den Dimensionen psychisches Wohlbefinden (MHI-5) und Vitalität (EVI) besteht erwartungsgemäß ein starker positiver Zusammenhang. Der Korrelationskoeffizient in den einzelnen Ländern bzw. Regionen liegt zwischen 0,64 (Niederlande) und 0,82 (Österreich), jener für die EU bei 0,74. Dies bedeutet, dass sich Menschen mit depressiven Stimmungen häufig auch erschöpft, müde und ohne Energie fühlen.

Basierend auf einer logistischen Regression<sup>18)</sup> zeigt sich, dass das Risiko psychisch beeinträchtigt zu sein im Vereinigten Königreich (Odds ratio=2,16) und in Italien (2,03) doppelt so hoch wie in West-Deutschland (1,00) ist. In Österreich ist das Risiko ebenfalls leicht erhöht, jedoch ist der Unterschied zu West-Deutschland nicht signifikant. Das geringste Risiko wurde für Finnland, Schweden und die Niederlande berechnet.

17) Vgl.: Katschnig H, Etzersdorfer E, Muzik M: Final report to the "Austrian Science Fund" on the project "Attitudes of the Austrian population towards psychiatry and psychiatric patients", Wien 1993. zitiert in: Mental Health in Austria, Selected annotated Statistics from the Austrian Mental Health Reports 2001 and 2003, Bundesministerium für Gesundheit und Frauen, September 2003.

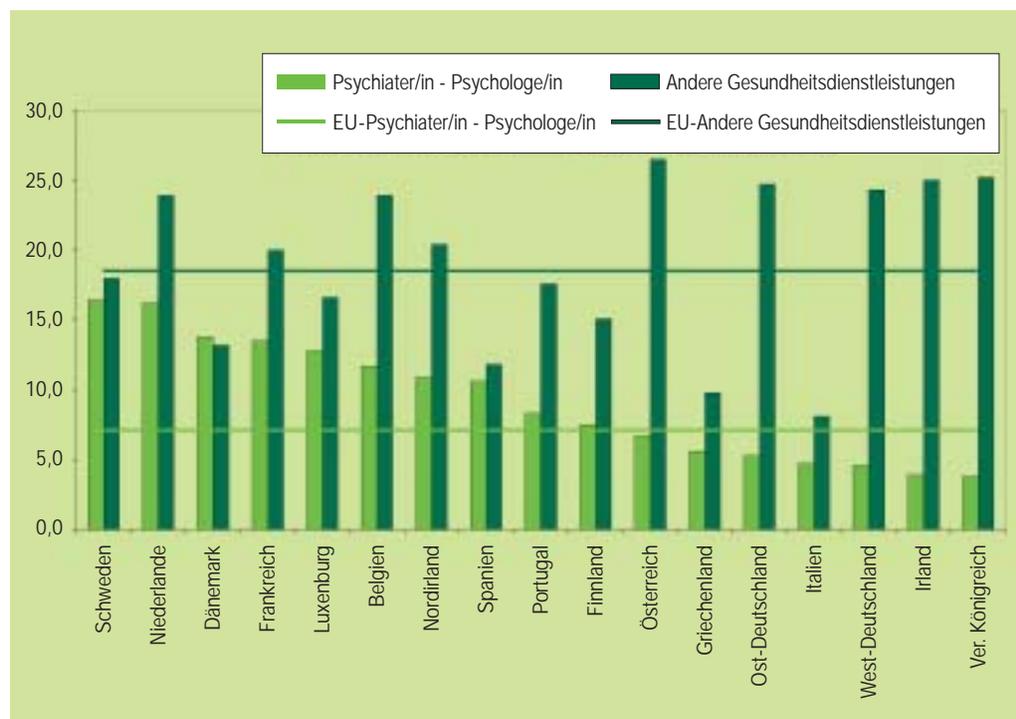
18) Als abhängige Variable wurde die dichotome Variable MHI-5 Fall bzw. kein MHI-5 Fall verwendet. Zur Erklärung dieser wurde das Geschlecht, das Alter, der Familienstand, die Stellung im Erwerbsleben, Items zur sozialen Unterstützung und die Inanspruchnahme von Dienstleistungen zur Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes, herangezogen; vgl. Eurobarometer 58.2, op.cit.



Bei Betrachtung der Inanspruchnahme in den letzten 12 Monaten zeigt sich, dass insbesondere in Schweden, Dänemark, Frankreich und den BeNeLux-Staaten Menschen mit psychischen Problemen bei einem Spezialisten/einer Spezialistin in Behandlung stehen (vgl. Abbildung 4). In Bezug auf die gesamte Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen haben Personen mit psychischen Beeinträchtigungen in Italien und in Griechenland die niedrigste Anzahl an Kontakten. Wenn jedoch Betroffene in den beiden angesprochenen Ländern eine Gesundheitsdienstleistung beanspruchen, dann konsultieren diese überdurchschnittlich oft einen Psychiater/eine Psychiaterin oder Psychologen/Psychologin.

Ein umgekehrtes Bild kann für Österreich beobachtet werden, wo die Hauptlast der Behandlung von den praktischen Ärzt(inn)en getragen wird. Studien und eigene Analysen für Österreich bestätigen, dass die häufigsten Antidepressiva-Verordnungen von praktischen Ärzt(inn)en vorgenommen werden<sup>19)</sup>. Nur jede(r) fünfte Österreicher(in) mit psychischer Beeinträchtigung, der/die irgendeine Gesundheitsdienstleistung in Anspruch nimmt, geht zum Spezialisten/zur Spezialistin. Eine noch geringere psychiatrische Auslastung, anteilmäßig zur gesamten Inanspruchnahme, konnte nur in West- bzw. Ost-Deutschland, Irland und dem Vereinigten Königreich festgestellt werden. Anders in Dänemark, Schweden, Luxemburg und Spanien, wo sich (beinahe) jede(r) zweite psychisch Beeinträchtigte, wenn er/sie sich in eine Behandlung begibt, einer psychiatrischen zuwendet.

**Abbildung 4: Inanspruchnahme der psychisch beeinträchtigten Personen, in Prozent**



Quelle: Eurobarometer 58.2, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.



19) Vgl: Mental Health in Austria op.cit und Riedel M, Hofmarcher MM: Ordnungsvarianz und Outcome der Antidepressiva-Versorgung in Oberösterreich; in Bencic W (Hg.): Versorgung mit Antidepressiva, Gesundheitswissenschaften Band 23, Linz 2003.



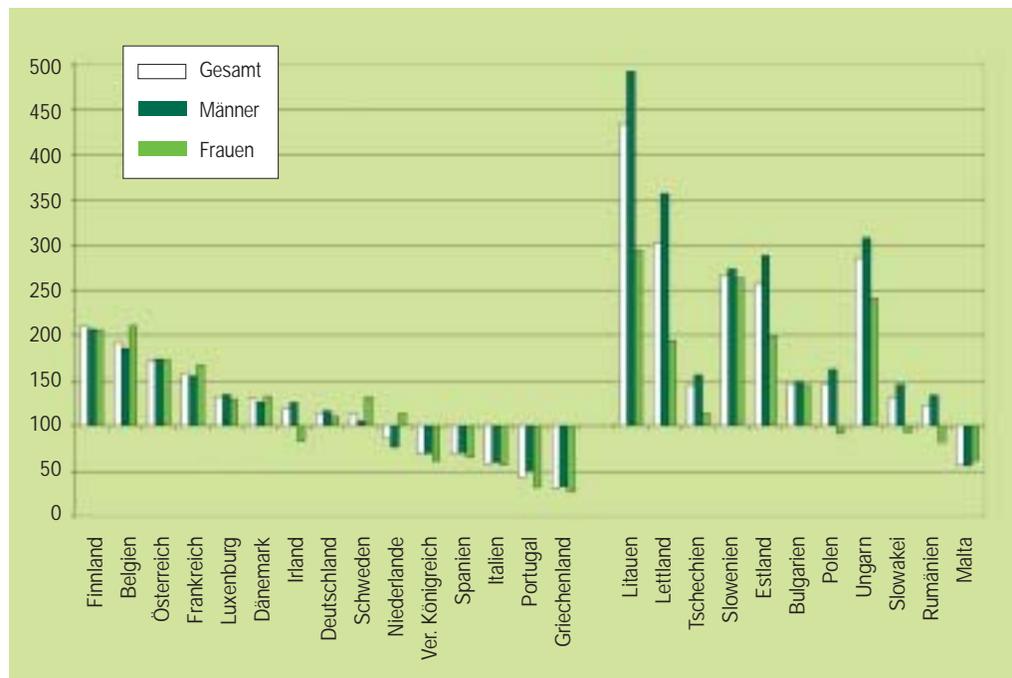
## Psychische Erkrankungen – Ursache für Suizid ...

Personen mit psychischen Beeinträchtigungen haben ein erhöhtes Risiko, vorzeitig zu sterben. Für die Altersgruppe 15–44 gehört Selbstmord mittlerweile zu den drei führenden Todesursachen weltweit. Selbstmordversuche sind 20 mal so häufig wie vollzogene Selbstmorde. Für 90 Prozent der Sterbefälle infolge von Selbstmord werden psychische Erkrankungen und davon insbesondere Depressionen und Suchterkrankungen verantwortlich gemacht<sup>20</sup>. In der Literatur zählen neben medizinischen Faktoren wie psychischen Erkrankungen psycho-soziale (z. B. Scheidung), kulturelle (z. B. Mangel an religiöser Bindung) und sozio-ökonomische (z. B. Arbeitslosigkeit) Faktoren zu den Risikopotenzialen für eine suizidale Handlung eines Menschen. Zusehens werden aber auch genetische Einflüsse und Umwelteinflüsse bei der Selbstmordforschung berücksichtigt. Studien, die sich u. a. mit der Serotonin-Übertragung und suizidalen Gedanken beschäftigen, zeigen, dass suizidales Verhalten eine genetische Komponente besitzt, die unabhängig ist von psychischen Erkrankungen. Andere Studien zeigen positive Assoziationen zwischen Variationen im TPH (Tryptophanhydroxylase)-Gen und suizidalem Verhalten depressiver Patient(inn)en.<sup>21</sup>

In der EU können zwischen 0,5 (Griechenland, Portugal) und 3,1 Prozent (Finnland) aller Sterbefälle einer suizidalen Handlung zugeschrieben werden. Österreich rangiert mit 2,7 Prozent an zweiter Stelle.

Die altersstandardisierten Suizidraten der Männer liegen sowohl in der EU als auch bei den Beitrittskandidaten deutlich über jenen der Frauen. Im europäischen Durchschnitt begehen mehr als dreimal so viele Männer (16,0 zu 5,1 pro 100.000) Selbstmord. Neben anderen Faktoren könnte ein Grund auch in der höheren Behandlungsbereitschaft (gemessen am Konsum von Antidepressiva, vgl. Schwerpunktteil dieser Ausgabe) der Frauen bei psychischen Erkrankungen liegen. Dazu passt auch, dass die Einschätzung des eigenen psychischen Gesundheitszustandes bei Frauen stets schlechter und damit vermutlich auch „näher an der Wahrheit“ ausfällt.

**Abbildung 5: Standardisierte Suizidraten pro 100.000, alle Altersgruppen, Index EU15=100, 2000 oder letztverfügbares Jahr**



Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

20) Beehary G, Whiteford H, Chambers D, Baingana F: Outlining the Scope for Public Sector Involvement in Mental Health, HNP Discussion Paper, The World Bank, Health Nutrition and Population, August 2002.

21) Vgl. Marusic A, Farmer A: Genetic risk factors as possible causes of the variation in European suicide rates. in: British Journal of Psychiatry 2001, 179, S. 194–196.

Psychische  
Erkrankungen  
- Ursache für  
Suizid ...





## ... und insbesondere für Suizid im Alter.

Die höchsten Suizidraten innerhalb der EU haben bei den Männern Finnland (32,9), bei den Frauen Belgien (10,7). Beide sind mehr als doppelt so hoch wie im europäischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 5). Im Zusammenhang mit Finnland fällt auf, dass Finn(inn)en ihren psychischen Gesundheitszustand als gut einschätzen (vgl. Abbildung 2) und zugleich die höchsten Suizidraten innerhalb der EU aufweisen. Einerseits dürften bei der ethnischen Gruppe der Finn(inn)en und Ungar(inn)en genetische Faktoren (suizidale Verhaltenszüge in frühen Entwicklungsstufen der Bevölkerungsgruppe) eine Rolle spielen<sup>22</sup>. Andererseits könnte ein Grund für die hohen Suizidraten auch mangelndes Selbsteingeständnis eines psychischen Problems und infolge dessen eine relativ geringe Inanspruchnahme einer (fach-)ärztlichen Hilfe sein.

Dramatische Selbstmordraten weisen die baltischen Staaten Litauen, Lettland, Estland sowie die Slowakei und Ungarn auf, während die anderen Beitrittskandidaten zwischen oberem und mittlerem Drittel der EU rangieren. In Litauen sterben mehr als vier mal so viele Menschen durch Selbstmord wie im europäischen Durchschnitt. Im Zusammenbruch der kommunistischen Systeme und der damit verbundenen, zum Teil anhaltend tristen wirtschaftlichen Situation dieser Länder liegen mögliche Gründe der hohen Selbstmordraten.

In Österreich liegen die Raten im Vergleich zu den anderen EU-Staaten im Spitzenfeld, bei beiden Geschlechtern an dritter Stelle. Bei Betrachtung der Suizidraten der letzten zwei Jahrzehnte zeigt sich, dass es in Österreich ab dem „Spitzenjahr“ 1986 (26,7) mit Ausnahme der Jahre 1994/95/96 zu einem stetigen Rückgang der Raten gekommen ist. Der Anstieg der Raten insbesondere in den Jahren 1994 und 1995 ist vornehmlich auf das starke Ansteigen der Selbstmorde bei Männern zurück zu führen. Der Rückgang der Raten im EU-15-Durchschnitt erfolgte in der letzten Dekade kontinuierlich und auf deutlich geringerem Niveau.

## ... und insbesondere für Suizid im Alter.

Mit Ausnahme von Irland liegen die Suizidraten der über 65-Jährigen im Jahre 2000 sowohl bei Männern als auch bei Frauen deutlich über jenen der unter 65-Jährigen (vgl. Anhangstabellen A1-A4). Die natürliche Reduktion des Bekanntenkreises und die damit verbundene kontinuierliche Einschränkung des sozialen Netzes (der sozialen Aktivitäten) bzw. die Umstellung auf den Ruhestand und eine damit oft einhergehende depressive Verstimmung werden als Gründe für das hohe suizidale Verhalten im Alter genannt<sup>23</sup>. Suizidprävention bei der älteren Generation wird somit in Zukunft im Kontext der demographischen Belastung eine gesundheitspolitische Herausforderung darstellen.

In Österreich ist die Suizidrate der über 65-jährigen Männer fast drei mal so hoch wie jene der unter 65-jährigen. Bei den Männern ist dieser Generationenunterschied nur in Italien, Spanien und insbesondere in Portugal noch deutlicher ausgeprägt. Österreich verzeichnet im Jahr 2000 bei den über 65-Jährigen innerhalb der EU15 mit einer Rate von 66,9 bei den Männern bzw. 19,4 bei den Frauen die höchste Mortalität. Nationale Berechnungen zeigen, dass bei den Hochbetagten die Suizidraten nochmals rapide ansteigen<sup>24</sup>. Unter Berücksichtigung der Beitrittskandidaten nimmt Österreich bei den über 65-jährigen Männern hinter Slowenien, Ungarn, Lettland und Litauen sogar den fünften Rang ein.

Die durchschnittlichen Suizidraten der Beitrittsländer liegen bei den über 65-Jährigen rund 50–60 Prozent über dem EU-Durchschnitt. Bei der jüngeren Generation zeigt sich ein deutlicher Geschlechterunterschied. Im Durchschnitt begehen doppelt so viele unter 65-jährige Männer aus den Beitrittsländern Selbstmord wie im EU-Durchschnitt. Bei den Frauen ist der Unterschied deutlich geringer (+23 Prozent im Jahr 2000).

22) Marusic A, Farmer A (2001), op.cit.

23) Pfersmann V: Wenn alte Menschen Schluss machen, *Ärzte-Woche* 2003, Nr. 15.

24) Vgl. Gesundheitsbericht Wien 2000.





## Schwerpunktthema: Versorgung mit Antidepressiva

In Österreich stiegen in den letzten Jahren die Ausgaben für Psychopharmaka beträchtlich, insbesondere für Antidepressiva (AD). Über die epidemiologische Situation bezüglich psychischer Krankheiten liegt jedoch nur spärliche Information vor. Vor diesem Hintergrund ist es für die soziale Krankenversicherung gesundheitspolitisch relevant, sich mit der Verschreibung von Antidepressiva in Österreich und ihrer Verbreitung nach Bevölkerungsgruppen auseinander zu setzen. Das vorliegende Schwerpunktthema versucht zu beantworten, wie sich Versicherte mit Antidepressiva-Verordnungen nach sozioökonomischen Merkmalen von anderen Versicherten unterscheiden. Dazu werden Daten der Gebietskrankenkasse Oberösterreich über den Bezug von Antidepressiva auf Verschreibung von niedergelassenen Ärzt(inn)en für Allgemeinmedizin ausgewertet<sup>25)</sup>.

### Österreichweit steigt der Verbrauch von Psychopharmaka...

Im Jahr 1999 verordneten niedergelassene Ärzte/Ärztinnen in Österreich insgesamt rund 6,2 Mio. Psychopharmakapackungen. Die größte Gruppe davon waren Antidepressiva mit rund 45 Prozent, gefolgt von den Tranquillizern mit etwas unter 30 Prozent und den Neuroleptika mit rund 15 Prozent. Im Zeitablauf zeigt sich ein klarer Trend zur Zunahme der Verschreibungen, wobei die jährlichen Zuwachsraten selbst auch steigen, und zwar von rund sechs Prozent (1995/96) auf rund neun Prozent (1998/99)<sup>26)</sup>.

Nach Medikamentengruppen zeigt sich beim Verbrauch von Antidepressiva ein weit über dem Durchschnitt liegendes jährliches Wachstum. Seit 1995 lagen die jährlichen Zuwachsraten meist um die 13 bis 14 Prozent. Zwischen 1991 und 2000 hat sich der Packungsabsatz von Antidepressiva am Apothekenmarkt sogar vervierfacht, während der Absatz beispielsweise von Tranquillizern annähernd konstant geblieben ist<sup>27)</sup>.

Der steigende Verbrauch an Psychopharmaka schlägt sich auch in steigenden Ausgaben für die Krankenkassen nieder. Die Aufwandsdynamik liegt bei Psychopharmaka mit fast acht Prozent Steigerung über der allgemeinen Kostenentwicklung der Heilmittel mit 5,7 Prozent Steigerung von 2000 auf 2001. Im Jahr 2001 rangierten Psychopharmaka in Österreich mit 150 Mio. Euro oder 8,8 Prozent der gesamten Heilmittelkosten nach Antihypertensiva und Gefäßtherapeutika auf Platz drei der kostenintensivsten Indikationsgruppen laut Heilmittelverzeichnis der österreichischen Sozialversicherungsträger. Die Kosten für Antidepressiva betragen dabei rund 80 Mio. Euro oder rund die Hälfte der Ausgaben für Psychopharmaka<sup>28)</sup>. Zwischen 1995 und 2002 haben sich die Ausgaben für Antidepressiva mehr als verdoppelt<sup>29)</sup>.

Innerhalb der Gruppe der Antidepressiva scheint in Österreich eine untypische Verteilung nach Substanzgruppen vorzuherrschen. In Deutschland beispielsweise entsprach die Zahl der klassischen Antidepressiva rund dem Doppelten jener der SSRIs (Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer). In Österreich hingegen wurde praktisch das umgekehrte Verordnungsmuster festgestellt. Bereits 1997 wurden mehr als doppelt so viele Packungen SSRIs wie klassische Antidepressiva verordnet. Bis 2001 verdoppelte sich die Zahl der verordneten SSRI-Packungen beinahe und erreichte somit den vierfachen Wert der klassischen Antidepressiva. Da SSRIs pro Packung rund das Dreifache der klassischen Antidepressiva kosten, impliziert diese Entwicklung einen zusätzlichen Ausgabendruck, dessen pharmakologische Begründbarkeit als überprüfenswert eingestuft wurde<sup>30)</sup>.

25) Die Langfassung dieser Untersuchung ist nachzulesen in *Riedel M, Hofmarcher MM: Ordnungsvarianz und Outcome der Antidepressiva-Versorgung in Oberösterreich*. in: Bencic W (Hg.): Versorgung mit Antidepressiva, Gesundheitswissenschaften Band 23, Linz 2003.

26) *Katschnig H, Ladinszer E, Scherer M, Sonneck G, Wancata J: Österreichischer Psychotherapiebericht 2001, Teil 1, Daten zur psychiatrischen und psychosozialen Versorgung der österreichischen Bevölkerung*, Wien 2001, S. 92f.

27) *Katschnig et al.* 2001, op. cit., S. 98.

28) *Fischer J, Möller B, Pongatsch M, Reichardt B, Stitz M, Sokol M: Versorgungsforschung im Rahmen der österreichischen Sozialversicherungsträger: Compliance und Therapiekontinuität bei Antidepressiva*. in: Bencic W (Hg.): Versorgung mit Antidepressiva, Gesundheitswissenschaften Band 23, Linz 2003.

29) *Mental Health in Austria*, op. cit.

30) *Glaeske G: Arzneimittelversorgungsforschung: Basis für mehr Transparenz, Qualität und Patientenschutz – Ordnungsdaten der ÖÖGKK zu Antidepressiva*. in: *Bencic W (Hg.)*, Versorgung mit Antidepressiva, Gesundheitswissenschaften Band 23, Linz 2003.

Österreichweit steigt der Verbrauch von Psychopharmaka ...





In Österreich werden bereits doppelt so viele Antidepressiva von Allgemeinmedizinern verschrieben wie von Fachärzt(inn)en für Psychiatrie und Neurologie; der Anteil anderer Fachärzte/Fachärztinnen an der gesamten Verschreibung von Antidepressiva ist vergleichsweise gering. Zudem weisen die Verschreibungen bei Allgemeinmediziner(inne)n höhere Wachstumsraten auf als jene bei Fachärzt(inn)en für Psychiatrie und Neurologie: 1991 verordneten die Allgemeinmediziner(innen) insgesamt noch um ein gutes Drittel mehr Antidepressiva als Psychiater(innen) und Neurolog(innen), im Jahr 2000 bereits doppelt soviel wie diese Fachärzte/Fachärztinnen, die ihre Verordnungen wiederum im selben Zeitraum um mehr als die Hälfte steigerten<sup>31)</sup>.

## ... allerdings gibt es keine ausreichende Information über die Erkrankungshäufigkeit.

Außer einer Erhebung aus dem Jahr 1991 liegen für Österreich laut Katschnig et al. (2001) keine epidemiologischen Studien zu psychischen Krankheiten vor; damit fehlen insbesondere auch darüber umfassende Informationen, ob oder wie stark die Belastung durch psychische Erkrankungen in den letzten Jahren zugenommen hat. Auch die Spitalsentlassungsstatistik deutet darauf hin, dass die Anzahl von Spitalsaufenthalten aufgrund psychiatrischer Krankheiten im letzten Jahrzehnt geringfügig stärker zugenommen hat als der Durchschnitt aller Diagnosen, dass ihre durchschnittliche Dauer aber vergleichsweise stärker abgenommen hat. Für psychiatrische Krankheiten ohne Spitalsaufenthalt besteht keine regelmäßige, systematische Datenerfassung, die über die Aufzeichnungen im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeit hinausginge.

## Wer bekommt Antidepressiva?

88.108 Versicherte der GKK Oberösterreich haben in den Jahren 2000 oder 2001 mindestens eine Packung eines Antidepressivums bezogen, das entspricht sieben Prozent aller GKK-Versicherten in Oberösterreich<sup>32)</sup>. Von diesen Personen liegen bei vier Prozent oder 3.716 Personen keine vollständigen Informationen vor, sodass sich weitere personenbezogenen Auswertungen auf die verbleibenden 96 Prozent der Bezieher(innen) von Antidepressiva beschränken. 4.496 Personen oder 5,3 Prozent aller Bezieher(innen) von Antidepressiva verzeichneten innerhalb dieser zwei Jahre einen Aufenthalt in einer Krankenanstalt, der mit einer Entlassungsdiagnose Depression verbunden war. Bei 16 Prozent aller Arbeiter(innen), Angestellten und Arbeitslosen<sup>33)</sup>, die in diesen zwei Jahren Antidepressiva bezogen haben, liegt eine Diagnose Depression im Zuge einer Arbeitsunfähigkeit vor; das entspricht 4.967 Personen.

## Die Depression ist weiblich, ...

Depressionen gelten als eine Krankheit, von der mehr Frauen als Männer betroffen sind. Diese Einschätzung wird auch durch die vorliegende Auswertung unterstützt. Von allen Versicherten der GKK Oberösterreich, die in den Jahren 2000 oder 2001 Antidepressiva verordnet bekommen haben, waren 70 Prozent Frauen, im gesamten Versichertenbestand hingegen beträgt der Frauenanteil 52 Prozent. Im Durchschnitt über den gesamten Versichertenbestand bezogen fünf Prozent aller Männer, aber zehn Prozent aller Frauen zumindest einmal innerhalb des Beobachtungszeitraums ein Antidepressivum.

Zudem wurde gezeigt, dass die Verordnungsmenge von Antidepressiva bei Frauen stärker steigt als bei Männern, so wurden bei praktisch konstanter Versichertenzahl und -struktur im Zeitraum 1997 – 2001 die Verordnungen für Frauen um 61,3 Prozent, jene für Männer „lediglich“ um 47,6 Prozent gesteigert<sup>34)</sup>.

31) Katschnig et al. 2001, op cit S. 99.

32) Zu den hier verwendeten Daten und methodischen Abgrenzungen vergleiche: Riedel M, Hofmarcher MM, op.cit.

33) Bei im Zeitablauf veränderlichen Merkmalen wie der Einstufung als arbeitslos, Arbeiter(in), Angestellte(r) etc. wurde als „Stichtag“ das letzte Quartal des Beobachtungszeitraums gewählt.

34) Glaeske 2003, op. cit. S. 23.

... allerdings gibt es keine ausreichende Information über die Erkrankungshäufigkeit.

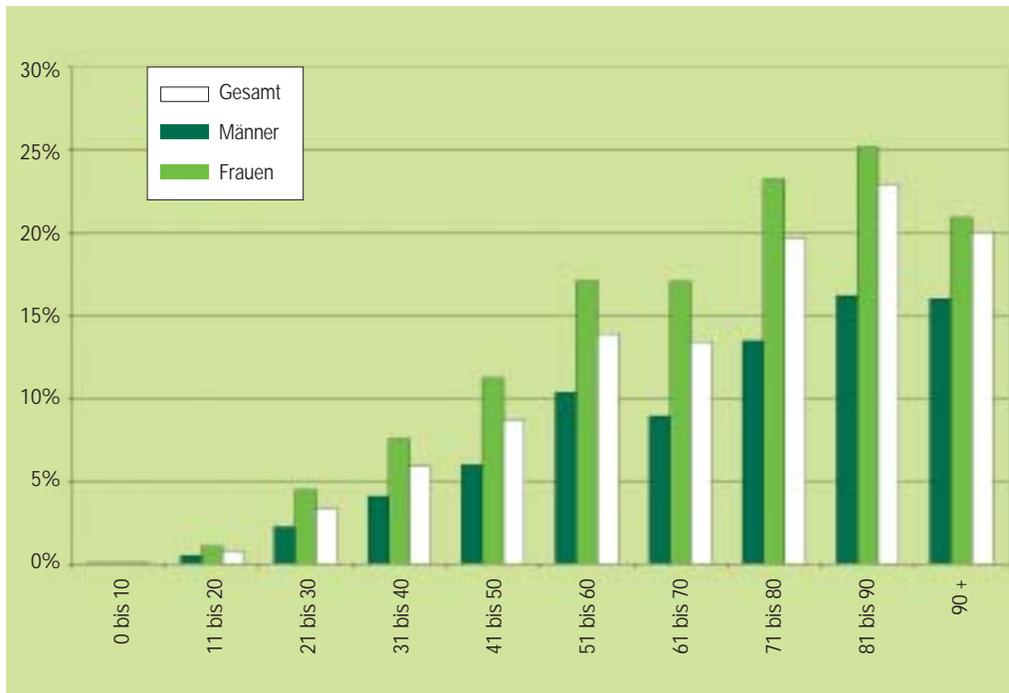
Wer bekommt Antidepressiva?

Die Depression ist weiblich, ...





**Abbildung 6: Bezieher(innen) von Antidepressiva in Prozent der Versicherten ihrer Altersgruppe**



Quelle: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Der höhere Frauenanteil beim Bezug von Antidepressiva kann nicht alleine durch die höhere Anzahl älterer Frauen erklärt werden: In etlichen Altersgruppen ist bei Frauen der Anteil mit AD-Bezug am gesamten Versichertenbestand weit höher als der entsprechende Anteil in der männlichen Altersgruppe (siehe Abbildung 6). Am häufigsten ist der Bezug von Antidepressiva bei Frauen der Altersgruppe 81 bis 90; jede vierte Frau dieser Altersstufe bezog im Beobachtungszeitraum zumindest zeitweise ein Antidepressivum. Das Altersgefälle lässt sich anhand der 71-Jährigen und Älteren recht plastisch darstellen: In diese Altersgruppe fallen weniger als ein Zehntel aller Versicherten, aber mehr als ein Viertel aller Bezieher(innen) von Antidepressiva. Bei Männern (20 Prozent) ist dieser Bevölkerungsanteil aufgrund ihrer niedrigeren Lebenserwartung deutlich niedriger als bei Frauen (30 Prozent).

### ... häufiger in höherem Alter ...

In der Regel steigt der Anteil von Versicherten, die Antidepressiva beziehen, in Oberösterreich mit zunehmendem Alter. Bezogen auf 10-jährige Altersgruppen stellen hier lediglich Männer der Altersgruppe 61 bis 70 und über 90-jährige Frauen Ausnahmen dar. Vor dem 20. Lebensjahr werden weniger als einem Prozent der (Mit-)Versicherten Antidepressiva verordnet, darunter hauptsächlich Mädchen. Wie bei Erwachsenen ist jedoch auch bei Kindern nicht auszuschließen, dass ein beträchtlicher Anteil der Depressionserkrankungen nicht erkannt wird; bei Kindern kommt jedoch noch erschwerend hinzu, dass Untersuchungen über die Wirksamkeit von entsprechenden medikamentösen oder nichtmedikamentösen Therapien weit seltener sind als für die Therapie bei Erwachsenen<sup>35</sup>. Auch bei älteren Menschen ist die Notwendigkeit der Verordnung von Antidepressiva jedoch sorgfältig zu analysieren, da ihre Einnahme die Geh- und Konzentrationsfähigkeit einschränken und die Sturzneigung erhöhen kann<sup>36</sup>.

Bezogen auf die Gesamtzahl von Depressionspatient(inn)en, betrifft Depression jedoch keineswegs hauptsächlich ältere Menschen. Allein auf die Altersgruppe 51 bis 60 entfallen 22 Prozent aller männlichen und 18 Prozent aller weiblichen AD-Bezieher(innen). Damit finden sich in dieser Alters-

... häufiger  
in höherem  
Alter ...

35) Für einen Überblick vgl. *Hazell P.* Depression in children may go unnoticed and untreated. in: *British Medical Journal* 2002, 325, S. 229 – 230.  
36) *Glaeske* 2003, op. cit. S. 24.





gruppe mehr Personen als in jeder anderen. Interessant ist auch, dass Männer der jüngeren Altersgruppen häufiger Antidepressiva beziehen als Frauen.

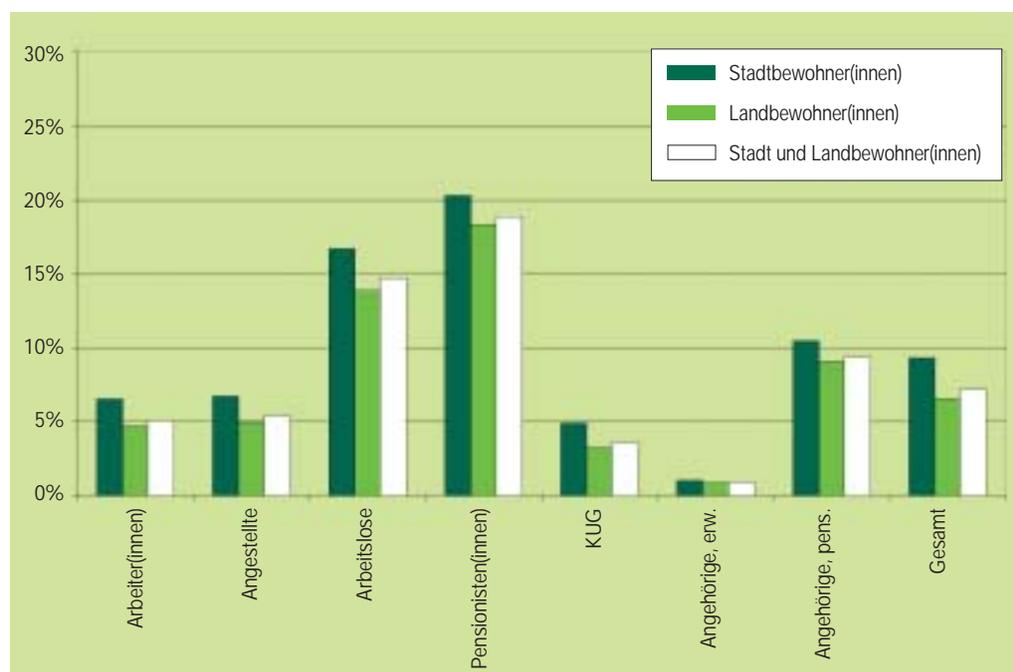
## ... und oft von längerer Dauer.

22.550 Personen oder 27 Prozent der AD-Patient(inn)en aller Altersstufen haben im Beobachtungszeitraum genau eine einzige Packung verordnet bekommen; bei Männern (30 Prozent) ist dieser Anteil höher als bei Frauen (25 Prozent). Je jünger die Bezieher(innen) von Antidepressiva sind, umso unwahrscheinlicher ist es, dass der Medikamentenkonsum sich über einen längeren Zeitraum erstreckt: Der Anteil jener Versicherten, die nur genau eine Packung innerhalb der beobachteten acht Quartale bezogen haben, nimmt mit zunehmendem Alter stetig ab, dies gilt gleichermaßen für Männer wie für Frauen, und trifft sogar auf die sehr kleine Gruppe von Kindern zu, denen bereits Antidepressiva verordnet wurden. In einer anderen Untersuchung wurde gezeigt, dass fast jede(r) zweite Patient(in) die Therapie mit Antidepressiva nach der ersten Packung ab Neueinstellung abbricht, und nur jede(r) vierte Patient(in) genau eine zweite Packung seines Einstellpräparates noch einmal rezeptiert erhält<sup>37)</sup>. Gemessen an der idealen, längeren Therapiedauer ist der Anteil der Therapieabbrüche bedauerlich hoch, wenn auch über die konkreten Gründe für den Abbruch keine Aussage aus den administrativ erhobenen Daten gewonnen werden kann.

## Städter(innen) nehmen häufiger Antidepressiva ...

Beim Bezug von Antidepressiva kann ein Stadt-Land-Gefälle ausgemacht werden: Der Anteil von AD-Bezieher(inne)n ist in der Stadt mit 9,3 Prozent höher als bei der Landbevölkerung mit 6,6 Prozent und zieht sich auch quer durch die meisten Versichertengruppen (siehe Abbildung 7). Als Stadtbewohner(innen) wurden Personen mit Wohnsitz in Linz, Wels oder Steyr klassifiziert, das entspricht 22 Prozent aller Versicherten. Diese Klassifizierung der Städte erscheint eher großzügig denn restriktiv, wenn die Stadt/Land-Unterscheidung auch unterschiedliche Morbiditäts- und Verhaltensmuster zwischen Stadt- und Landbevölkerung abbilden soll. Offenbar reicht diese Klassifizierung aber bereits aus, um den weiter verbreiteten Bezug von Antidepressiva in urbaner Umgebung herauszuarbeiten.

Abbildung 7: Bezieher(innen) von Antidepressiva nach Wohnsitz (Stadt, Land) in Prozent aller Versicherten derselben Versichertenkategorie



Quelle: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

37) Fischer et al. 2003, op. cit. S. 85.

... und oft von längerer Dauer.

Städter(innen) nehmen häufiger Antidepressiva ...





Ob der weiter verbreitete Bezug durch unterschiedliches Nachfrageverhalten, durch bessere oder dichtere Versorgungsstrukturen oder durch höhere Risikofaktoren wie städtische Lärmbelastigung verursacht wird, kann im Rahmen der vorliegenden Arbeit freilich nicht beantwortet werden. Gerade weil die Stadt/Land-Differenz sich durch alle Versichertengruppen und damit vermutlich durch verschiedene „Nachfragertypen“ zieht, ist es nicht unplausibel, dass angebotsseitige Faktoren diese Unterschiede mit bestimmen.

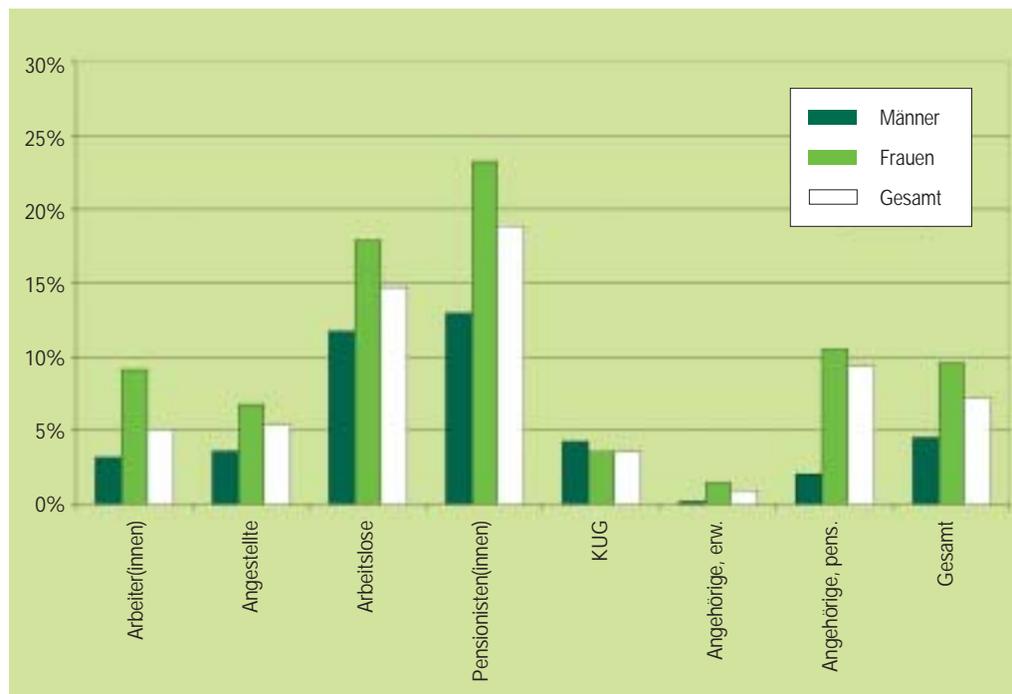
## ... und der Verbrauch von Antidepressiva hängt ebenso von der beruflichen Stellung ab ...

Für 81.269 Personen, die in den Jahren 2000 oder 2001 ein Antidepressivum bezogen haben, liegen Informationen über ihre Versichertenkategorie vor. Die Abbildungen 7 und 8 stellen den Bezug von Antidepressiva nach den Gruppen Arbeiter(innen), Angestellte, Arbeitslose, Pensionist(inn)en, Karenzgeldbezieher(innen) (KUG) sowie Angehörige dar. Die Prozentwerte beziehen sich jeweils auf den gesamten Versichertenbestand derselben Kategorie.

Aufgrund des Alterseffektes ist es wenig überraschend, dass der Bezug von Antidepressiva bei Personen im Ruhestand mit 19 Prozent am höchsten ist, das entspricht mehr als dem Zweieinhalbfachen des Durchschnitts. Unter den weiblichen Angehörigen von Pensionisten hingegen, die zumeist einer ähnlichen Altersgruppe angehören dürften, ist der Antidepressiva-Bezug kaum höher als im Durchschnitt des gesamten Versichertenbestands, bei männlichen Angehörigen sogar deutlich niedriger.

Arbeiter(inne)n werden geringfügig häufiger Antidepressiva verschrieben als Angestellten, die Unterschiede sind jedoch nicht groß.

**Abbildung 8: Bezieher(innen) von Antidepressiva in Prozent aller Versicherten der selben Versichertenkategorie**



Quelle: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Ein überdurchschnittlich hoher Anteil von AD-Patient(inn)en findet sich in der Gruppe der Arbeitslosen. Einzig Pensionist(inn)en verzeichnen höhere Anteile von AD-Bezieher(inne)n als diese, selbst bei den Angehörigen von Pensionist(inn)en beziehen weit weniger Menschen Antidepressiva als bei Arbeitslosen. Dies ist bemerkenswert, da die Operationalisierung der Versichertenkategorien im vorliegenden Datensatz durchaus diskussionswürdig ist: Die Einstufung wurde anhand des Versichertenstatus im letzten der acht beobachteten Quartale vorgenommen, muss also nicht mit dem Zeitpunkt des AD-Bezugs zusammenfallen. Dies unterstreicht die Stärke dieses Zusammenhangs.

...und der Verbrauch von Antidepressiva hängt ebenso von der beruflichen Stellung ab ...



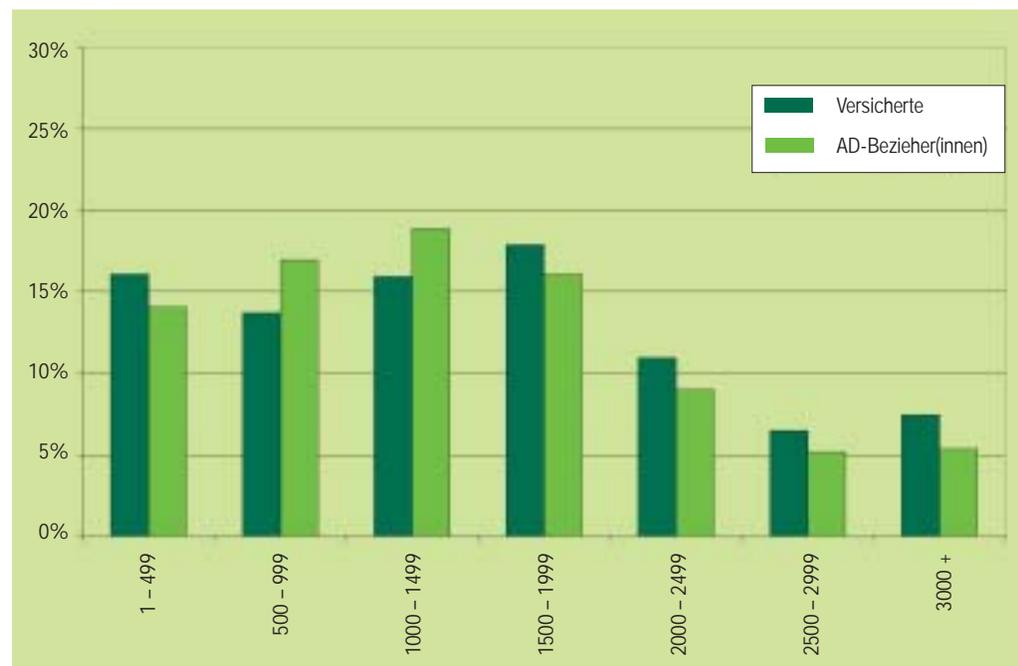


Bei Betrachtung der typischen „Karrieren“ von arbeitslosen Menschen einerseits und Depressionskranken andererseits stellt sich diese Datenfrage jedoch entschärft dar: Bei beiden Phänomenen ist es nicht untypisch, dass einzelne Menschen wiederholt oder längerfristig betroffen sind. Arbeitslosigkeit und Depression müssen nicht unabhängig voneinander auftreten, wenn auch die Richtung einer kausalen Beziehung a priori nicht klar ist: Depression als Folge von drohender oder wiederholter Arbeitslosigkeit, oder wiederholte Arbeitslosigkeit aufgrund einer länger dauernden Depression. Bei Angehörigen von Arbeiter(inne)n, Angestellten, Arbeitslosen und Karenzgeldbezieher(inne)n sind kaum Unterschiede festzustellen, diese Gruppen wurden daher zusammengefasst. Generell beziehen nur sehr wenige dieser Angehörigen Antidepressiva, ihr Anteil beläuft sich auf ein Prozent aller in der GKK Oberösterreich versicherten Angehörigen. Die geringe Häufigkeit von Antidepressiva-Verordnungen bei Angehörigen dürfte mit dem hohen Anteil von Kindern und Jugendlichen zusammenhängen.

## ... und vom Einkommen ab.

Für Arbeiter(innen) und Angestellte liegen Informationen über die Höhe des Einkommens<sup>38)</sup> vor. Die zweit- und die drittniedrigste Einkommensgruppe weisen höhere Anteile an Versicherten mit AD-Bezug auf (vgl. Abbildung 9). In der niedrigsten Einkommensgruppe finden sich allerdings auch sehr viele jüngere Menschen, bei denen der Bezug von Antidepressiva generell eher niedrig ist. Das in Oberösterreich vorliegende Einkommensgefälle bei der Betroffenheit durch Depression steht im Einklang mit internationalen Befunden, nach denen die Prävalenz von Depressionen eine starke sozioökonomische Komponente hat.

**Abbildung 9: Prozentverteilung der Bezieher(innen) von Antidepressiva und aller Versicherten nach Einkommen in EURO pro Monat (Arbeiter(innen) und Angestellte)**



Quelle: Oberösterreichische Gebietskrankenkasse, IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Das oben dargestellte Gefälle Arbeitslose – Arbeiter(innen) – Angestellte kann gemeinsam mit den Ergebnissen über den Antidepressiva-Bezug nach Einkommensgruppen derart zusammengefasst werden, dass in Österreich ein sozialer Gradient nicht nur bei physischen Beschwerden, sondern auch bei psychischen Beschwerden besteht<sup>39)</sup>. Diese Schlussfolgerung ist freilich nur dann gültig, wenn wir unterstellen, dass der Bezug von Antidepressiva ein valider Indikator für das Vorhandensein von Depressionen ist.

38) Vorjahreseinkommen (= Brutto- plus Sonderzahlungen) dividiert durch 14.

39) Vgl. Health System Watch III/2003, Schwerpunktteil: Diagnose Armut?, www.ihs.ac.at

... und vom Einkommen ab.





Tabelle A 1

	Standardisierte Suizidrate der unter 65-jährigen Männer, pro 100.000								Index EU15=100						
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Österreich	27,6	27,4	26,6	23,6	23,7	22,5	22,9	21,3	177	177	177	158	165	166	163
Belgien	21,0	26,6	25,0	26,5	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	135	171	167	177	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	27,2	19,7	19,7	16,5	17,5	17,9	n.v.	n.v.	175	127	132	111	123	132	n.v.
Deutschland	19,4	18,1	17,2	17,4	16,8	15,7	15,6	n.v.	124	117	115	117	118	116	111
Finnland	45,8	40,6	35,5	39,1	34,9	35,5	32,5	34,7	294	261	237	262	244	262	231
Frankreich	24,1	24,5	23,6	23,1	22,2	21,0	n.v.	n.v.	155	158	158	154	155	155	n.v.
Griechenland	4,4	4,8	4,7	5,2	4,8	4,8	n.v.	n.v.	28	31	31	35	34	35	n.v.
Irland	16,1	17,9	19,9	21,5	23,4	18,4	21,1	n.v.	103	115	133	144	164	135	150
Italien	7,9	8,8	9,1	9,0	8,5	7,7	7,8	n.v.	50	57	61	60	59	56	55
Luxemburg	20,5	18,2	22,4	24,6	20,0	22,9	17,9	20,0	131	117	150	165	140	169	127
Niederlande	10,7	11,5	11,8	11,7	11,2	11,2	11,2	n.v.	69	74	78	78	78	83	79
Portugal	10,4	8,6	6,6	6,6	5,9	5,1	5,1	n.v.	67	55	44	44	41	38	36
Schweden	19,7	18,6	17,2	17,0	16,9	16,4	14,5	n.v.	126	120	114	114	118	121	103
Spanien	8,3	9,2	9,5	9,7	9,3	8,7	n.v.	n.v.	53	59	64	65	65	64	n.v.
Ver. Königreich	11,8	11,1	10,4	10,4	11,3	11,3	10,9	n.v.	75	71	69	70	79	83	78
EU15*	15,6	15,5	15,0	15,0	14,3	13,6	14,1	n.v.	100	100	100	100	100	100	100
EU12*	16,0	16,2	15,7	15,8	14,8	13,9	15,5	n.v.	103	105	105	105	103	102	110
Schweiz	25,5	23,7	23,9	22,7	23,4	21,3	n.v.	n.v.	164	153	159	152	163	157	n.v.
USA	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Bulgarien	15,2	18,2	20,5	17,6	18,4	17,1	18,8	17,6	97	117	137	118	129	126	134
Estland	41,6	69,5	66,3	65,0	59,0	55,6	44,3	49,3	267	447	443	435	413	410	315
Lettland	41,3	70,2	63,8	60,7	59,8	51,1	52,3	50,5	265	452	425	406	418	377	371
Litauen	45,8	80,8	83,9	79,6	74,7	74,6	77,3	77,6	294	520	560	532	523	550	549
Malta	5,7	6,8	4,2	5,1	5,3	11,1	8,0	10,0	36	43	28	34	37	82	57
Polen	23,3	24,7	24,5	n.v.	n.v.	25,5	25,3	25,7	149	159	164	n.v.	n.v.	188	180
Rumänien	13,2	20,6	20,7	21,4	20,7	19,2	20,2	20,0	85	132	138	143	145	142	144
Slowakei	26,3	22,5	20,8	19,8	21,3	21,5	21,2	20,4	169	145	139	132	149	159	151
Slowenien	40,6	40,5	41,3	42,2	42,4	39,4	35,5	37,9	261	261	275	282	296	291	253
Tschechien	23,7	22,4	20,0	22,1	21,4	21,0	21,3	21,7	152	144	134	147	150	155	152
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	51,5	42,0	43,3	40,0	43,5	43,8	42,7	39,2	330	270	289	267	304	323	303
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	24,9	28,4	28,2	29,6	29,6	27,3	27,4	n.v.	160	183	188	198	207	202	195
MOEL10*	25,0	28,4	28,3	29,8	29,7	27,4	27,5	n.v.	160	183	189	199	208	202	195

\*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt - Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Standardisierte Suizidrate der unter 65-jährigen Männer

Tabelle A 2

	Standardisierte Suizidrate der unter 65-jährigen Frauen, pro 100.000								Index EU15=100						
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Österreich	9,6	7,7	7,4	7,1	6,8	7,2	7,5	6,9	173	153	148	145	155	163	171
Belgien	9,1	9,6	9,1	10,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	163	190	182	209	n.v.	n.v.	n.v.
Dänemark	12,8	7,9	7,6	7,4	6,6	6,1	n.v.	n.v.	231	157	153	151	149	138	n.v.
Deutschland	6,8	5,8	5,6	5,5	5,1	4,9	4,7	n.v.	122	115	112	112	115	112	107
Finnland	11,6	11,3	10,2	10,2	9,4	9,3	10,4	9,5	209	225	204	208	213	212	237
Frankreich	8,8	8,6	8,6	8,4	7,6	7,6	n.v.	n.v.	159	171	172	171	171	173	n.v.
Griechenland	1,3	1,0	0,8	0,8	1,5	1,2	n.v.	n.v.	23	19	16	16	34	27	n.v.
Irland	5,3	5,2	3,9	4,6	4,2	4,5	4,2	n.v.	96	104	78	94	95	103	96
Italien	3,0	2,7	2,9	2,7	2,5	2,4	2,5	n.v.	54	54	58	55	57	55	56
Luxemburg	8,8	7,0	8,5	9,5	5,3	8,5	6,1	6,8	159	140	171	193	121	192	139
Niederlande	6,2	5,6	5,7	5,7	5,5	5,6	5,5	n.v.	111	111	115	116	125	127	124
Portugal	3,2	3,3	2,0	2,0	1,5	1,4	1,2	n.v.	57	66	40	40	34	31	28
Schweden	9,1	7,8	7,2	7,1	6,4	7,1	6,3	n.v.	164	154	145	143	144	162	144
Spanien	2,8	2,6	3,1	3,0	2,6	2,6	n.v.	n.v.	50	52	63	60	58	59	n.v.
Ver. Königreich	3,2	2,8	2,9	2,9	2,9	2,9	3,0	n.v.	58	55	58	58	66	66	69
EU15*	5,5	5,0	5,0	4,9	4,4	4,4	4,4	n.v.	100	100	100	100	100	100	100
EU12*	5,8	5,3	5,3	5,2	4,6	4,6	4,9	n.v.	104	106	106	106	105	104	112
Schweiz	10,0	8,7	9,3	7,5	7,4	7,2	n.v.	n.v.	180	172	186	153	168	163	n.v.
USA	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Bulgarien	5,2	5,5	6,0	6,6	5,8	5,0	5,3	5,1	93	109	120	133	131	113	120
Estland	10,7	13,1	10,9	9,0	8,8	8,8	8,2	7,4	192	261	219	184	200	201	187
Lettland	7,3	12,0	11,3	10,4	10,5	9,8	8,1	7,6	132	239	228	211	238	223	186
Litauen	8,1	13,3	14,3	12,5	11,7	11,1	13,7	12,6	145	264	287	255	266	252	313
Malta	0,0	3,6	0,6	2,7	0,6	1,9	3,5	2,9	0	71	12	54	13	42	81
Polen	4,4	4,4	4,3	n.v.	n.v.	4,0	4,4	3,9	78	87	86	n.v.	n.v.	90	101
Rumänien	4,0	4,1	3,6	3,6	3,8	3,6	3,6	3,0	72	82	72	74	85	81	82
Slowakei	5,2	4,2	3,5	3,2	2,7	3,2	4,3	3,5	94	83	71	66	61	72	98
Slowenien	9,9	10,1	11,8	9,4	10,7	11,5	11,5	8,5	178	201	237	192	242	261	261
Tschechien	7,2	5,9	4,6	5,0	4,7	4,3	4,8	4,5	130	116	92	102	105	98	110
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Ungarn	14,7	11,0	10,3	9,5	9,6	9,5	9,3	8,6	265	219	208	193	218	216	212
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.
Beitritt13*	6,0	5,9	5,6	6,1	5,9	5,1	5,4	n.v.	109	117	112	124	134	115	123
MOEL10*	6,1	5,9	5,6	6,1	6,0	5,1	5,4	n.v.	109	118	112	124	135	115	123

\*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt - Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

Standardisierte Suizidrate der unter 65-jährigen Frauen





## Standardisierte Suizidrate der über 65-jährigen Männer

Tabelle A 3

	Standardisierte Suizidrate der über 65-jährigen Männer, pro 100.000									Index EU15=100							
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001		1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Österreich	84,3	77,1	85,5	69,0	71,3	66,2	66,9	61,0		197	199	238	192	205	199	216	
Belgien	64,8	56,2	51,3	54,7	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.		151	145	143	152	n.v.	n.v.	n.v.	
Dänemark	58,4	48,7	48,8	49,6	36,1	38,8	n.v.	n.v.		136	126	136	138	104	117	n.v.	
Deutschland	57,7	51,9	46,9	46,5	45,6	42,7	43,0	n.v.		135	134	131	129	131	128	139	
Finnland	65,1	51,6	49,1	46,3	52,0	44,2	36,8	37,4		152	133	137	129	150	133	119	
Frankreich	69,4	63,7	57,3	57,0	56,3	54,9	n.v.	n.v.		162	164	159	158	162	165	n.v.	
Griechenland	11,0	11,3	9,5	9,5	11,2	8,6	n.v.	n.v.		26	29	26	26	32	26	n.v.	
Irland	16,0	22,6	15,6	14,1	20,1	18,0	11,5	n.v.		37	58	43	39	58	54	37	
Italien	33,9	29,8	27,5	29,4	29,8	26,1	23,9	n.v.		79	77	77	82	86	78	77	
Luxemburg	56,3	47,1	45,9	59,7	41,1	35,0	50,5	49,1		131	122	128	166	118	105	163	
Niederlande	22,9	21,0	22,9	23,4	21,6	22,3	20,5	n.v.		53	54	64	65	62	67	66	
Portugal	39,7	38,4	36,9	33,8	27,5	32,5	31,1	n.v.		93	99	103	94	79	98	101	
Schweden	45,4	34,3	31,9	30,2	33,9	34,0	35,0	n.v.		106	89	89	84	97	102	113	
Spanien	33,9	32,7	31,5	32,4	31,9	31,3	n.v.	n.v.		79	84	88	90	92	94	n.v.	
Ver. Königreich	16,1	13,2	12,0	12,5	11,2	12,1	12,3	n.v.		38	34	33	35	32	36	40	
EU15*	42,9	38,7	35,9	36,0	34,7	33,3	30,9	n.v.		100	100	100	100	100	100	100	
EU12*	48,4	43,9	40,7	40,6	39,6	37,5	40,0	n.v.		113	113	113	113	114	113	129	
Schweiz	65,7	64,1	59,2	54,2	58,7	54,0	n.v.	n.v.		153	166	165	151	169	162	n.v.	
USA	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.		n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	
Bulgarien	67,0	67,7	73,0	71,4	80,7	67,8	62,5	61,9		156	175	203	198	232	204	202	
Estland	72,6	97,4	105,5	99,6	98,3	96,8	59,6	54,3		169	252	294	277	283	291	193	
Lettland	84,6	103,7	95,3	93,7	78,0	78,9	94,5	64,3		197	268	265	261	225	237	306	
Litauen	66,9	117,9	88,3	89,9	97,6	92,1	88,2	94,6		156	304	246	250	281	277	285	
Malta	0,0	0,0	10,2	15,2	10,6	17,7	16,6	25,0		0	0	28	42	31	53	54	
Polen	27,5	32,3	31,1	n.v.	n.v.	31,8	31,7	31,5		64	83	87	n.v.	n.v.	95	102	
Rumänien	23,5	26,9	32,5	29,3	30,7	33,2	30,6	27,7		55	70	90	81	88	100	99	
Slowakei	47,7	48,8	41,1	35,6	35,0	40,2	40,1	40,1		111	126	114	99	101	121	130	
Slowenien	92,3	84,1	99,4	97,8	96,2	95,7	109,0	104,0		215	217	277	272	277	288	353	
Tschechien	86,9	53,0	56,7	56,5	51,3	57,4	53,8	51,4		203	137	158	157	148	172	174	
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.		n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	
Ungarn	140,7	115,8	112,4	115,9	97,8	111,2	101,2	96,7		328	299	313	322	282	334	327	
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.		n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	
Beitritt13*	55,4	52,7	53,0	62,1	60,1	52,1	49,3	n.v.		129	136	148	173	173	156	160	
MOEL10*	55,6	52,9	53,2	62,4	60,3	52,2	49,5	n.v.		130	137	148	173	174	157	160	

\*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt – Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003; IHS HealthEcon Berechnungen 2003.

## Standardisierte Suizidrate der über 65-jährigen Frauen

Tabelle A 4

	Standardisierte Suizidrate der über 65-jährigen Frauen, pro 100.000									Index EU15=100							
	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001		1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	
Österreich	27,4	22,0	21,1	19,9	16,6	20,6	19,4	17,4		182	178	183	185	169	206	203	
Belgien	22,2	18,1	15,1	14,3	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.		147	147	131	133	n.v.	n.v.	n.v.	
Dänemark	30,8	24,1	17,2	17,3	12,5	12,1	n.v.	n.v.		204	195	149	161	128	121	n.v.	
Deutschland	23,1	17,6	16,6	15,5	13,4	13,6	13,1	n.v.		153	143	144	144	137	136	137	
Finnland	14,1	11,8	11,1	10,4	11,3	8,4	11,1	9,4		93	96	96	97	115	84	116	
Frankreich	21,2	19,3	16,6	15,7	14,7	15,7	n.v.	n.v.		140	156	144	146	150	157	n.v.	
Griechenland	2,6	1,9	2,6	2,0	1,8	3,0	n.v.	n.v.		17	15	22	18	18	30	n.v.	
Irland	5,2	2,6	1,2	8,6	2,6	4,3	4,1	n.v.		35	21	10	80	27	43	42	
Italien	8,3	7,7	8,1	7,3	6,5	6,0	6,2	n.v.		55	62	70	68	66	60	65	
Luxemburg	16,9	15,7	10,8	8,5	15,4	15,9	10,5	27,1		112	127	93	79	157	159	110	
Niederlande	11,5	10,4	11,2	10,2	10,1	8,5	8,5	n.v.		77	84	97	95	103	85	89	
Portugal	11,1	8,7	8,3	6,3	7,9	8,3	5,2	n.v.		73	71	72	58	81	83	54	
Schweden	14,5	13,4	11,9	8,7	12,2	10,0	10,0	n.v.		96	109	103	81	124	99	105	
Spanien	10,5	8,3	9,0	8,7	8,3	9,1	n.v.	n.v.		70	67	78	81	84	91	n.v.	
Ver. Königreich	6,2	4,8	4,3	4,0	4,4	4,6	3,7	n.v.		41	38	37	37	45	46	39	
EU15*	15,1	12,3	11,5	10,8	9,8	10,0	9,6	n.v.		100	100	100	100	100	100	100	
EU12*	16,6	13,6	12,8	12,0	10,7	11,0	12,2	n.v.		110	110	111	111	109	110	127	
Schweiz	23,4	21,5	19,2	19,3	18,5	20,3	n.v.	n.v.		155	174	166	180	189	203	n.v.	
USA	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.		n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	
Bulgarien	30,3	29,9	26,0	29,6	32,5	20,7	24,6	22,5		201	242	226	275	332	207	257	
Estland	32,9	28,2	29,7	23,8	17,4	25,2	25,5	26,5		218	228	258	221	177	251	267	
Lettland	27,8	26,9	22,4	26,1	17,9	25,7	23,9	21,1		184	218	194	243	183	256	250	
Litauen	19,3	29,1	32,5	24,9	23,6	25,2	24,9	23,8		128	235	282	232	241	251	261	
Malta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,5	0,0	7,5		0	0	0	0	0	75	0	
Polen	7,1	7,4	7,0	n.v.	n.v.	6,8	6,6	5,8		47	60	61	n.v.	n.v.	68	69	
Rumänien	10,6	7,8	8,4	7,4	6,9	8,4	8,8	8,1		71	63	73	69	70	84	92	
Slowakei	11,4	8,2	6,3	8,6	6,5	6,9	8,3	6,9		75	66	55	80	66	69	87	
Slowenien	29,3	21,4	24,1	20,6	23,2	20,0	29,0	24,6		194	173	210	191	236	200	304	
Tschechien	28,8	20,6	16,7	14,0	14,3	13,7	13,4	12,7		191	167	145	130	146	136	140	
Türkei	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.		n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	
Ungarn	51,5	39,3	44,4	38,6	32,8	33,3	36,2	28,2		341	318	385	359	335	332	379	
Zypern	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.		n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	n.v.	
Beitritt13*	19,7	16,6	16,4	19,5	18,1	13,9	14,7	n.v.		131	134	142	181	185	139	154	
MOEL10*	19,8	16,6	16,4	19,6	18,2	13,9	14,7	n.v.		131	135	142	182	186	139	154	

\*bevölkerungsgewichteter Durchschnitt – Quelle: WHO Health for all database, Juni 2003; IHS HealthEcon Berechnungen 2003

