

Psychische Erkrankungen – Konzepte und Lösungen

Wirtschaftliche Folgen psychosozialer Erkrankungen in Deutschland

PROF. DR. VOLKER ULRICH, LEHRSTUHL FÜR VOLKSWIRTSCHAFTSLEHRE III, INSB. FINANZWISSENSCHAFT,
UNIVERSITÄT BAYREUTH



Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Verschiebung der Altersstruktur kommen kosteneffektiven Ansätzen bei der Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen eine wachsende Bedeutung zu. Die Krankheitskostenrechnung illustriert die hohen volkswirtschaftlichen Kosten dieser Erkrankungen, wobei die indirekten Kosten durch Produktionsausfälle in einigen Fällen höher sind als die direkten Krankheitskosten. Im Hinblick auf die medikamentöse Versorgung der Patienten gilt es zu beachten, dass die überwiegende Zahl der Präparate auf Prinzipien beruht, die bereits in den 1950er Jahren bekannt waren. Gerade bei der Behandlung depressiver Patienten sehen Pharmakologen seit Jahren nur geringe Fortschritte. Angesichts dieser Innovationskrise rücken Versorgungsziele in den Fokus, die man mit Hilfe integrierter Konzepte umzusetzen versucht. Durch eine bessere Verzahnung an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung soll die Behandlung qualitativ besser und kosteneffektiver werden. Managed-Care-Ansätze sind insoweit aus einer ökonomischen Perspektive von besonderem Interesse.

Zur Entwicklung psychosozialer Erkrankungen

Einleitende Aspekte

Als Lehrstuhlinhaber an der Ludwig-Maximilians-Universität und Leiter der Kreisirrenanstalt in München von 1872 bis 1886 setzte der Psychiater Bernhard von Gudden Maßstäbe, die bis heute gelten. Exemplarisch belegen dies Auszüge aus der Satzung aus dem Jahr 1884:

- „Die Krankenpflege ist ein schwerer und verantwortlicher Beruf. Wer sich ihm widmen will, muss ein Herz für die Leiden seiner Mitmenschen haben und alle Vorurteile ablegen, die noch gegen Geisteskranke bestehen“.
- „Nicht große Muskelkräfte sind es, auf die es vorzugsweise bei der Pflege Geisteskranker ankommt. Eines einsichtsvollen, wohlwollenden und erfahrenen Pflegepersonals bedarf die Anstalt. Nur in seltensten Fällen wird es einem solchen nicht gelingen, aufgeregte Kranke durch geschickte Ablenkung zu beruhigen und Gewalttätigkeiten fernzuhalten.“ (http://www.klinikum.uni-muenchen.de/de/aktuelles/archiv/110525_Gudden.html).

Menschenwürde, Respekt, Selbstbestimmung und gegenseitige Achtung – noch nie wurde so intensiv über ethische Aspekte im Verhältnis von Patienten und Ärzten, moderner Medizin und staatlicher Bürokratie, Kosten und Nutzen sowie Ökonomie diskutiert, auch und gerade in der Psychiatrie. Die Menschen sind gegenüber ihrem Gesundheitswesen sensibler und kritischer geworden. Sie fordern mehr Gesprächskompetenz und mehr Mitspracherecht ein und bringen mehr Bereitschaft auf, für ihre Rechte einzutreten.

Die Patienten und ihre Bedürfnisse sollten im Mittelpunkt der Behandlung stehen. Häufig finden sie jedoch wenig Gehör und das ökonomisch Machbare im Sinne der Begrenzung des Ausgabenanstiegs steht im Mittelpunkt. Die beschriebenen Phänomene sind Teil eines noch andauernden gesellschaftlichen Diskussionsprozesses. Mehr Geld für die sprechende Medizin und spezielle Kurse in der ärztlichen Ausbildung sind unter anderem Beweis dafür. „Nil nocere; salus aegroti suprema lex“ (Koslowski 1992, S.36): – das Heil des Kranken sei höchstes Gesetz, so heißt es in Kurzform im hippokratischen Eid. Wie steht es aber unter den heutigen Bedingungen der High-Tech-Medizin und der ökonomischen Zwänge um diese Zielsetzungen? Ist dies im Zeitalter des rasanten medizinischen Fortschritts und der demographischen Alterung der Bevölkerung noch zeitgemäß oder sollten die Begriffe Heilung und Gesundheit bzw. Wirtschaftlichkeit und Effektivität differenzierter definiert und beurteilt werden?

Wieviel finanzielle Mittel will und kann die Gesellschaft u.a. für die Psychiatrie bereitstellen und wie sollen sie verteilt werden? Was können wir tun, damit Medizin menschlich bleibt? Übertragen auf die Diskussionen der Gegenwart verkennt die Kritik an der Ökonomie, dass sie in vielen Fällen auch eine neue Sachlichkeit in die Diskussionen eingebracht hat. Sofern die Ökonomie dazu beiträgt, dass die knappen Mittel in die beste Verwendung fließen, stellt sie keinen Gegensatz zur medizinischen Sichtweise dar. Vielmehr hat sie in erster Linie eine beratende beziehungsweise unterstützende Funktion, indem sie mit ihren Analysen Wege zu mehr Effizienz aufzeigt und damit der Medizin auch Spielräume eröffnet.

Prävalenz und Inzidenz

Etwa 30 Prozent der deutschen Bevölkerung leiden innerhalb eines Jahres an einer diagnostizierbaren psychischen Störung (alle Daten <http://www.psychoziale-lage.de>), im europäischen Vergleich sind es 38,2 Prozent (European College of Neuropsychopharmacology in Oxford 2011). Die häufigsten Diagnosen betreffen Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen und Suchterkrankungen. Der Anteil psychischer Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen und den vorzeitigen Berentungen nimmt seit 1980 kontinuierlich zu und beträgt inzwischen 15 bis 20 Prozent. Bei den Berentungen sind psychische Störungen inzwischen die häufigste Ursache.

Es gibt deutschlandweit in der Bevölkerung aber interessanterweise weniger eine Zunahme an Fällen von psychischen Erkrankungen (im Sinne einer epidemiologischen Veränderung) als vielmehr eine Zunahme in den Statistiken der Krankenkassen. Es gibt also weniger eine Steigerung bei der Zahl an Menschen mit psychischen Störungen, aber immer mehr Menschen suchen mit ihrer Erkrankung einen Arzt auf. Die Bereitschaft, sich einer psychischen Erkrankung zu stellen und sich psychotherapeutisch behandeln zu lassen, ist somit gewachsen.

Dies stellt durchaus eine positive Entwicklung dar, um zu verhindern, dass psychisch kranke Menschen ausgegrenzt werden. Die Einstellung in der Bevölkerung gegenüber psychisch kranken Menschen hat sich in den vergangenen Jahren nicht signifikant verbessert (vgl. Hillienhof 2013). Auch wenn bei den Hausärzten als Gatekeeper der Versorgung sicherlich eine Sensibilisierung gegenüber dem Thema psychische Erkrankungen stattgefunden hat, wird gegenwärtig nur ca. die Hälfte der psychischen Er-

krankungen richtig erkannt, knapp die Hälfte chronifiziert ohne Behandlung.

Mit Blick auf die medikamentöse Versorgung psychisch kranker Menschen fällt auf, dass seit 1950 kaum neue Behandlungsstrategien gefunden wurden und die heutigen Medikamente unterscheiden sich in ihren Ansatzpunkten nicht von denen vor 50 Jahren. Dies steht in einem großen Gegensatz zu anderen Therapiegebieten, wie z.B. den Herz-Kreislauferkrankungen, den Krebserkrankungen oder dem Diabetes. Warum ist das so und wie kann die Kosten-Effektivität erhöht werden, ohne den Therapeuten in seiner Entscheidungs- und Handlungsfreiheit einzuengen?

Damit der Therapeut seine Verantwortung für den psychisch kranken Menschen wahrnehmen kann, müssen die ökonomischen Rahmenbedingungen in der Psychiatrie an diese Entwicklungen angepasst werden. Zurzeit kennzeichnet eine zersplitterte Versorgungslandschaft die Lage in Deutschland: im Bereich der Psychiatrie gibt es sehr heterogene Berufsgruppen mit einem sehr unterschiedlichen Ausbildungs- und Kenntnisstand.

Durch veränderte integrierte Versorgungsangebote und auch durch Selektivverträge soll die Qualität der Versorgung verbessert und gleichzeitig sollen die Gesamtausgaben für die Behandlung chronisch psychisch Kranker zumindest stabilisiert werden. Unter ökonomischen Gesichtspunkten sollte weiterhin die teure Chronifizierung vermieden werden durch Unterstützung und Behandlung im Lebensumfeld, durch den Erhalt der Patientenautonomie und durch die Förderung der Selbstbestimmung und der Eigenständigkeit (Recovery-Konzept).

Ein kontinuierlicher Behandlungsverlauf sollte durch eine sektorübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener, auch nicht-ärztlicher Berufsgruppen gesichert werden. Zudem bedarf es eines gesellschaftlichen Dialogs über den Umgang mit Problemen und Störungen in diesem Gebiet sowie dem Ausbau der gezielten Versorgungsforschung, um kosteneffektive Lösungen erkennen und umsetzen zu können. Im Pharmabereich sollte ebenfalls ein Umdenken stattfinden, der Fokus könnte verstärkt auf Proof-of-Concept-Studien vor Beginn der teuren klinischen Phasen gelegt werden, um frühzeitig neue Targets erkennen und Innovationen vorantreiben zu können.

Wirtschaftliche Aspekte psychischer Erkrankungen

Medikamentenkonsument

Die Abbildung (Seite 9) zeigt für 18 ausgewählte EU-Länder den Verbrauch an Antidepressiva für die beiden Jahre 2000 und 2010. Die angegebenen Werte beziehen sich auf definierte Tagesdosen (DDD) je 1.000 Personen pro Tag. Im europäischen Durchschnitt liegt der Verbrauch im Jahr 2010 bei 52 DDDs je 1000 Personen. Im Jahr 2000 lag dieser Wert noch unter 30 DDDs. Deutschland liegt mit 47 DDDs etwas unterhalb des europäischen Durchschnitts. Für Deutschland zeigt sich im europäischen Vergleich aber eine hohe Wachstumsrate. Den niedrigsten Arzneimittelverbrauch findet man in Estland, Ungarn und in der Slowakei (16, 26 und 29 DDDs), an der Spitze liegen Norwegen und Island (56 und 101 DDDs).

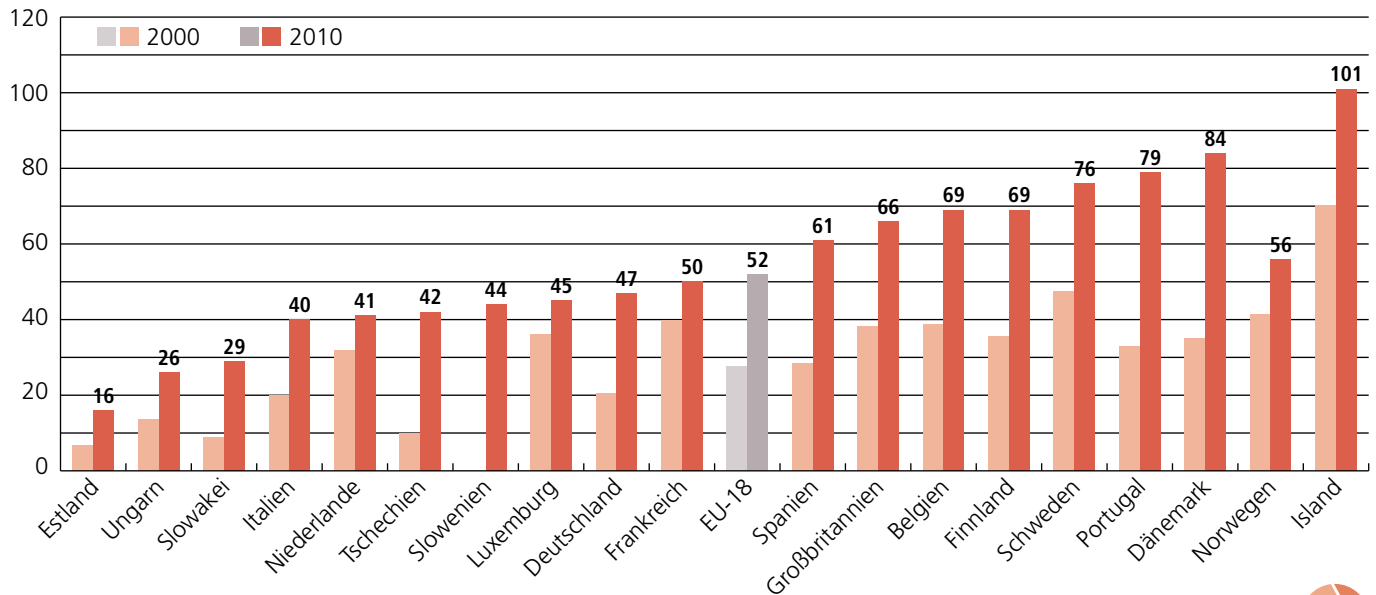
Die OECD führt den zunehmenden Verbrauch etwa in Großbritannien auch auf die Auswirkungen der Finanzkrise zurück (vgl. OECD 2013). Häufig werden Antidepressiva zudem bereits bei mildereren Formen von Erkrankungen, etwa Angstzuständen oder Sozialphobien verordnet und die Therapien fallen allgemein intensiver aus. Diese Ausdehnungen nähren einerseits Zweifel, ob die Verschreibungen unter medizinischen Aspekten angebracht sind. Andererseits gilt es zu betonen, dass steigende Verordnungszahlen auch als Hinweis für den Abbau diagnostischer und therapeutischer Defizite im Bereich depressiver Erkrankungen angesehen werden können.

In diesem Zusammenhang weist die Studie von Gusmao et al. auf einen direkten Zusammenhang zwischen steigenden Verschreibungsraten von Antidepressiva und sinkenden Suizidraten hin (Gusmao 2013). Demnach gehen die Suizidraten besonders in den europäischen Ländern deutlich zurück, in denen die Verschreibungshäufigkeit von Antidepressiva zunimmt.

Die zeitliche Entwicklung der Antidepressiva (in DDDs) im deutschen GKV-Fertigarzneimittelmarkt zeigt die Abbildung (Seite 9, unten). Hier bilden Antidepressiva inzwischen die verordnungstärkste Arzneimittelgruppe, auf die 7,5 Prozent aller Verordnungen im Jahr 2010 entfallen. Der Umsatz an definierten Tagesdosen der Antidepressiva beläuft sich für das Jahr 2011 auf 1,26 Milliarden Euro (plus fünf Prozent gegenüber dem Vorjahr). Zum Vergleich beläuft sich der Umsatz mit definierten Tagesdosen im Gesamtmarkt auf 36,2 Milliarden Euro im Jahr 2011.

Verbrauch an Antidepressiva in europäischen Ländern in den Jahren 2000 und 2010

Definierte Tagesdosen pro 1000 Personen pro Tag



Quelle: OECD Health Data 2012

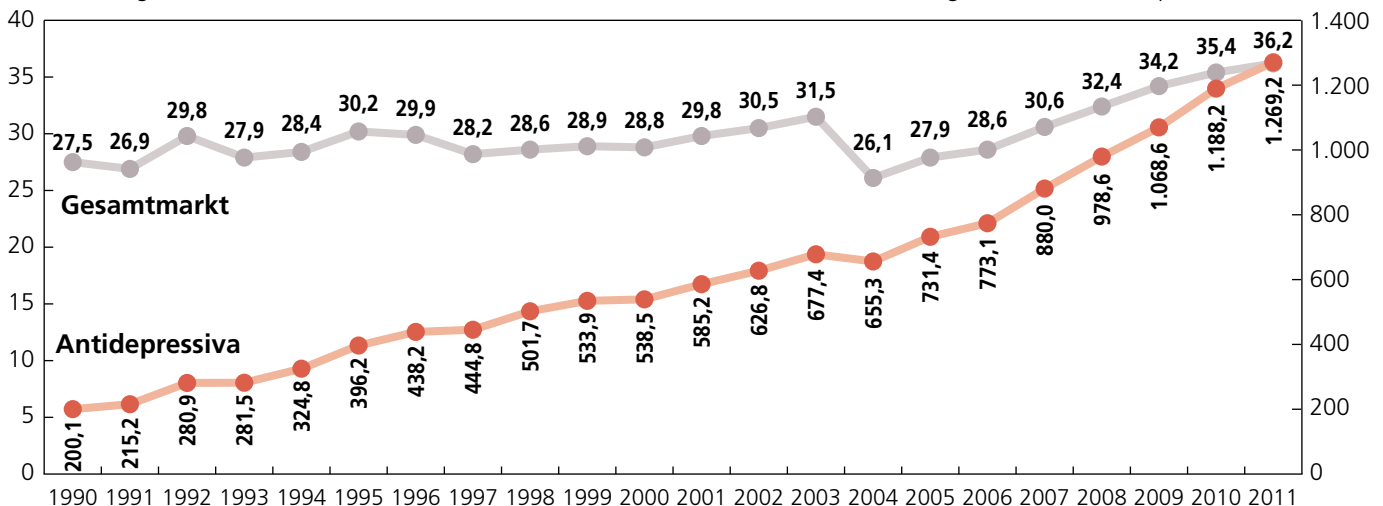


Der Verbrauch an Antidepressiva lag im europäischen Durchschnitt im Jahr 2010 bis 52 definierten Tagesdosen je 1000 Personen.

Antidepressiva im GKV-Fertigarzneimittelmarkt

Definierte Tagesdosen im Gesamtmarkt in Mrd. Euro

Definierte Tagesdosen der Antidepressiva in Mio. Euro



Quelle: Wlfo 2013



Antidepressiva bilden im GKV-Fertigarzneimittelmarkt inzwischen die verordnungstärkste Gruppe, auf die im Jahr 2010 7,5 Prozent der Verordnungen entfallen sind.

Stationärer Bereich: Psychiatrie-Entgeltgesetz

Mit dem Psychiatrie-Entgeltgesetz wurde analog zu den somatischen Krankenhäusern auch für die psychiatrischen und psychosomatischen Einrichtungen ein pauschalierendes Entgeltsystem eingeführt. Anders als im G-DRG-System geht es im sogenannten Psych-Entgeltsystem aber nicht um Fälle, sondern um nach Leistungen differenzierte Tagespauschalen. Dahinter stehen Schwierigkeiten, die individuellen Unterschiede im psychiatrischen Behandlungsbedarf und bei der Behandlungsdauer sachgerecht über Fälle abbilden zu können. Die Entgeltentwicklung erfolgt schrittweise bis zum Jahr 2021, damit finanzielle Risiken für die Kliniken und die Krankenkassen gemindert und Fehlentwicklungen des Systems verhindert werden können.

Verbindlich gilt das neue Entgeltsystem für alle entsprechenden Einrichtungen ab dem Jahr 2015. Für die Jahre 2013 und 2014 (so genannte Optionsjahre) erfolgt die Einführung auf Verlangen des Krankenhauses. Mehr als zwei Drittel der Krankenhäuser mit psychiatrischen Betten sind nach dem Psychiatrie-Barometer des Deutschen Krankenhaus-Instituts jedoch noch ohne Planungen für solche Modellvorhaben nach Paragraph 64b SGB V in den Optionsjahren (vgl. Deutsches Krankenhaus Institut 2013). Vor allem Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischen Betten zeigen sich reserviert. Mehr als drei Viertel von ihnen plant derzeit keine Modellvorhaben, da sie Fehlentwicklungen oder finanzielle Engpässe befürchten.

Ein zentraler Kritikpunkt am neuen Entgeltsystem lautet, dass Leistungskriterien bislang nur für den kleinen Anteil intensiv behandelter Patienten festgelegt wurden. Für alle anderen Patientengruppen widersprechen die neuen Kriterien teilweise sogar den bisherigen ICD-10 Gruppierungen. Weiterhin werden die neuen Tagespauschalen zudem nach Verweildauer degressiv abgestuft. Es bleibt daher eine offene Frage, ob die großen individuellen Unterschiede bei den Behandlungsbedarfen auf diese Art und Weise adäquat abgebildet werden können. Die Fokussierung des Psych-Entgeltsystems auf den stationären Bereich verzögert bzw. verhindert zudem eine erforderliche stärker integrative Sichtweise.

Schon bisher werden viele Patienten in psychiatrischen Kliniken relativ kurz behandelt, da teilstationäre und ambulante Behandlungsangebote substitutiv genutzt werden. Die Dauer der stationären Klinikbehandlung weist daher eine erhebliche Streuung auf. Insbesondere sollten die verschiedenen Leistungen (ambulant bis stationär) patien-

tenbezogen statt maßnahmenorientiert zusammengeführt werden (vgl. Kunze et al. 2013, S.347).

Mit hoher Priorität sollten daher Voraussetzungen geschaffen werden, sektorenübergreifende Behandlungsangebote für Versicherte mit psychischen Erkrankungen anbieten zu können. Die Krankenhausbehandlung sollte stärker verzahnt werden mit ambulanten und tagesklinischen Angeboten, die zudem mit dem Lebensumfeld des Patienten und seiner Familie abgestimmt werden.

Krankheitskostenrechnung

Die Krankheitskostenrechnung betrachtet das Gesundheitswesen aus ökonomischer Perspektive. Sie liefert differenzierte Angaben darüber, wie stark die deutsche Volkswirtschaft durch Krankheiten und deren Folgen belastet wird. Gleichzeitig stellt sie eine wichtige Ergänzung und konsequente Erweiterung der Gesundheitsausgabenrechnung dar: Durch die Gliederung der Krankheitskosten nach Krankheiten, Geschlecht, Alter und den Einrichtungen des Gesundheitswesens gibt sie einen Überblick über die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch die Bevölkerung aus epidemiologischer, demographischer und sektoraler Sicht (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

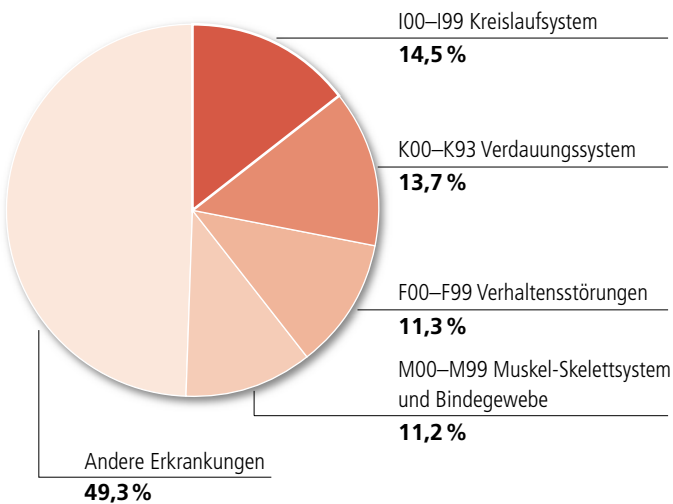
Die Ergebnisse der Krankheitskostenrechnung können in Verbindung mit weiteren epidemiologischen Daten zur Überprüfung der gegenwärtigen Regulierung und der künftigen Ressourcenverteilung im Gesundheitswesen verwendet werden (vgl. Robert Koch-Institut 2009). Sie liefern Hinweise auf mögliche Einsparpotenziale für die Entwicklung, dienen als Entscheidungshilfe bei der Vergabe von Mitteln, unterstützen die Evaluation von Gesundheitszielen und können als Ausgangsbasis für die Vorausberechnung künftiger Kostenentwicklungen – insbesondere vor dem Hintergrund des demografischen Wandels – genutzt werden (vgl. Statistisches Bundesamt 2010).

Grundlage für die Abgrenzung der Krankheiten bzw. Diagnosen in der Krankheitskostenrechnung ist die internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD). Zusätzlich zu den Krankheitskosten werden die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod für die Volkswirtschaft resultierenden potenziellen Ressourcenverluste in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren und verlorenen Lebensjahren dargestellt.

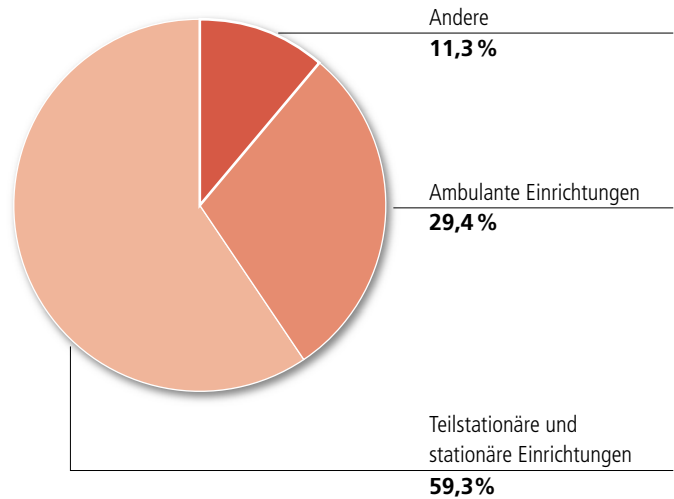
Die Abbildung (Seite 11) enthält wichtige Kennzahlen der Berechnung der direkten Krankheitskosten psychischer

Psychische Erkrankungen: Krankheitskostenrechnung

Verteilung Krankheitskosten 2009: 254,3 Mrd. €



Verteilung der Kosten psychischer Erkrankungen auf Einrichtungen



Quelle: Statistisches Bundesamt 2010



Auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sind im Jahr 2009 11,3 Prozent aller Krankheitsausgaben entfallen. Fast 60 Prozent der Kosten entstehen dabei in stationären und teilstationären Einrichtungen.

Erkrankungen für das Jahr 2009 (vgl. Statistisches Bundesamt 2010). In der linken Hälfte der Abbildung sieht man die Verteilung der gesamten Krankheitskosten in Höhe von insgesamt 254,3 Milliarden Euro auf zentrale Erkrankungen. Die größten Anteile fallen auf die Krankheiten des Kreislaufsystems (14,5 Prozent). Der Anteil der Ausgaben für Krankheiten des Verdauungssystems beläuft sich auf 13,7 Prozent, auf psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen entfallen 11,3 Prozent aller Krankheitsausgaben und 11,2 Prozent auf Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes. Die hinter den Anteilen stehenden absoluten Ausgaben belaufen sich für die psychischen Erkrankungen auf 26,6 Milliarden Euro.

Die rechte Hälfte der Abbildung zeigt die Verteilung der direkten Kosten psychischer Erkrankungen auf Einrichtungen. Auch wenn künftig diese eher sektorale Sichtweise überwunden werden soll, bleibt festzuhalten, dass rund 17 Milliarden Euro (59,3 Prozent) der Krankheitskosten psychischer Erkrankungen auf den stationären und teilstationären Bereich entfallen. Der ambulante Bereich macht 29,4 Prozent aus, andere Einrichtungen belaufen sich auf 11,3 Prozent.

Direkte Kosten, verlorene Erwerbsjahre und Produktionsausfall

Neben den direkten, monetär bewerteten Krankheitskosten fallen aus volkswirtschaftlicher Sicht infolge von Krankheit weitere potenzielle Verluste an, die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität oder vorzeitigen Tod der erwerbstätigen Bevölkerung resultieren. Sie werden in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren unter Berücksichtigung der jeweils im Jahr aktuellen Erwerbstätigkeitsquoten berechnet und stellen eine kalkulatorische Kennzahl dar.

Die hohen volkswirtschaftlichen Kosten, die mit dem Anstieg psychischer Erkrankungen einhergehen sind auch im Zusammenhang mit der prognostizierten Entwicklung des Erwerbspersonenpotenzials von Bedeutung. Aufgrund der demografischen Entwicklung geht langfristig die Zahl der erwerbsfähigen Menschen zurück und zugleich altert die Bevölkerung spürbar. Den Betrieben werden damit immer weniger und im Durchschnitt deutlich ältere Arbeitskräfte als heute zur Verfügung stehen. In diesen Altersklassen nimmt aber die auch die Leistungsanspruchnahme psychischer Erkrankungen weiter zu, so dass auch Arbeitsmarkteffekte zunehmend in den Blickpunkt der

Gesundheitsberichterstattung rücken. Wirtschafts- und gesundheitspolitische Maßnahmen sollten deshalb vor allem auf eine positive Gestaltung des Übergangsprozesses gerichtet sein.

Das Erwerbspersonenpotenzial ist die Summe aus Erwerbstätigen, Erwerbslosen sowie Stiller Reserve und bildet die Obergrenze des Angebots an Arbeitskräften. Wegen der demografischen Entwicklung wird das Erwerbspersonenpotenzial in Zukunft schrumpfen. Selbst die Szenarien mit optimistischen Annahmen zur Entwicklung von Bevölkerung und Erwerbsbeteiligung zeigen, dass der Trend nicht aufzuhalten ist. Spätestens nach dem Jahr 2015 kann sogar eine hohe Nettozuwanderung (mehr als 200.000 Personen pro Jahr) den demografisch bedingten Rückgang nicht mehr kompensieren (vgl. IAB 2011, S.2).

Auch unter verschiedenen Szenarien hinsichtlich Geburtenrate, Sterberate und Zuwanderungssaldo dürfte damit das Erwerbspersonenpotenzial ab dem Jahr 2030 unter der Zahl der heute tatsächlich Erwerbstätigen liegen. Wenn sich in den kommenden Jahren die geburtenstarken Jahrgänge nach und nach dem Rentenalter nähern, verschiebt sich zudem die Altersstruktur deutlich nach oben. Möglicherweise kann man durch längere Jahresarbeitszeiten den Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials ausgleichen. Es bedarf eines ganzen Bündels von Maßnahmen, um den massiven Rückgang des Erwerbspersonenpotenzials zu dämpfen. Dazu rechnen insbesondere auch bildungs- und gesundheitspolitische Maßnahmen.

Gesundheitsökonomische Evaluationsstudien können aus unterschiedlichen Perspektiven durchgeführt werden (vgl. Schöffski/von der Schulenburg 2011). Die Perspektive einer gesundheitsökonomischen Evaluation bestimmt den gesamten Prozess der Kostenbestimmung, d. h. nicht nur die Identifikation der relevanten Ressourcen, sondern auch deren Quantifizierung und Bewertung.

Die Perspektive einer gesundheitsökonomischen Evaluation wird in Abhängigkeit von der Forschungsfrage festgelegt (vgl. Tabelle Seite 13, oben). Die umfassendste Perspektive ist die gesellschaftliche oder volkswirtschaftliche Perspektive. Sämtliche Kosten werden eingeschlossen, unabhängig davon, von wem sie getragen werden. Die Perspektive der Sozialversicherungen betrachtet nur die Kosten, die direkt aus Sicht der Sozialversicherungen anfallen, also nicht die Kosten, die von Versicherten selbst getragen werden müssen bzw. auch keine indirekten Kosten durch Produktivitätsausfälle.

Gemäß Paragraf 35b SGB V sollte eine gesundheitsökonomische Evaluation regelhaft aus der Perspektive der GKV-Versichertengemeinschaft durchgeführt werden. Die Perspektive der GKV-Versichertengemeinschaft unterscheidet sich von der reinen GKV-Perspektive dadurch, dass neben den von der GKV abgedeckten krankheitsbezogenen Ausgaben auch alle Kosten einbezogen werden, die durch die Versicherten selbst aufzubringen sind.

Die Berücksichtigung einer über die Perspektive der GKV-Versichertengemeinschaft erweiterten Perspektive unter Einbeziehung weiterer Sozialversicherungsträger (z. B. Pflegeversicherung, gesetzliche Rentenversicherung) sowie der gesellschaftlichen Perspektive unter Einbindung der Produktivitätsverluste auf der Kostenseite (in Form von indirekten Kosten) ist aus volkswirtschaftlicher Sicht in vielen Fällen sinnvoll und geboten. Falls ein neues Präparat gegen Demenz insbesondere einen Nutzen in der Pflege- oder Rentenversicherung besitzt und hier zu spürbaren Einsparungen führt, müsste dieser Effekt grundsätzlich auch bei der Evaluation berücksichtigt werden.

Die Tabelle (Seite 13, unten) zeigt die volkswirtschaftliche Bedeutung psychischer Störungen durch Gegenüberstellung der direkten und der indirekten Kosten. Im Jahr 2008 verursachten psychische Störungen insgesamt direkte Kosten in Höhe von 28,7 Milliarden Euro. Die indirekten Kosten beliefen sich auf eine vergleichbare Größenordnung (26,1 Milliarden Euro). Dieser Verlust an Wertschöpfung durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod lässt sich umrechnen in 763.000 verlorene Erwerbsjahre.

Bildlich gesprochen verursachten psychische Störungen einen Produktionsausfall im Jahr 2008, dessen monetäre Bedeutung mit den finanziellen Verlusten von 763.000 arbeitslosen Personen vergleichbar ist. Die Tabelle zeigt weiterhin, wie sich die Gesamtkosten auf bestimmte Störungen bzw. Krankheitsbilder aufteilen. Die affektiven Störungen verursachen mit knapp sechs Milliarden Euro etwa so hohe Kosten wie die Belastungsstörungen und die Störungen durch psychotrope Substanzen (insbesondere Suchterkrankungen) zusammen. Bei den indirekten Kosten liegen die affektiven Störungen und die Belastungsstörungen näher beieinander.

Eine weitere Tabelle (Seite 14) enthält die arbeitsbedingten und arbeitsassoziierten Krankheitskosten infolge psychischer Belastungen, die zusätzlich zu den Kosten psychischer Störungen auftreten. Grundlage für diese Berechnung ist die Bestimmung eines Belastungsfaktors am

Direkte und indirekte Kosten und die Perspektive der Evaluation

Perspektive/ Kostenkategorie	Direkte erstattungsfähige medizinische Kosten	Direkte nicht erstattungsfähige medizinische Kosten	Direkte nicht medizinische Kosten	Kosten bei anderen Sozial- versicherungen	Transfer- leistungen	Indirekte Kosten
Gesellschaft	X	X	X	X	–	X
Sozialversicherung	X	–	–	X	X	–
GKV-Versicherten- gemeinschaft	X	X	X	–	–	–
GKV	X	–	–	–	X	–



Quelle: IQWiG (2009)

Je nach Perspektive einer gesundheitsökonomischen Evaluation werden unterschiedlich viele Kostenblöcke berücksichtigt. Die volkswirtschaftliche Perspektive ist dabei am umfassendsten. Andere Studien sind zum Beispiel auf die Kosten der Sozialversicherungen beschränkt.

Direkte und indirekte Kosten durch psychische Störungen (2008)

Psychische Störung	Direkte Kosten (in Mio. €)	Verlorene Erwerbsjahre (in 1000 Jahren)	Produktionsausfall (in Mio. €)
Psychische Störungen (gesamt)	28.654	763	26.095
Affektive Störungen (u.a. Depression)	5.678	225	7.695
Neurotische, Belastungsstörungen (u.a. Phobien)	3.164	172	5.882
Psych. Störungen durch psychotrope Substanzen	2.948	133	4.549



Quelle: Friedrichs und Bödeker 2012, S. 2

Die durch psychische Störungen verursachten direkten Kosten waren im Jahr 2008 mit 28,6 Milliarden Euro ähnlich hoch wie die indirekten Kosten, die in Folge des Produktionsausfalls entstehen. Letztere betragen rund 26,1 Milliarden Euro.

Arbeitsplatz. Nimmt man alle psychischen Störungen zusammen, übertreffen die indirekten Kosten (19,23 Milliarden Euro) die direkten Kosten (zehn Milliarden Euro) fast um das Doppelte. Diese Grundaussage gilt auch mit Blick auf die einzelnen aufgelisteten Störungen.

Die volkswirtschaftlichen Kosten fallen höher aus als die unmittelbaren Krankheitskosten. Summiert man die direkten und die indirekten Kosten durch psychische Störungen

und Belastungen, resultieren insgesamt rund 90 Milliarden Euro direkte und indirekte Kosten psychischer Erkrankungen. Bei einer Wertschöpfung in Deutschland von etwa zwei Billionen Euro entspricht dies einem Anteil von fünf Prozent.

Kritisch sollte an dieser Stelle auch der den Berechnungen zugrunde liegende Humankapitalansatz gesehen werden. Nach dem Humankapitalansatz (HKA) ist der Wert

Direkte und indirekte Kosten infolge psychischer Belastungen (2008)

Arbeitsbedingte Krankheitskosten	Direkte Kosten (in Mio. €)	Indirekte Kosten (in Mio. €)
Alle Erkrankungen	9.980	19.261
Psychische Störungen (gesamt)	1.970	4.443
Affektive Störungen (u.a. Depression)	513	1.082
Neurotische, Belastungsstörungen (u.a. Phobien)	351	982
Psych. Störungen durch psychotrope Substanzen	640	1.300



Quelle: Friedrichs und Bödeker 2012, S. 3

Berücksichtigt man alle psychischen Störungen, dann liegen die indirekten Kosten mit 19,23 Milliarden Euro um rund das Doppelte höher als die direkten Kosten (zehn Milliarden Euro).

Übersicht über Basis- und Erstattungspreise Antidepressiva auf Grundlage des Effizienzgrenzen-Konzepts des IQWiG (Endpunkte: Remission, Ansprechen)

Prüfsubstanz	Basispreis (€)	Erstattungspreis Remission (€)	Erstattungspreis Ansprechen (€)
Bupropion	104,88	2,93	1,48
Duloxetin	241,18	30,66	9,30
Mirtazapin	46,46	31,66	24,28
Venlafaxin	92,57	342,99	40,91



Quelle: IQWiG 2013, S. Ixii

Mit Hilfe der Instrumente soll ein Preis oder Preiskorridor ermittelt werden, innerhalb dessen ein Medikament als effizient gelten kann. Am Beispiel des Wirkstoffs Bupropion wird die errechnete Kosten-Nutzen-Differenz besonders deutlich: 104,88 zu 2,93 Euro.

des Lebens gleich dem Gegenwartswert der künftigen Beiträge zum Sozialprodukt (bzw. dem künftigen Arbeitseinkommen). Der Wert des Lebens basiert somit auf dem Verlust an Humankapital, der mit dem Tod verbunden ist. Falls eine Person Opfer eines Arbeitsunfalls wird, werden so die Schadensersatzansprüche der Angehörigen bestimmt.

Natürlich sind solche Berechnungen ethisch zweifelhaft, da letztlich nicht zwischen Mensch und Maschine unterschieden wird. Konsequenterweise wird Hausfrauen, Rentnern und Jugendlichen der Wert Null zugewiesen, da sie keinen Wertschöpfungsbeitrag leisten. Zudem bleiben

konsumptive Aspekte des Lebens (Freude, Glück) unberücksichtigt.

Alle diese Einwände sprechen letztlich gegen den Humankapitalansatz. Dafür spricht letztlich nur die einfache Anwendbarkeit, dennoch ist er aber dem Ansatz der Zahlungsbereitschaft (Willingness-To-Pay) unterlegen, der sehr viel stärker in den Präferenzen der Menschen verwurzelt ist. Anwendbar ist der HKA letztlich nur bei der Berechnung der volkswirtschaftlichen Kosten, Fragen nach dem Wert des Lebens kann und soll er auch nicht beantworten.

Innovationskrise bei Psychopharmaka?

Kosten-Nutzen-Analyse bei Antidepressiva

Moderne Psychopharmaka zählen zu den wichtigsten Therapiemethoden der Psychiatrie. Trotz der hohen praktischen Bedeutung wird diese Arzneimittelgruppe häufig ambivalent bewertet. Neben der öffentlichen Kritik postulieren auch fachinterne Experten eine Innovationskrise der Psychopharmakologie, da die überwiegende Mehrzahl der gebräuchlichen Präparate auf Prinzipien beruht, die bereits in den 1950er Jahren zur Zeit ihrer Markteinführung bekannt waren (Weber 1999).

Beispielsweise können aktuelle Metaanalysen zur Wirksamkeit neuer Antidepressiva nur eine geringe Überlegenheit der Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) und der Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) gegenüber den herkömmlichen trizyklischen Antidepressiva zeigen. Der erzielte Mehrwert besteht in vielen Fällen lediglich darin, weitere Therapieoptionen mit einem anderen Nebenwirkungsspektrum zu nutzen (vgl. Bundespsychotherapeutenkammer 2005). Hinsichtlich des eigentlichen antidepressiven Effekts ist man wenig bis kaum vorangekommen.

Obwohl die Arzneibehandlung psychischer Störungen auf eine bis in die Antike reichende Tradition zurückblicken kann, begann die systematische Psychopharmakotherapie nach dem Jahr 1800 mit der Opium-Kur depressiver Syndrome. Das erste moderne Psychopharmakon, d.h. ein zur Behandlung psychischer Störungen synthetisch hergestelltes Arzneimittel, bildete das 1869 von Oscar Liebreich beschriebene Chloralhydrat (vgl. Weber 1999). Dessen Einführung wies zahlreiche Charakteristika auf, die psychopharmakologische Entwicklungsprozesse langfristig bestimmten, wie etwa die Bedeutung der organischen Chemie und typische Abfolgen in der therapeutischen Bildung von Konzepten. Die klinische Psychiatrie war hingegen nicht vorrangig Ausgangspunkt pharmakologischer Innovationen, da für die klassische Psychopathologie eine erfolgreiche arzneiliche Beeinflussung komplexer psychischer Syndrome nicht vorstellbar erschien.

Dies galt auch noch bei der Entwicklung der modernen Neuroleptika und Antidepressiva, die nicht unmittelbar aus einer spezifischen Forschung resultierten. Die neurobiologische Theoriebildung ist daher eher als Folge und nicht als Voraussetzung der neueren Substanzen zu betrachten (vgl. Weber 1999).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) hat eine erste Kosten-Nutzen-Bewertung (KNB) für Antidepressiva abgeschlossen, welche die Kosteneffektivität der untersuchten Antidepressiva kritisch hinterfragt (vgl. IQWiG 2013). Im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) hat das Institut die Kosten-Nutzen-Relation der Antidepressiva Venlafaxin, Duloxetin, Bupropion und Mirtazapin im Vergleich zu weiteren derzeit verfügbaren Wirkstoffen und zu Placebo ermittelt.

Das Verhältnis zwischen ihrem Nutzen für die Patienten und dem Betrag, den die Kassen dafür erstatten, weist bei den Wirkstoffen deutliche Unterschiede auf. Bei allen vier Medikamenten liegt der aktuelle Erstattungsbetrag der Krankenkassen über den aus den jeweiligen Effizienzgrenzen abgeleiteten angemessenen Preisen. Mit der Methode lässt sich ein Preis oder Preiskorridor ermitteln, innerhalb dessen das Medikament als effizient gelten kann. Die Selbstverwaltung bekommt damit Informationen über den angemessenen Betrag, zu dem die Krankenkassen ein Medikament erstatten können. Auf Basis der Effizienzgrenzen werden Erstattungspreise berechnet.

Beispielsweise zeigt die Tabelle (Seite 14, unten) für den Endpunkt Remission, dass für eine große Packung (N3) von Venlafaxin, einem gängigen Mittel, das mehrere Hersteller produzieren, ein Preis von 42,99 Euro angemessen wäre, die Krankenkassen aber 92,57 Euro an den Pharmahersteller erstatten. Bei Mirtazapin wurden 31,66 Euro als kosteneffektiv berechnet, der Erstattungsbetrag liegt bei 46,46 Euro. Noch deutlicher wird die errechnete Kosten-Nutzen-Differenz bei patentgeschützten Wirkstoffen: Bei Bupropion von GlaxoSmithKline (GSK) liegt der aktuelle Basispreis bei 104,88 Euro, die Berechnungen des IQWiG ergeben 2,93 Euro. Bei Duloxetin von Lilly wären 30,66 Euro im Rahmen der Methode der Effizienzgrenze gerechtfertigt, aktuell schlägt das Medikament mit 241,18 Euro zu Buche.

Allerdings können aufgrund fehlender Daten nicht immer für alle Wirkstoffe und alle patientenrelevanten Endpunkte eine vollständige Bewertung durchgeführt werden. Vor dem Hintergrund, dass genau jene Komparatoren fehlen, die in anderen Endpunkten die Effizienzgrenze bilden, sind die Zusatznutzenbereinigten Erstattungspreise nur schwer interpretierbar. An der Methode der Effizienzgrenze wird zudem harsche Kritik geübt. Viele GesundheitsökonomInnen halten es für verfehlt, den Innovationsgrad von Basis-Innovationen zur Beurteilung heutiger neuer

Arzneimittel-Innovationen heranzuziehen. Aus den Kosten-Effektivitäten der bisherigen Behandlungsalternativen in einem Indikationsgebiet kann nicht abgeleitet werden, wo der Preis einer Innovation im Verhältnis zur maximalen Zahlungsbereitschaft der gesetzlichen Krankenversicherung für einen weiteren Nutzenzuwachs liegt (vgl. Deutsche Gesellschaft für Gesundheitsökonomie 2013). Problematisch erscheint der Schluss von der bestehenden Preisstruktur auf die Effizienz einer Innovation etwa auch dann, wenn aktuell nur generische Arzneimittelalternativen zur Verfügung stehen und lange keine Innovation mehr stattgefunden hat.

Unmittelbar entscheidungsrelevant sind die Ergebnisse dieser Kosten-Nutzen-Bewertung im GKV-Markt aber nicht, denn seit Erteilung des Auftrags hat sich die Rechtslage geändert. Ursprünglich sollten die Ergebnisse Grundlage für die Entscheidung sein, einen Erstattungshöchstbetrag für Arzneimittel festzulegen. Seit dem Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz (AMNOG) ist eine Kosten-Nutzen-Analyse vornehmlich für den Fall vorgesehen, dass nach der frühen Nutzenbewertung Preisverhandlungen scheitern und auch der Schiedsspruch beklagt wird. Dann können Hersteller oder der GKV-Spitzenverband eine Kosten-Nutzen-Analyse beantragen, die damit ans Ende des Verfahrens gerückt ist.

Versorgungsaspekte

Managed Care in der Psychiatrie

Bei der Frage nach den künftigen Weichenstellungen im Bereich psychischer Erkrankungen rücken verstärkt Versorgungsziele in den Fokus, die man mit Hilfe integrierter Konzepte umzusetzen versucht. Durch eine bessere Verzahnung im Sinne eines Managements an den Schnittstellen von ambulanter und stationärer Versorgung sollen psychisch kranke Menschen eine qualitativ bessere und kosteneffektive Versorgung erhalten. Damit rücken auch in diesem Bereich Managed Care-Ansätze bzw. der Vertragswettbewerb in den Mittelpunkt des ökonomischen Interesses.

Die ambulante Versorgung (Schwerpunkt: Home treatment) sollte künftig in einer stärker vernetzten bzw. integrierten Welt den stationären Aufenthalt in vielen Fällen ersetzen bzw. besser mit ihm abgestimmt oder verzahnt werden. Das Hauptziel unter Versorgungsaspekten besteht darin, eine Chronifizierung durch eine Unterstüt-

zung und die Behandlung im Lebensumfeld zu verhindern. Auch der Erhalt der Patientenautonomie, die Förderung der Selbstbestimmung und die Eigenständigkeit (Recovery-Konzept) des Patienten rechnen zu den wichtigen Versorgungszielen. Mit Blick auf die ökonomischen Aspekte der anzustrebenden Versorgungskette geht es in erster Linie um die Sicherung eines kontinuierlichen Behandlungsverlaufs durch eine sektorübergreifende, interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener (auch nicht-ärztlicher) Berufsgruppen, die schlussendlich auch mit einer Entlastung der Angehörigen einhergeht.

Das bundesweit größte Netz mit insgesamt rund 6500 Teilnehmern ist das Netzwerk Psychische Gesundheit (NWpG) der Techniker Krankenkasse (TK), das seit dem Jahr 2009 in 13 Regionen aufgebaut wurde (vgl. Ruprecht 2011, Misslbeck 2013). Nach eigenen Angaben der TK hat es die Krankenhausausgaben für diese Patienten halbiert. Jeder Patient hat einen persönlichen Ansprechpartner, seinen Bezugsbegleiter. Tritt eine akute Krise auf, reichen die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten von der Telefonberatung über den Hausbesuch bis zum Aufenthalt in einer Krisenpension. Interessant ist das Capitation-Vergütungsmodell dieses integrierten Projekts. Die Kasse hat die prospektiven Klinikkosten der Netzwerk-Patienten vorausgerechnet und stellt diese Summe ihren Vertragspartnern als Budget zur Verfügung. Die Betreuung der Patienten erfolgt mit Hilfe regionaler Teams, Ärzte werden im Bedarfsfall hinzugezogen.

Ob sich die ambulante Netzwerkversorgung für die Krankenkassen letztlich auszahlt, muss noch evaluiert werden. Erfahrungen mit anderen Integrationsprojekten zeigen, dass zu enge Refinanzierungs- und Vergütungsregeln bzw. ein zu kurzer Zeithorizont ein schwerwiegendes Hindernis darstellen. Zugleich existieren noch zu viele lokale Versorgungsinseln, flächendeckende, populationsorientierte Verträge sind nach wie vor in der Minderheit.

Ausblick: Ökonomische Aspekte psychosozialer Erkrankungen

Sicherlich besteht nach wie vor das Erfordernis eines intensiveren gesellschaftlichen Dialogs über den Umgang mit Problemen und Störungen auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen. Auch präventive Konzepte sollten stärker Berücksichtigung finden, beispielsweise Programme, die grundlegende Kompetenzen zur Lebensführung vermitteln. Dazu rechnet auch eine stärker psychosomatisch ausge-

richtete Medizin, welche die gegenwärtig eher technisch orientierte Medizin unterstützt und ergänzt.

Im Mai 2013 stellte die American Psychiatric Association (APA) bei ihrem Jahrestreffen in San Francisco die fünfte Ausgabe ihres Diagnosekatalogs („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“) vor: Das DSM-5 listet die überarbeiteten Kriterien für die Diagnose und Klassifikation psychischer Störungen neu auf, bleibt aber überwiegend bei rein symptomatischen Beschreibungen der psychischen Leiden (vgl. Weber 2013). Künftig geht es auch verstärkt um kausale Analysen, d.h. die seelischen Krankheiten sollen in Beziehung gesetzt werden zu ihren biologischen, genetischen und neuronalen Ursachen. Das könnte auch der forschenden pharmazeutischen Industrie einen Weg aus der Innovationskrise aufzeigen.

Unter volkswirtschaftlichen Aspekten gehen psychosoziale Erkrankungen nicht nur mit hohen direkten, sondern auch mit hohen indirekten Kosten einher, d.h. Verlusten an Wertschöpfung durch eine verringerte Produktivität, durch Arbeitsunfähigkeit und durch den vorzeitigen Tod des Patienten. Die indirekten Kosten erreichen nahezu das Niveau der direkten Kosten, in einigen Bereichen fallen sie sogar höher aus. Mit Blick auf die Verteilung der Kosten psychischer Erkrankungen auf Einrichtungen entfallen nahezu 60 Prozent auf den stationären und teilstationären Bereich.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und der Verschiebung der Altersstruktur kommen kosteneffektiven Ansätzen im Bereich psychischer Erkrankungen eine besondere Bedeutung zu. Durch Fortschritte in der Grundlagenforschung (z.B. durch Genom-Forschung) dürften sich auch im Pharmabereich neue Targets ergeben, welche den bestehenden Stillstand überwinden helfen können. Der Fokus könnte hier verstärkt auf Proof-of-Concept-Studien liegen, die bereits vor Beginn der klinischen Phasen über die Erfolgsaussichten pharmazeutischer Innovationen informieren.

Literatur beim Verfasser

E-Mail-Kontakt:
Volker.Ulrich@uni-bayreuth.de

.....
PROF. DR. RER. POL. VOLKER ULRICH
.....



Professor Dr. Volker Ulrich hat an der Universität Mannheim in Volkswirtschaftslehre und Finanzwissenschaft promoviert und habilitiert. 1997-2002 Lehrstuhlinhaber an der Universität Greifswald, seit 2002 Lehrstuhlinhaber an der Universität Bayreuth. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie (DGGÖ) im Turnus 2010-2011.

