



Bayerische Gesellschaft
für psychische Gesundheit e. V.



JE KRÄNKER, DESTO TEURER?

Eine explorative Studie über den Zusammenhang
zwischen Erkrankungsschwere und Versorgungskosten

GLIEDERUNG

- Gesundheitsökonomie in der Sozialpsychiatrie
- Die explorative Studie
 - Studiendesign und - durchführung
 - Allgemeine Ergebnisse
 - Fragestellungsspezifische Ergebnisse
 - Interpretation der Ergebnisse
- Diskussion



GESUNDHEITSÖKONOMIE IN DER SOZIALPSYCHIATRIE

GESUNDHEITSÖKONOMIE IN DER SOZIALPSYCHIATRIE

- Deutschland gibt im internationalen Vergleich sehr viel Geld für die sozialpsychiatrische Versorgung aus.[1, 2]



GESUNDHEITSÖKONOMIE IN DER SOZIALPSYCHIATRIE

- Deutschland gibt im internationalen Vergleich sehr viel Geld für die sozialpsychiatrische Versorgung aus.[1, 2]
- Dies erscheint zwar angemessen[3, 4, 5]



Table 2

Lifetime rate of consultation for “emotions or mental health problems” according to lifetime mental health status

Mental health status	N ^a	Belgium		France		Germany		Italy		Netherlands		Spain		p ^b
		%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	%	95% CI	
Overall sample	8,796	23.4	19.5–27.8	27.8	24.8–31.1	22.3	19.7–25.1	9.7	8.4–11.2	29.9	26.2–33.8	15.4	13.5–17.5	<.001
No disorder	6,516	12.5	9.8–18.4	16.8	13.1–21.2	14.4	11.7–17.6	4.8	3.6–6.4	17.2	13.2–22.0	8.2	6.2–10.8	<.001
Any disorder	2,280	47.8	40.8–55.0	45.5	40.7–50.3	46.3	40.6–52.0	31.4	27.4–35.7	57.9	52.0–63.1	44.1	38.5–49.8	<.001
Any mood disorder	1,292	62.4	56.4–67.9	58.3	53.6–62.9	62.3	56.6–67.7	37.0	32.6–41.7	71.0	64.6–76.5	60.4	55.4–65.1	<.001
Any anxiety disorder	1,286	50.3	41.1–59.6	46.8	39.8–53.8	48.3	40.6–56.0	33.1	27.4–39.3	63.6	55.2–71.3	44.3	36.2–52.7	.001
Any mood and anxiety disorder	544	68.3	56.3–78.3	67.5	60.5–73.8	70.8	62.3–78.1	45.0	37.6–52.6	78.9	70.7–85.3	67.5	60.2–74.1	<.001
Alcohol use disorder	432	35.1	23.0–49.5	30.8	20.4–43.6	40.3	28.6–53.3	16.5	7.7–32.1	45.9	33.7–58.7	16.1	8.6–28.1	.020

^a Weighted

^b Differences between countries

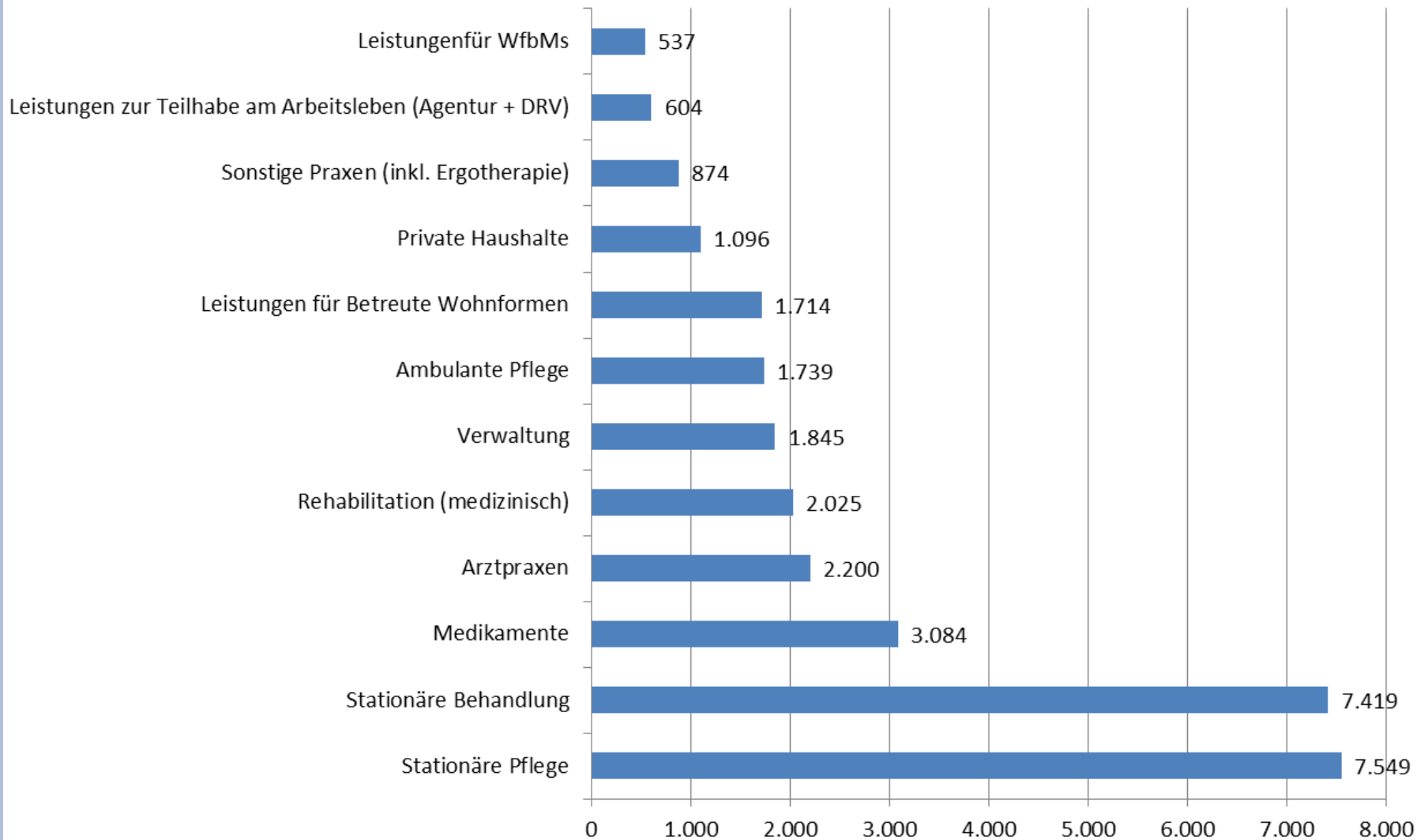
Lebenszeitbehandlungsquoten nach der ESEMeD/MHEDEA 2000 - Studie
 (Quelle: Kovess-Masfety et al., 2007, S.215)



GESUNDHEITSÖKONOMIE IN DER SOZIALPSYCHIATRIE

- Deutschland gibt im internationalen Vergleich sehr viel Geld für die sozialpsychiatrische Versorgung aus.[1, 2]
- Dies erscheint zwar angemessen[3, 4, 5] führt aber trotzdem nur zu einer „mittelmäßigen“ Versorgungsqualität.[6, 7]





Ausgaben in Mio. € für psychische Erkrankungen im Jahr 2008, geordnet nach Leistungsart
 (Quelle: GBE, 2013a, ohne Seite - sowie selbst errechnete Daten)



GESUNDHEITSÖKONOMIE IN DER SOZIALPSYCHIATRIE

- Deutschland gibt im internationalen Vergleich sehr viel Geld für die sozialpsychiatrische Versorgung aus.[1, 2]
- Dies erscheint zwar angemessen[3, 4, 5] führt aber trotzdem nur zu einer „mittelmäßigen“ Versorgungsqualität.[6, 7]
- Die Verteilung der Ressourcen im Hilfesystem ist nur bedingt erklärbar.[8, 9]



GESUNDHEITSÖKONOMIE IN DER SOZIALPSYCHIATRIE

- Deutschland gibt im internationalen Vergleich sehr viel Geld für die sozialpsychiatrische Versorgung aus.[1, 2]
- Dies erscheint zwar angemessen[3, 4, 5] führt aber trotzdem nur zu einer „mittelmäßigen“ Versorgungsqualität.[6, 7]
- Die Verteilung der Ressourcen im Hilfesystem ist nur bedingt erklärbar.[8, 9]
- Ein Großteil der Ressourcen (50-80%) werden von der kleine Gruppe (10-30%) der „Heavy Usern“ genutzt.[10] Unklar ist, ob diese Gruppe die Ressourcen aufgrund der Erkrankungsschwere oder aufgrund sozialer Probleme benötigt.[11]



Forschungsfrage: **Gibt es einen Zusammenhang zwischen Erkrankungsschwere und Versorgungskosten?**





JE KRÄNKER, DESTO TEURER?

(Die explorative Studie)

STUDIENDESIGN UND -DURCHFÜHRUNG

- Forschungsstand zu Kostenprädiktoren in Dtl. sehr lückenhaft. [12] Wenn Daten vorhanden, dann v.a. zu Schizophrenie und stationären Aufenthalten. [13, 14, 15, 16, 17]
- Explorative Studie (=> *nicht repräsentativ*) mit 50 Probanden, die an schweren, vornehmlich chronischen psychischen Erkrankungen leiden und ambulant an das Hilfenetzwerk angebunden sind.
- Regressionsanalysen (*Vorwärts- und Rückwärtsmethode*) um mögliche Kostenprädiktoren aus den Krankheitsschwerevariablen auf die Versorgungskosten zu identifizieren.



STUDIENDESIGN

Krankheitsschwere

- HoNOS-D
- CAN-EU
 - Gesamt, Gedeckt, Ungedeckt
- WHOQOL-BREF
 - Physisch, Psychisch, Soziale Bez., Umwelt, Global
- EPAS
 - Alltag, Soziale Bed., Behandlungspartizipation, Hoffnung, Selbstwert
- Weitere Variablen
 - Aktuell in Arbeit, Alter, Affektive Erkrankung, Geschlecht, Betreute Wohnform, rechtlicher Betreuer, Schulabschluss

Ressourcenverbrauch (CRSSI-D)

- Wohnen
 - BEW, TWG, öffentlich gef.W.
- Arbeitsfähigkeit
- Med. Versorgung
 - Stationär, teilstationär, amb.
- Arbeit
 - WfbM, Außenarbeitsplatz
- Beratung
 - SPDI, BFZ, IFD, TZ etc.
- Krankenkassenleistungen
 - Ergo, Psych. Pflege, Psychoth.
- ges. Betreuung
- Sonstiges
- Medikamente

ALLGEMEINE ERGEBNISSE

○ Stichprobenbeschreibung

- Durchschnittsalter 44 Jahre
- 54% mindestens Realschulabschluss
- 10% mit Partner oder verheiratet
- 34% in TWG oder BEW
- Beschäftigungsquote 48%
- 82% auf Sozialleistungen angewiesen
- 85% Anbindung an Psychiater oder PIA
- Diagnosen F20-F29 => 36%, F30-39 => 38%
- 92% mindestens ein Medikament

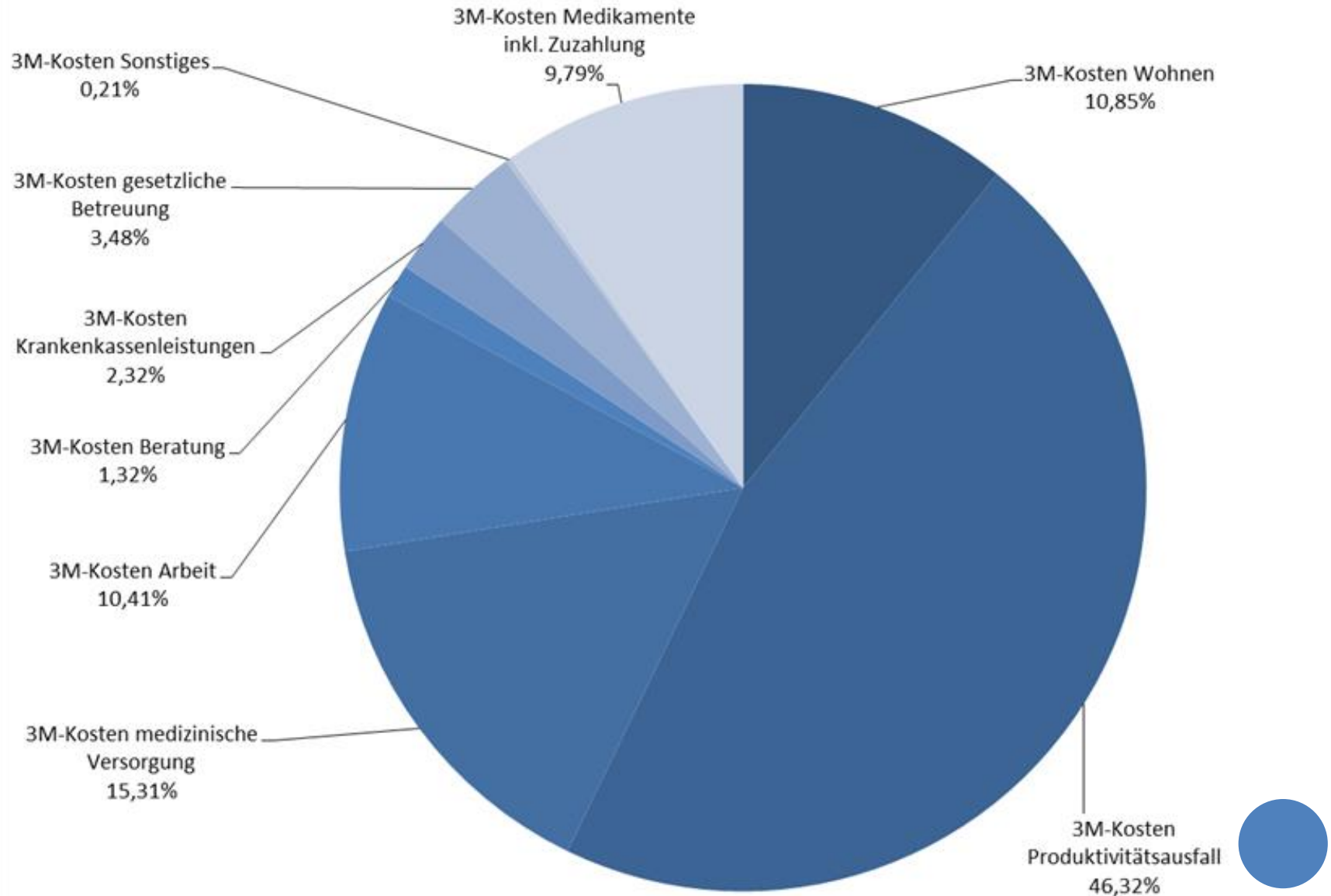


ALLGEMEINE ERGEBNISSE

- Hauptprobleme der Klientel (HoNOS-D):
 - „Gedrückte Stimmung“ ($M=1,98$), „psychische Belastungen“ ($M=1,96$) und „Probleme mit Beziehungen“ ($M=1,70$)
- Hauptbedarfe der Klientel (CAN-EU):
 - „Seelischer Druck“ (80%, 76% ged.) , „Körperliche Gesundheit“ (50%, 42% ged.), und „Soziale Kontakte“ (44%, 38% ged.)
- Lebensqualität (WHOQoL-BREF) insgesamt „durchschnittlich“
 - Schlechteste Werte wg. „negative Gefühle“, „Traurigkeit“, „Verzweiflung“
- Höchstes Empowerment (EPAS) in
 - „Behandlungspartizipation“ ($M=3,68$),
 - am geringsten in den Bereichen „Soziale Beziehungen, Sexualität, Freizeit“ ($M=3,09$) und „Hoffnung und Selbstwirksamkeit“ ($M=3,19$)
- Durchschnittlicher Ressourcenverbrauch (CRSSI-D)
 - $M=9.411,29$ € in 3 Monaten ($SD=6.096,22$ €)



ALLGEMEINE ERGEBNISSE



Einführung

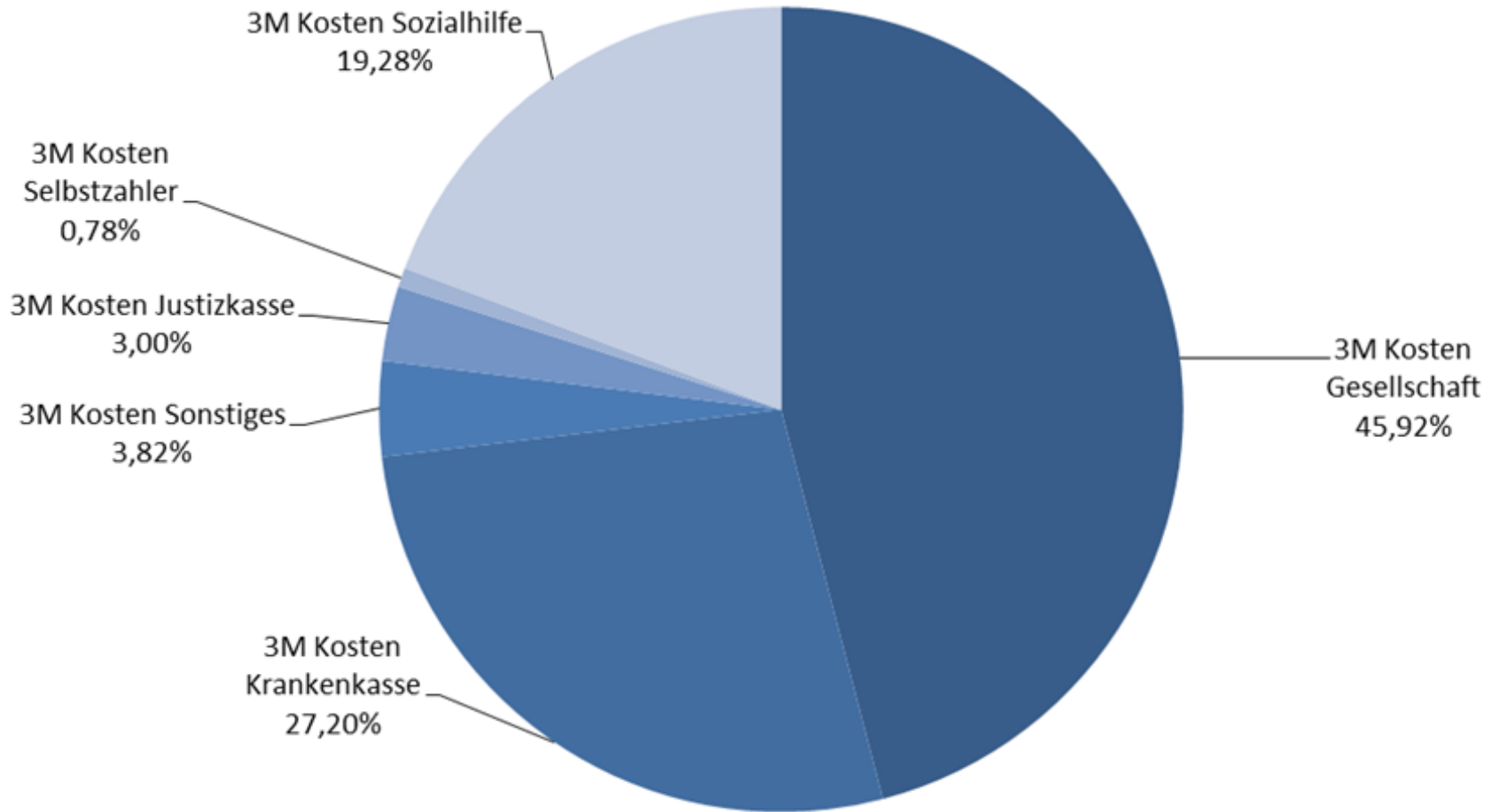
Vorgehen

Ergebnisse


Interpretation

Diskussion

ALLGEMEINE ERGEBNISSE



SPEZIFISCHE ERGEBNISSE

Regressionsmodell	„3M-Gesamtkosten“					
N	50					
Korrigiertes R-Quadrat	.676 					
Standardfehler des Schätzers	3476,8439253					
F-Wert und Signifikanz	F (6,40) = 16.992, p < .001					
Prädiktoren	b	Bootstrap			β	
		CI 95%		SD		p
WHO Domäne „Soziale Bedingungen“ (range: 0-100)	145.833	62.896	218.239	38.844	.002	.484
Rechtlicher Betreuer vorhanden (0=Nein; 1=Ja)	2994.596	973.54	5292.399	1103.653	.012	.243
Lebt in betreuter Wohnform (0=Nein; 1=Ja)	7299.743	5072.588	9399.681	1134.578	.001	.572
EPAS Dimension „Soziale Beziehungen“ (range: 1-5)	-4481.495	-7142.969	-1812.739	1324.373	.002	-.440
Alter der Probanden (in Jahren)	-160.405	-249.801	-66.365	47.146	.002	-.316
WHO Domäne „Physisch“ (range: 0-100)	-79.834	-158.137	-3.447	36.641	.041	-.234

Einführung

Vorgehen

Ergebnisse

Interpretation

Diskussion

FRAGE 1: KRANKHEITSSCHWERE?

1. **HoNOS-D** und **CAN-EU** nicht Teil der Regressionsanalyse?
 - Psychische Erkrankungen verlaufen schubweise und das Hilfesystem reagiert darauf zeitverzögert
 - Inanspruchnahme von Ressourcen führt zur Verringerung der Krankheitsschwere
 - Kostengünstige Deckung von massiven Bedarfen
 - Medizinische Krankheitsschwere vs. "weiche" Faktoren wie "soziales Empowerment"

=> Längsschnittsstudie notwendig



THESE 1: ÜBERVERSORGUNG?

1. „Rechtliche Betreuung vorhanden“ &

(0=Nein, 1=Ja; b = 2944,60)

„Lebt in Betreuter Wohnform“

(0=Nein, 1=Ja; b = 7299,74)

- Beide Faktoren erhöhe die Versorgungskosten über ihre jeweiligen Einzelkosten hinaus.
- Da keinerlei Zusammenhang zwischen beiden Variablen und den Krankheitswerte aus dem HoNOS-D oder auch den Bedarfen des CAN-EU zu finden sind, ist es möglich, dass beide zur Überversorgung der Klientel neigen.
- Beide Variablen sind auch in anderen gesundheitsökonomischen Studien gefunden worden. [18, 19]
- Eine genauere Untersuchung dieser Hypothese "Überversorgung" ist notwendig.



THESE 2: BEDEUTUNG SOZIALER NETZWERKE?

2. WHOQoL „Soziale Bedingungen“ (Range: 0-100; b = 145,83) & EPAS „Soziale Beziehungen“ (Range: 0-5; b = - 4471,50)

- Schwer chronisch psychisch kranke Menschen verfügen meist nur über sehr kleine und instabile soziale Netzwerke. Die vorhandenen Netzwerke spielen sich meist im professionellen Kontext ab. Allein das Vorhandensein von Netzwerken ist mit Versorgungskosten verbunden. [20, CAN-EU, EPAS]
- Vorhandene soziale Netzwerke können Stress abfangen, wenn diese nutzbar sind. Dies kann zur Verminderung von Versorgungskosten führen.
- Sinnvoll wäre daher – neben weiterer Forschung – der Ausbau von sozialen Netzwerken außerhalb des professionellen Versorgungssystems.



FAZIT UND SCHLUSSFOLGERUNGEN

- Medizinische Krankheitsschwere nur mittelbarer Einfluss - eher „weiche“ Faktoren
- Unsinnig und ethisch fragwürdig, rechtliche Betreuer oder betreute Wohnformen abzuschaffen, aber Überversorgung thematisieren
- Mit sozialem Kompetenztraining, Antistigma-Kampagnen oder Gemeinwesenarbeit soziales Empowerment stärken
- Weitere genaue Untersuchungen notwendig, um stichhaltige Daten zu liefern





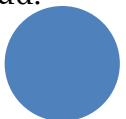
HERZLICHEN DANK FÜR IHRE
AUFMERKSAMKEIT !

LITERATURVERZEICHNIS

- [1] Salize, H.J.; Kilian, R. (2010): Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie. Konzepte, Methoden, Analysen. Kohlhammer: Stuttgart. S.22.
- [2] WHO (World Health Organisation) (2006): Dollars, DALYs and Decisions: Economic Aspects of the Mental Health System. URL: http://www.who.int/mental_health/evidence/dollars_dalys_and_decisions.pdf (zuletzt geprüft 24.11.2014). S.17.
- [3] WHO (World Health Organisation) (2006): Dollars, DALYs and Decisions: Economic Aspects of the Mental Health System. URL: http://www.who.int/mental_health/evidence/dollars_dalys_and_decisions.pdf (zuletzt geprüft 24.11.2014). S.45.
- [4] RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2006): Gesundheitsbedingte Frühberentung. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 30. URL: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/fruehberentung.pdf?__blob=publicationFile (zuletzt geprüft 24.11.2014). S.15.
- [5] TK (Techniker Krankenkasse) (Hrsg.) (2012): Gesundheitsreport 2012. Mobilität, Flexibilität, Gesundheit. URL: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/457490/Datei/118375/Gesundheitsreport%202012.pdf> (zuletzt geprüft: 24.11.2014). S.78.
- [6] Kovess-Masfety, V.; Alonso, J.; Brugha, T.S.; Angermeyer, M.C.; Haro, J.M.; Sevilla-Dedieu, C. (2007): Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. In: Psychiatric Services. 58(2). S.215.
- [7] Fernandez, A.; Haro, J.M.; Martinez-Alonso, M.; Demyttenaere, K.; Brugha, T.S.; Autonell, J.; Girolamo, G.; Bernert, S.; Lepine, J.P.; Alonso, J. (2007): Treatment adequacy for anxiety and depressive disorders in six European countries. In: British Journal of Psychiatry. 190. S.172.

LITERATURVERZEICHNIS

- [8] GBE (Gesundheitsberichterstattung des Bundes) (2013): Krankheitskosten in Mio. € für Deutschland. Gliederungs-merkmale: Jahre, Geschlecht, ICD10, Einrichtung. URL: <http://www.gbe-bund.de/gbe10/i?i=554D> (zuletzt geprüft: 24.11.2014).
- [9] Sachverständigenrat (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen) (2012): Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012. URL: http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2012/GA2012_Langfassung.pdf (zuletzt geprüft 24.11.2014). S.23f.
- [10] Roick, C.; Gärtner, A.; Heider, D.; Angermeyer, M.C. (2002): Heavy user psychiatrischer Versorgungsdienste. Ein Überblick über den Stand der Forschung. In: Psychiatrische Praxis. 29: S.334.
- [11] Roick, C. (2002): Heavy User: Geheimnisvolle Forschung. In: Psychiatrische Praxis. 29. S.332.
- [12] Salize, H.J.; Kilian, R. (2010): Gesundheitsökonomie in der Psychiatrie. Konzepte, Methoden, Analysen. Kohlhammer: Stuttgart. S.148.
- [13] Salize, H.J.; Rössler, W. (1996): The cost of comprehensive care of people with schizophrenia living in the community. A cost evaluation from a German catchment area. In: British Journal of Psychiatry. 169(1). S.43.
- [14] BMAS (Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung) (Hrsg.) (2005): Leistungsprofile und Kosten einer gemeindeintegrierten psychiatrischen Versorgung. Eine Untersuchung zur Versorgungssituation von Menschen mit schizophrenen Erkrankungen im Gemeindepsychiatrischen Verbund GPV München-Süd. Band 153. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung. Nomos Verlagsgesellschaft: Baden-Baden. S.17.



LITERATURVERZEICHNIS

- [15] McCrone, P.; Johnson, S.; Thornicroft, G. (2001): Predicting the Cost of Community Care for Individuals With Severe Mental Illness in South London. In: Schizophrenia Bulletin. 27(4). S.657.
- [16] Kilian, R.; Roick, C.; Matschinger, H.; Bernert, S.; Mory, C.; Angermeyer, M.C. (2001): The analysis of the cost structures of the treatment of schizophrenia by means of standardized assessment instruments. In: Psychiatrische Praxis. 28 (2). S.102.
- [17] Byford, S.; Barber, J.A.; Fiander, M.; Marshall, S.; Green, J. (2001): Factors that influence the cost of caring for patients with severe psychotic illness; Report from the UK 700 trial. In: British Journal of Psychiatry. 187. S.443.
- [18] Dielentheis, T.F.; Priebe, S. (2002): Patientenmerkmale, Behandlungsdauer und Kosten in einem gemeindepsychiatrischen Versorgungsmodell. Eine Analyse über 23 Jahre. In: Psychiatrische Praxis 2002. 29. S.186.
- [19] Byford, S.; Barber, J.A.; Fiander, M.; Marshall, S.; Green, J. (2001): Factors that influence the cost of caring for patients with severe psychotic illness; Report from the UK 700 trial. In: British Journal of Psychiatry. 187. S.441-445f.
- [20] Rüesch, P.; Neuenschwander, M. (2004): Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung. In: Rössler, W. (Hrsg.) (2004): Psychiatrische Rehabilitation. Unter Mitarbeit von Ch. Lauber. Springer-Verlag: Berlin, Heidelberg. S.10.

