

newsletter

zum Thema

Depression

Die Depression ist eine ernst zu nehmende schwerwiegende Krankheit mit vielen Gesichtern, die jeden Menschen treffen kann. Die WHO prognostiziert, dass sie in etwa 10 bis 15 Jahren in den Industrienationen die häufigste psychische Krankheit sein wird und damit einen erheblichen Anteil an der weltweiten Krankheitslast haben wird. Dies berührt auch Bereiche der Versicherungswirtschaft.

Definition

Depressionen gehören zu den Affektstörungen, die durch klinisch bedeutsame Veränderungen der Stimmungslage gekennzeichnet sind. Häufig maskieren körperliche Symptome die Erkrankung, oft ist sie mit Angststörungen kombiniert. Depressionen können einmalig im Leben auftreten oder rezidivierend in wiederkehrenden Episoden. Im internationalen Klassifikationssystem psychischer Erkrankungen nach ICD10 (erstellt von der WHO) lautet die Krankheitsbezeichnung „depressive Episode (MDE, major depressive episode)“ und „rezidivierende depressive Störung“. Eine Diagnose wird nach definierten Symptomen und zeitlichem Bestehen - mindestens 2 Wochen anhaltend - gestellt. Das DSM-IV ist ein Klassifikationssystem der USA und beinhaltet weitere diagnostische Kriterien. Eine MDE wird diagnostiziert, wenn mindestens fünf Symptome vorhanden sind, die auf eine Depression hinweisen: Gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, verminderter Antrieb, Selbstbewusstseinsverlust, unbegründete Selbstvorwürfe, unangemessene Schuldgefühle, vermindertes Konzentrationsvermögen, wiederkehrende Gedanken an den Tod, Appetit- und Schlafstörungen.

Aktueller Anlass

In den späten 1990er Jahren wurde die World Mental Health (WMH) Survey Initiative der WHO gestartet, die bisher größte koordinierte länderübergreifende Studienserie zur Epidemiologie psychiatrischer Erkrankungen. Daten wurden auf Basis strukturierter und standardisierter Interviews erhoben. Diese Technik nutzend hat ein internationales Forscherteam im Juli 2011 Ergebnisse der ersten Studie veröffentlicht, die das Auftreten von Depressionen in reichen Ländern (hohes BIP) mit Schwellen- und Entwicklungsländern verglich. Dafür wurden Interviews mit mehr als 89.000 Menschen in 18 Ländern geführt und dabei das Befinden der Probanden sowie bereits durchlebte depressive Episoden (MDE) erfasst (www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-9-90.pdf). Die zehn Länder mit hohem Einkommen waren Deutschland, Belgien, Frankreich, Israel, Italien, Japan, Niederlande, Neuseeland, Spanien und USA; die acht mit mittlerem und niedrigerem Einkommen: Brasilien, Kolumbien, Indien, China, Libanon, Mexiko, Südafrika sowie die Ukraine. Die Studie unterstrich erneut, dass Depressionen in allen Regionen der Welt ein großes Problem sind; derzeit sind etwa 121 Mio. Menschen jährlich betroffen (EU: 21 Mio, USA: 19 Mio). 15% der Menschen in Ländern mit hohem BIP haben ein Risiko, im Lauf ihres Lebens an einer depressiven Episode zu erkranken. In Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen liegt das Risiko bei 11%. Frauen erkranken doppelt so häufig wie Männer. Der Anteil von Menschen mit klinisch manifester MDE bzw. durchgemachter Episode war laut Studie in den reichen Ländern deutlich erhöht: 28% gegenüber 20% in Entwicklungs- und Schwellenländern. Besonders viele Menschen, mehr als 30%, waren in Frankreich, den USA und den Niederlanden betroffen; in China hingegen nur 12%. Weitere Studien sollen nun Aufschluss

über Zusammenhänge mit demografischen Risikofaktoren in den am stärksten durch MDE betroffenen Ländern geben. Vermutlich ist vor allem eine wesentliche Einflussgröße der durch die moderne Arbeitswelt bedingte Stress (hohe Arbeitsbelastung, Angst vor einem Arbeitsplatzverlust, Mobbing).

**Sozio-
Ökonomische
Aspekte und
Kosten** Eine Depression (www.psychosoziale-gesundheit.net) ist für Betroffene eine erhebliche Belastung, verbunden mit einem großen Leidensdruck und Verlust von Lebensqualität, und hat insbesondere Folgen für zwischenmenschliche und berufliche Beziehungen. Die mit der Diagnose verbundenen volkswirtschaftlichen Kosten werden zu einer stetig wachsenden Herausforderung. Denn trotz hoher Erfolgsraten und guter Prognose bei frühzeitiger adäquater Behandlung (Antidepressiva, Psychotherapie) ist festzustellen, dass in der EU höchstens ein Drittel aller Betroffenen irgendeine Form professioneller Aufmerksamkeit oder eine Therapie erhalten. Zudem beginnt die Behandlung meist erst Jahre nach Krankheitsbeginn und entspricht oft nicht den Minimalanforderungen an eine adäquate Therapie (European Neuropsychopharmacology 2011; 21: 655-679). Unbehandelt können Depressionen chronifizieren oder verschiedene körperliche Symptome verstärken und so einen erhöhten Behandlungsbedarf nach sich ziehen. Etwa 30% der Patienten müssen innerhalb von zwei Jahren erneut mit psychischen Störungen stationär behandelt werden; schon im ersten Monat nach der Entlassung kehrt jeder Zehnte zurück, ein Fünftel innerhalb von drei Monaten (Krankenhausreport Barmer). Etwa 10-15% der Erkrankten verüben einen Selbstmordversuch. Patientenbefragungen ergaben, dass zwischen 8-17% vom Krankenhaus keine Empfehlung zur ambulanten Weiterbehandlung erhielten. Mangelnde Abstimmung zwischen stationärer und ambulanter Versorgung, zu wenig freie Therapieplätze, eine fehlende schnelle Anschlussbehandlung, eine Bedarfsplanung, die dem realen Versorgungsbedarf nicht gerecht wird, mögen ursächlich sein. Depressionen verursachen insgesamt einen erheblichen Anteil der weltweiten Krankheitslast (Disability-Adjusted Life Year, DALY, Nr. 1 in 17 EU-Staaten, Nr. 4 weltweit) zumal auch vielfältige beträchtliche körperliche Erkrankungen assoziiert sind (Bundesgesundheitsblatt 2011 54:15-21). In Deutschland waren 2010 8,5 von 1.000 Versicherten wegen psychischer Störungen im Krankenhaus, 1990 waren es noch 3,7. Mit durchschnittlich 31 Tagen Verweildauer und 17% aller Krankenhaustage liegt dies bereits über den Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die direkten medizinischen Kosten pro Patient und Behandlungen schwanken in der EU zwischen 200€ und 14.000€ (Eur J Neurol 12, Suppl. 1, Andlin-Sobocki et al (2005)), wobei dies nur etwa 35% der Kosten ausmacht. Die Hauptkostenlast bedingt durch Arbeits- und Berufsunfähigkeit, Frühberentung, Arbeitsminderleistung tragen die sozialen Systeme und Arbeitgeber. Insgesamt werden in der EU jährlich etwa 1% des BIP (255€ pro Einwohner) für depressiv Erkrankte aufgewendet (http://ec.europa.eu/health/mental_health). Ein Betroffener mit depressiven Episoden ist im Schnitt jährlich zu etwa 25% arbeitsunfähig, ein Diabetiker dagegen nur zu 12%. Depressionen sind in der EU der Hauptgrund für Produktivitätsverlust. Etwa 13% der Einwohner erkranken einmal zu irgendeinem Zeitpunkt ihres Lebens. In ca. 32% sind psychische Erkrankungen Ursache für Berufsunfähigkeit. In den vergangenen zehn Jahren haben umfangreiche Forschungen über die psychischen Folgen von Katastrophen gezeigt, dass vor allem Depressionen, Angststörungen und posttraumatische Belastungsstörungen bei einem Großteil der Betroffenen, oft auch assoziiert mit somatischen Symptomen, resultieren. Es ist daher anzunehmen, dass dies auch für die Länder gilt, die jüngst von Umwelt- oder Gesellschaftskatastrophen sowie Kriegen betroffen waren, verbunden mit langfristigen sozialen, kulturellen und ökonomischen Auswirkungen. In der EU fehlen insbesondere Daten zur Prävalenz und Epidemiologie der Altersgruppe ab 65. 2008 wurde deshalb das MentDis 65+ Projekt der Europäischen Kommission gestartet (www.mentdiselderly.eu). Auch zu Kindern und Jugendlichen sind derzeit noch wenig Daten vorhanden.

**Hinweise
für das
Underwriting**

Die Depression ist eine ernst zu nehmende Krankheit und für verschiedene Versicherungssparten relevant. Bei bekannten psychischen Krankheiten werden die Antragsteller von Lebens-, Unfall-, und Rentenversicherung einem differenzierten Risikoprüfungsprozess unterzogen, der eine Entscheidungshilfe zu Versicherbarkeit, Risikozuschlägen, Ablehnung bzw. Zurückstellung darstellt. Die Schadenhäufigkeit durch psychische Erkrankungen bei der Unfall- und Berufsunfähigkeitsversicherung steigt derzeit deutlich. Hier spiegelt sich die zunehmende Anerkennung von psychischen Leiden als Unfallfolge wider.

Andere Sparten haben bislang weniger auf das Problem der Invalidität durch psychische Erkrankungen und die sich dadurch rapide ändernde Situation bei Krankheits- und Berufsunfähigkeitsrisiken reagiert.

Versicherer sind daher angehalten, neue Versicherungs- und Servicelösungen für den Bereich der psychischen Erkrankungen zu entwickeln bzw. Disease- und Case-Management-Programme aufzulegen. Ziel sollte sein, die direkten Gesundheitskosten zu erhöhen (Aufklärung, Früherkennung, Information, umfassende Angebote, Zugang zum gesamten Spektrum und Umfang von Therapieangeboten), um langfristig die enormen indirekten Kosten zu senken. Denkbar wären maßgeschneiderte Deckungskonzepte und -tarife.

Dabei darf nicht vergessen werden, auch im eigenen Betrieb Maßnahmen für die psychische Gesundheit der Arbeitnehmer zu treffen, denn hier kommen Minderungen und Ausfall von Arbeitsleistungen direkt zum Tragen. Entsprechend sollten bei der Risikobewertung zu versichernder Unternehmen, vorhandene Programme für psychische Gesundheit sowie Programme zur Früherkennung und -intervention am Arbeitsplatz nachgefragt werden. Möglicherweise werden demnächst Präventionsprogramme, die die Finanzierung eines vorbeugenden Gesundheitsschutzes in diesem Bereich sichern, gesetzlich verankert.

Die Produkthaftung wird unmittelbar berührt, z.B. im Bereich Pharma, da bei steigender Nachfrage neue medikamentöse Ansätze entwickelt und neue Produkte zugelassen werden (inklusive solche zur Selbstmedikation). Die Deckelung der zur Therapie verfügbaren Ausgaben kann zu einer Unterversorgung im Bereich der Antidepressiva und zur Verschreibung günstigerer Substanzen führen, die möglicherweise nicht dem aktuellen Stand der Forschung entsprechen.

Im Rahmend der Diskussion um Gentests sei darauf hingewiesen, dass die Neigung eines Menschen zu Depressionen offenbar vererblich ist und von der Länge des Gens 5-HTT (5-HT-Transporter für Serotonin) abhängt. Ferner können Deckungen betroffen sein, bei denen eine Depression Leistungsauslöser sein kann wie z.B. Erwerbsunfähigkeitsversicherung, betriebliche und private Altersvorsorge, Reiserücktritts-, Krankenzusatz-, Restschuld-, Fluguntauglichkeitsversicherung, etc.

Kontakt

AssTech GmbH
Postfach 1211
85766 Unterföhring bei München
Telefon + 49 89 3844-1585
Telefax + 49 89 3844-1586
info@asstech.com
www.asstech.com