

# Die Excess-Kosten von Agoraphobie mit Panikstörung in Deutschland

Bleibler F<sup>1</sup>, Brettschneider C<sup>1</sup>, Gensichen J<sup>2</sup>, Hiller TS<sup>2</sup>, König HH<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg Center for Health Economics (HCHE) <sup>2</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

## Hintergrund und Ziel

### Hintergrund

- Agoraphobie ist eine Angsterkrankung, bei der betroffene Patienten Vermeidungsverhalten gegenüber bestimmten Situationen, z.B. auf öffentlichen Plätzen, zeigen
- Ca. 4,0% der deutschen Bevölkerung zwischen 18 und 79 Jahren sind erkrankt
- Agoraphobie geht häufig mit Panikstörungen einher
- Der Leidensdruck von Patienten mit Agoraphobie ist hoch, dies zeigt sich in einer stark reduzierten gesundheitsbezogenen Lebensqualität

### Ziel der Studie

In Deutschland sind die Excess-Kosten von Patienten mit Agoraphobie und einer Panikstörung (APS) nicht erforscht. Ziel dieser Arbeit ist es, die Excess-Kosten von APS gegenüber einer angstfreien Population (AF) zu schätzen.

## Ergebnisse I

Kovariaten\* der angstfreien (AF) und Agoraphobie mit Panikstörung (APS) - Population vor und nach Entropy Balancing

	Prä-Balancierung		Post-Balancierung	
	APS (n=307)	AF (n=3.181)	APS (n=307)	AF (n=3.181)
Ø Alter	46,06	56,24	46,06	46,02
Geschlecht (weiblich)	0,765	0,489	0,765	0,765
In Partnerschaft lebend	0,495	0,455	0,495	0,495
Ø Personen im Haushalt	2,454	2,012	2,454	2,451
<b>Bildungsniveau</b>				
Kein Abschluss	0,036	0,007	0,036	0,036
Niedrig	0,287	0,273	0,287	0,287
Mittel	0,420	0,307	0,420	0,420
Hoch	0,257	0,413	0,257	0,257
Beschäftigte	0,616	0,458	0,616	0,615
<b>Somatische Komorbiditäten</b>				
Lungenerkrankungen	0,137	0,141	0,137	0,137
Gelenkerkrankungen	0,143	0,295	0,143	0,143
Stoffwechsellstörungen	0,306	0,239	0,306	0,306
Diabetes	0,101	0,107	0,101	0,101
Chronische Schmerzen	0,046	0,238	0,046	0,046
Erkrankung Verdauungstrakt	0,238	0,162	0,238	0,238
Krebs	0,033	0,094	0,033	0,033
Herz-Kreislauferkrankung	0,410	0,328	0,410	0,410
Hauterkrankungen	0,078	0,124	0,078	0,078
Osteoporose	0,016	0,066	0,016	0,016
<b>Psychische Komorbiditäten</b>				
Posttraumatische Belastungsstörung	0,013	0,019	0,013	0,013
Somatoforme Erkrankungen	0,094	0,032	0,094	0,094
Essstörungen	0,003	0,014	0,003	0,003
ADHS	0,000	0,004	0,000	0,000
Abhängigkeitserkrankungen	0,029	0,016	0,029	0,029
Psychosen	0,003	0,005	0,003	0,003
Depressionen	0,251	0,039	0,251	0,251

\* Mittelwert: Alter und Personen im Haushalt, Anteil: Restliche Kovariaten.

## Methoden

### Datengrundlage

Zwei Beobachtungsstudien:

- Klinische Interventionsstudie zur hausärztlichen Behandlung von Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie („Jena-PARADIES“) (n=315)
- Daten einer für Deutschland repräsentativen Telefonbefragung (n=5.005)
  - Ausschluss: Personen mit Angsterkrankungen (n=265), Anzeichen für eine Angsterkrankung auf PHQ-4 (n=1.448), fehlende Werte (n=78)

Erhobene Daten:

- Informationen über soziodemographische Merkmale, Komorbiditäten, Leistungsanspruchnahme und krankheitsbedingte Fehlzeiten über 6 Monate

### Kostenbewertung

Gesellschaftliche Perspektive (Kostenjahr 2012)  
Ausschluss Kostenausreißer (>99%-Perzentil)
 

- „Jena-PARADIES“ (n=8)
- Telefonbefragung (n=33)

### Imputationsverfahren („Jena-PARADIES“)

„Multiple Imputation by Chained Equations“
 

- Methode: Predictive Mean Matching
- Anzahl: 40 Imputationsdatensätze

### Balancierung

Um vergleichbare Gruppen zu erhalten, wurde die AF-Population basierend auf soziodemographischen Merkmalen und Komorbiditäten auf die APS-Population mittels Entropy Balancing balanciert.

### Regressionen

Es wurden gewichtete Generalized Linear (GL) und Two-Part Modelle verwendet, um Excess-Kosten zu schätzen.

## Ergebnisse II

Post-balancierte durchschnittliche 6-Monatskosten der angstfreien (AF) und Agoraphobie mit Panikstörung (APS) -Population, sowie Excess-Kosten in Euro

	APS (n=307)		AF (n=3.181)		Excess-Kosten (APS vs. AF)	
	MW (SA)	MW (SA)	MW (SA)	MW (SA)	Δ Kosten	95% KI P-Value
<b>Direkte Kosten</b>						
<i>Ambulanter Sektor</i>						
Psychiater/Neurologe	23 (5)	8 (3)	15	(2-27)	0,0200	
Psychologe/Psychotherapeut	139 (20)	21 (5)	119	(78-159)	0,0000	
Allgemeinmediziner	169 (9)	40 (2)	130	(112-148)	0,0000	
Facharzt	120 (11)	138 (12)	-18	(-51-14)	0,2805	
<i>Stationärer Sektor</i>						
Allgemeinkrankenhaus	556 (106)	282 (86)	275	(14-535)	0,0389	
Psychiatrisches Krankenhaus	338 (141)	7 (4)	331	(53-610)	0,0198	
Rehabilitationskrankenhaus	221 (91)	35 (15)	187	(6-368)	0,0433	
<i>Pflegesektor</i>						
Professionelle Pflege	2 (2)	7 (3)	-5	n. A.	n. A.	
Informelle Pflege	673 (149)	95 (31)	579	(281-876)	0,0001	
<b>Gesamte direkte Kosten **</b>	<b>2.242 (298)</b>	<b>631 (103)</b>	<b>1.612</b>	<b>(994-2.229)</b>	<b>0,0000</b>	
<b>Indirekte Kosten</b>						
Absentismus	2.830 (355)	498 (99)	2.331	(1.617-3.045)	0,0000	
<b>Gesamtkosten **</b>	<b>5.072 (473)</b>	<b>1.129 (184)</b>	<b>3.943</b>	<b>(2.950-4.936)</b>	<b>0,0000</b>	

MW= Mittelwert, SA= Standardabweichung, KI = Konfidenzintervall. \*\* GLM, restliche Kategorien wurden mit Two-Part Modellen geschätzt, n. A. = Modell ist nicht konvergiert

## Diskussion und Schlussfolgerung

- Patienten mit APS haben signifikante 6-Monats-Excess-Kosten in Höhe von 3.943€ (2.950€-4.936€)
- Die höchsten direkten Excess-Kosten werden durch Aufenthalte in psychiatrischen und allgemeinen Krankenhäusern verursacht
- Ca. 72% der Excess-Kosten fallen außerhalb der klassischen Versorgungssektoren an
  - Hauptkostentreiber sind informelle Pflegekosten und indirekte Kosten
  - Die größte ökonomische Last wird von den Patienten und deren Angehörige sowie Freunde getragen
  - Um Fehlallokationen zu vermeiden, sollten diese Kostenkategorien in zukünftigen gesundheitsökonomischen Analysen nicht vernachlässigt werden

## Ausgewählte Referenzen

- GENSICHEN J, HILLER TS, BREITBART J, et al. Evaluation of a practice team-supported exposure training for patients with panic disorder with or without agoraphobia in primary care-study protocol of a cluster randomised controlled superiority trial. *Trials*. 2014; 15:112.
- GRUPP H, KÖNIG HH, KONNOPKA A. Health care utilisation and costs in the general population in Germany. *Health Policy*. 2016;120:159-69.
- AZUR MJ, STUART EA, FRANGAKIS C, LEAF PJ. Multiple imputation by chained equations: what is it and how does it work? *International journal of methods in psychiatric research*. 2011; 20:40-49.
- HAINMUELLER J. Entropy balancing for causal effects: A multivariate reweighting method to produce balanced samples in observational studies. *Political Analysis*. 2012; 20:25-46.
- BELOTTI F, DEB P, MANNING WG, NORTON EC. twopm: Two-part models. *Stata Journal*. 2015, 15:3-20.
- HARDIN JW, HILBE JM. Generalized linear models and extensions. Second edition, Stata Press; 2007.

## Kontakt und Förderung

Florian Bleibler (f.bleibler@uke.de)  
Christian Brettschneider (c.brettschneider@uke.de)

Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung,  
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf,  
Hamburg Center for Health Economics

Diese Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert (Förderkennzeichen: 01GY1146 und 01EH1101B)

GEFÖRDERT VOM

