

Übersicht 4.14: Durchschnittliche Anzahl von Psychopharmakaverschreibungen in Oberösterreich nach Wirtschaftsabschnitten und Geschlecht, 2008

| | Arbeiterinnen | ang. Frauen | Arbeiter | ang. Männer |
|--|---------------|-------------|----------|-------------|
| Bergbau, Gewinnung von Steinen und Erden | 2,0 | 4,9 | 7,5 | 3,5 |
| Energieversorgung | 2,3 | 7,0 | 4,8 | 6,4 |
| Land- und Forstwirtschaft; Fischerei | 5,1 | 5,0 | 6,2 | 4,8 |
| Kunst Unterhaltung und Erholung | 5,7 | 7,1 | 4,2 | 6,4 |
| Beherbergung und Gastronomie | 6,0 | 5,7 | 6,7 | 6,8 |
| Erbringung von Finanz- und Versicherungsdienstleistungen | 6,1 | 6,0 | 6,9 | 6,6 |
| Erbringung von sonstigen wirtschaftlichen DL | 6,2 | 6,2 | 7,5 | 6,4 |
| Herstellung von Waren | 6,5 | 6,0 | 6,6 | 5,9 |
| Verkehr und Lagerei | 6,6 | 5,9 | 6,4 | 6,4 |
| Erbringung von freiber., technischen Dienstleistungen | 6,6 | 6,0 | 8,2 | 6,0 |
| Handel Instandhaltung und Reparatur von KFZ | 6,7 | 6,3 | 6,5 | 6,6 |
| Erziehung und Unterricht | 6,7 | 6,5 | 10,3 | 7,1 |
| Bau | 6,9 | 5,6 | 7,0 | 5,3 |
| Erbringung von sonstigen Dienstleistung | 6,9 | 6,2 | 10,5 | 7,1 |
| Wasserversorgung Abwasser- und Abfallentsorgung | 7,1 | 6,1 | 7,3 | 7,6 |
| Öffentliche Verwaltung Verteidigung; Sozialversicherung | 7,4 | 6,6 | 6,6 | 7,7 |
| Private Haushalte | 7,6 | 3,9 | 5,0 | 2,0 |
| Grundstücks- und Wohnungswesen | 7,7 | 5,7 | 9,1 | 8,0 |
| Gesundheits- und Sozialwesen | 7,9 | 6,8 | 9,5 | 7,8 |
| Information und Kommunikation | 8,7 | 6,2 | 5,6 | 6,9 |
| Durchschnitt | 6,3 | 6,0 | 7,1 | 6,3 |

Quelle: HV-INDIDIV, OÖEGKK, WIFO-Berechnungen

4.2.3 Kosten der verordneten Psychopharmaka

Bezogen auf die unselbständig Beschäftigten und Arbeitslosen in Oberösterreich für den Zeitraum 2005 bis 2009, gingen knapp über 61% der verordneten Psychopharmaka an Frauen und knapp weniger als 39% an Männer. Dieser Mengeneffekt führt dazu, dass die Ausgaben für die Heilmittel der Frauen insgesamt höher sind. Bei den Durchschnittskosten pro Person gibt es große geschlechtsspezifische Unterschiede: Bezogen auf die fünf vorhandenen Beobachtungsjahre betragen die Kosten bei Männern durchschnittlich 149 € pro Jahr während sie bei Frauen 133 € betragen (Übersicht 4.15). Diese Unterschiede könnten im Zusammenhang mit unterschiedlichen Packungsgrößen oder Tagesdosen stehen. Diese Informationen waren jedoch nicht vorhanden, um diese Effekte konnten daher die berechneten Durchschnittskosten nicht bereinigt werden.

In diesem Fünf-Jahres-Fenster lag zwischen 2005 und 2009 der Anstieg der durchschnittlichen Kosten von Männern bei +13 %, während die verordneten Psychopharmaka bei Frauen im selben Zeitraum um 11 % zunahmen.

Auch Bencic et. al (2007) beobachteten diesen genderspezifischen Kostenaspekt bei der Verordnung von Antidepressiva, also einer Untergruppe der hier betrachteten Psychopharmaka. Den Geschlechtsunterschied der Kosten pro verordneter Medikamentenpackung sehen sie darin begründet, dass Männer häufiger neuere Medikamente (patentgeschützt und teurer), Frauen hingegen häufiger Generika verordnet bekommen als Männer. Dies erklärt sicherlich auch die hohen Maximalkosten der Medikamentenpackungen, die in den 5 Jahren bei Männern um durchschnittlich 20 % höher liegen als bei Frauen.

Dieser Gender-Unterschied bei den Medikamentenkosten ist nicht nur bei den Psychopharmaka, sondern bei den Heilmitteln insgesamt vorhanden. Es zeigt sich, dass die Durchschnittskosten der an Frauen verordneten Heilmittel um knapp 11% niedriger sind als jene die an Männer gehen.

Die Kosten für die verordneten Heilmittel zeigen einen deutlichen Unterschied zwischen Frauen und Männern: Obwohl Frauen relativ mehr Psychopharmaka verordnet bekommen, sind die Durchschnittskosten pro Packung, wie auch die Maximalkosten bei Frauen, deutlich geringer als bei Männern. Auf die Kosten der Psychopharmaka hat damit der sozialrechtliche Status weniger Einfluss als das biologische Geschlecht.

Übersicht 4.15: Durchschnittskosten pro Psychopharmakaverordnung in €, nach Geschlecht, 2005-2009

| | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Männer, Anzahl | 12.638 | 13.687 | 14.665 | 15.581 | 16.100 |
| Durchschnittskosten in € | 141,8 | 138,6 | 142,2 | 162,6 | 160,1 |
| Frauen, Anzahl | 20.938 | 22.791 | 23.504 | 24.720 | 24.975 |
| Durchschnittskosten in € | 125,3 | 124,7 | 128,4 | 145,3 | 139,4 |

Quelle: HV-INDIDV, OÖEGKK, WIFO-Berechnungen.

4.3 Zusammenfassende Kosteneinschätzung

Eine ökonomische Kostenbetrachtung von psychischen Arbeitsbelastungen will im Wesentlichen zwei sehr unterschiedliche Fragen beantworten, nämlich die nach der allokativen Effizienz und die nach der Kosteneffizienz. Während es in der ersten Frage um die Entscheidung über den Ressourcenaufwand zur Verbesserung der Arbeitswelt geht, der die direkten und indirekten Kosten für den Arbeitsausfall und die Betreuung von psychischen Krankheiten minimiert, dreht es sich bei der zweiten Frage um die kostengünstigere Behandlungsmethode bei gleichem Output/Heilungserfolg von psychisch Kranken.

Die Frage nach der allokativen Effizienz ist demgemäß eine übergeordnete, bei der es um das Gesamtsystem Arbeit, Gesundheit und den relativen Ressourcenaufwand geht, einerseits im Arbeitsbereich zur Verringerung der Belastungen und damit von Kosten, andererseits im Gesundheitssystem zur Verringerung der Behandlungskosten. In dem Zusammenhang ist allerdings zu berücksichtigen, dass man nicht klar zwischen der Arbeitswelt und der Privatsphäre und individuellen Verhaltensmustern als Verursacher von psychischen Belastungen trennen kann. Das Zusammenspiel dieser Faktoren kann die Wahrscheinlichkeit des Eintretens einer bestimmten Krankheit kumulativ erhöhen, mit dem Resultat, dass die gesamte Belastung höher ist als die Einzelkomponenten vermuten ließen (vgl. Tountas et al. 2007; Thorlacius 2006; Polder et al. 2005; Arbeitsmiljö Verket 2005; Ariens et al. 2001). Da eine klare Trennung zwischen Arbeitsbelastungen, Lebenssituationen und Lebensweisen bzw. Verhaltensmustern als Krankheitsauslöser infolge von Interdependenzen und Selbstselektion schwierig ist, ist ein Portfolio an Maßnahmen und Ressourcen zur Kostensenkung zu entwickeln. Das haben Industrieländer wie Österreich auch gemacht, ohne dass über eine Koordination im Sinne der Kosteneffizienz reflektiert wurde, nicht zuletzt weil die Kompetenzen nicht nur auf unterschiedliche Ministerien sondern auch auf die Bundesländer verteilt sind. Daraus ergeben sich schwierige Koordinationsprozesse und unterschiedliche Handlungsoptionen. So kann etwa der Bund über gesetzliche Verpflichtungen zur Sicherung der Arbeitswelt oder über finanzielle Anreize zur Investition in gesundheitsschonende und alternsgerechte Produktionsmethoden auf Arbeitsbelastungen einwirken. Aber die Beeinflussung von Verhaltensmustern der Individuen – etwa über Hinweise auf die Gesundheitsbelastung durch Nikotin oder die Bedeutung einer gesunden Ernährung und Bewegung für die Gesundheit – oder die Unterstützung von Menschen in bestimmten schwierigen Lebenslagen braucht andere Maßnahmen. So hat sich Österreich im ersten Fall eher für Werbecampagnen entschieden und im zweiten Fall für die Einführung von dezentralen Unterstützungsstrukturen, etwa Partnerschafts- und Schuldnerberatungen.