

Mögliche volkswirtschaftliche Kosten einer potentiell schweren Grippewelle und anderer Atemwegserkrankungen in der Saison 2022/23 in Deutschland

Eine *pessimistische* Szenario-Schätzung von **Michael Stolpe**, Kiel Institut für Weltwirtschaft

23. Dezember 2022

Zu den volkswirtschaftlichen Kosten einer Grippewelle und anderer saisonal gehäuft auftretender Atemwegserkrankungen gehören insbesondere

- die **vermeidbaren** Todesfälle (Übersterblichkeit), die oft nicht monetär bewertet werden und für Deutschland in der letzten schweren Grippesaison 2017/18 auf mehr als 25000 geschätzt wurden,
- die **direkten** Kosten der Behandlung, wobei insbesondere die Kosten im stationären Sektor hoch sein können und in vielen Hocheinkommensländern ca. drei Viertel der gesamten direkten Behandlungskosten ausmachen,
- die **indirekten** Kosten, wobei der Verlust an Wertschöpfung durch krankheitsbedingte Fehlzeiten (oder verringerte Produktivität) am Arbeitsplatz ein besonderes Augenmerk verdient.

Molinari et al. (2007 in der Zeitschrift „Vaccine“) berichten für die USA, dass die indirekten Kosten (insbesondere aus Produktivitätsverlusten am Arbeitsplatz) bis zu 10 Mal so hoch sein können wie die direkten Kosten der medizinischen Behandlung von Grippefällen.

De Courville et al. (2022 in der Zeitschrift „Influenza and Other Respiratory Viruses“) schreiben in ihrem systematischen Review, dass bis zu 88% der volkswirtschaftlichen Kosten der Influenza bei Erwachsenen im erwerbsfähigen Alter (von 18 bis 64 Jahren) als **indirekte** Kosten anfielen und bis zu 75% der **direkten** Kosten (also ca. 9% der gesamten volkswirtschaftlichen Kosten) durch Krankenhauseinweisungen ausgelöst wurden.

Die **direkten** Kosten steigen mit dem Alter der Infizierten und bei relevanten Komorbiditäten – etwa solchen, die durch Krankheit oder Medikamenteneinnahme zu einer Schwächung des Immunsystems geführt hatten. In der Europäischen Union wurden die direkten Kosten der Influenza schon vor Jahren auf 6 bis 14 Mrd. Euro jährlich geschätzt.

Die **aktuelle schwere Grippewelle 2022/23** ist seit der 46. Kalenderwoche (Mitte November 2022) mit einer *steilen* Zunahme von Neuinfektionen in Fahrt gekommen, deren Zahl pro Woche zurzeit um ca. 50% höher ist als in der gleichen Kalenderwoche während der letzten schweren Grippewelle in den Jahren 2017/18. Sollte sich die aktuelle Grippewelle auf diesem höheren Niveau bis zur 16. Kalenderwoche des Folgejahrs – also wie die Welle von 2017/18 bis in den April 2023 – hinziehen, könnte der deutschen Volkswirtschaft allein durch den krankheitsbedingten Arbeitsausfall ein Verlust in der Bruttowertschöpfung von über 30 Mrd. Euro und bei einem sehr ungünstigen Verlauf sogar von mehr als 40 Mrd. Euro entstehen.

Dies ist natürlich nur eines von mehreren möglichen Szenarien. Epidemien ansteckender Atemwegserkrankheiten lassen sich generell sehr schwer vorhersagen, da ihr Verlauf u. a. auch

durch das Wetter und unerwartete Verhaltensänderungen von Menschen beeinflusst wird – daneben natürlich auch durch Mutationen der Viren. Wegen der sehr geringen Inzidenz der Influenza während der Corona-Lockdowns ist über die Epidemiologie der aktuellen Varianten der Influenza-Viren in nicht-geschützten Populationen relativ wenig bekannt.

Laut **Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)** haben Atemwegserkrankungen im Jahr 2018 insgesamt 103,7 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) verursacht. Das hatte einen Ausfall von Bruttowertschöpfung von 21,2 Mrd. Euro bzw. 0,6% des Bruttonationaleinkommens zur Folge. Die Grippesaison 2017/18 begann in der letzten Kalenderwoche 2017, die Grippesaison 2018/19 erst in der ersten Kalenderwoche 2019.

Zur Erläuterung schreibt das BAuA: „Bei den Berechnungen wird angenommen, dass die Lohnkosten der Beschäftigten und die Bruttowertschöpfung der Erwerbstätigen auf die Daten der vorgenannten GKV-Mitglieder übertragbar sind. Des Weiteren ist zu beachten, dass die hier benutzten Arbeitsunfähigkeitsdaten nicht alle Arbeitsunfähigkeitstage umfassen, sondern lediglich die mit einer Krankschreibung durch einen Arzt an die Krankenkassen gemeldeten. Dadurch kommt es zu Unterschätzungen im Bereich der Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit.“

Um aus der Grippewelle der Saison 2017/18 ein **mögliches Szenario für den weiteren Verlauf der aktuellen Grippewelle** abzuleiten, nutzen wir Zahlen des Robert Koch Instituts (RKI). Danach gab es in der Saison 2017/18 insgesamt 333656 labordiagnostisch bestätigte Fälle mit Angabe zum Erreger, die über einen Zeitraum von ca. 17 Wochen ab der 52. Kalenderwoche des Jahres 2017 verteilt waren. Laut jüngstem ARE-Wochenbericht des RKI und der Arbeitsgemeinschaft Influenza für die Kalenderwoche 50 (bis 18.12.2022) liegen die seit der 46. Kalenderwoche steil angestiegenen Neuinfektionszahlen zurzeit um ca. 50% höher als zur gleichen Zeit während der Saison 2017/18. Die Gesamt-ARE-Rate lag demnach trotz des leichten Rückgangs in der 50. KW 2022 weiterhin sehr deutlich über dem Niveau, das zum Höhepunkt der starken Grippewelle 2017/18 beobachtet wurde.

Wenn wir – pessimistisch – annehmen, dass der Verlauf der **Neuinfektionen** bis zur 16. Kalenderwoche des Folgejahres, also bis zur dritten Aprilwoche 2023, auf dem um ca. 50% höheren Niveau bleibt, haben wir in der Saison 2022/23 insgesamt bis zu 650000 Fälle zu befürchten – fast doppelt so viele wie in der schweren Grippesaison 2017/18. Damals verringerte der Ausfall in der Bruttowertschöpfung das Bruttonationaleinkommen in Höhe von 3478,9 Mrd. Euro um 0,6%. Im Jahr 2021 betrug das Bruttonationaleinkommen 3729,5 Mrd. Euro. Bei fast doppelt so vielen Grippefällen muss in der Saison 2022/23 mit einem Verlust von mehr als einem Prozent gerechnet werden, also mehr als 37 Mrd. Euro. Berücksichtigt man zudem, dass die Zahl der AU-Tage pro Krankheitsfall von 6,5 im Jahr 2017 und 6,7 im Jahr 2018 auf 7,6 im Jahr 2021 gestiegen ist – ein Anstieg um mehr als 13% pro Atemwegserkrankung –, müssen wir bei ungünstigem Verlauf mit einer Verringerung des Bruttonationaleinkommens um mehr als 40 Mrd. Euro rechnen.

Die **direkten** Kosten der medizinischen Behandlung dürften allerdings nicht in gleichem Maße prozentual ansteigen. Das dürfte zum einen daran liegen, dass Krankenhauseinweisungen nicht mehr so stark gesteigert werden können, da viele

Krankenhäuser bereits jetzt die Belastungsgrenze erreicht haben, zumal viele ihre Mitarbeitenden aktuell krankgeschrieben sind – offenbar zurzeit ca. 10%. Zum anderen dürfte es an dem akuten Medikamentenmangel liegen, der ja gerade auch eine Reihe der Medikamente betrifft, die oft bei Atemwegserkrankungen zum Einsatz kommen. Statt eines starken Anstiegs der direkten Behandlungskosten ist eher ein überproportionaler Anstieg der Todesfälle zu befürchten, weil sich die Qualität der Versorgung umso mehr verschlechtern dürfte, je länger die Engpässe im Gesundheitswesen andauern.

Fehlende Medikamente führen aber nicht notwendigerweise zu niedrigeren Ausgaben, sondern können wegen zusätzlicher Komplikationen zu längeren Behandlungen und/oder Krankheitszeiten und daher sogar zu höheren volkswirtschaftlichen Kosten führen.

Nicht beachtet bleiben in der Betrachtung zudem Fehltag, die durch die Erkrankung eigener Kinder oder anderer abhängiger Personen entstehen. Auch könnte der **Mobilitätswandel** in der Arbeitswelt infolge der Corona-Pandemie dazu führen, dass die Neigung von Erwerbstätigen, sich bei einer Atemwegserkrankung krankzumelden, zurückgeht und die Betroffenen stattdessen aus dem Homeoffice, sofern möglich, weiterarbeiten. Daher sind die hier nur sehr grob geschätzten möglichen Verluste in der Bruttowertschöpfung mit großer Vorsicht zu interpretieren. Verschiedene Faktoren können zu höheren wie auch niedrigeren Fehlzeiten führen als angenommen.

Weitere volkswirtschaftliche Verluste ansteckender Atemwegserkrankungen, die hier nicht quantifiziert worden sind, umfassen

- den Verlust an Freizeit, die sich mit akuter Atemwegserkrankung kaum noch genießen lässt,
- die Kosten anderer Erkrankungen, für die bei mit Grippe infizierten ein erhöhtes Risiko bestehen kann,
- die Verschlechterung des Krankheitsverlaufs anderer gleichzeitiger, insbesondere chronischer, Erkrankungen infolge einer Grippeinfektion oder einer anderen Atemwegserkrankung,
- die Verdrängung von Patient*innen mit anderen Erkrankungen, wenn die Krankenhäuser überlastet sind,
- Kosten von Verhaltensänderungen wie Homeoffice und soziale Distanzierung zur Vermeidung von Infektionen.

Der aktuelle **Mangel an Medikamenten**, die u.a. auch in der Behandlung von ansteckenden Atemwegserkrankungen gebraucht werden, hat längerfristige Ursachen, die in dem Festpreissystem der deutschen Krankenkassen für Generika und der gesetzlichen Verpflichtung, stets nur den preisgünstigsten Anbieter ohne Berücksichtigung des Ausfallrisikos zu wählen, begründet sind. Der aktuelle Medikamentenmangel kann aber auch durch das abrupte Ende der Null-Covid-Politik in China verschärft worden sein. Dort, wo ja viele der Wirkstoffe und Generika hergestellt werden, gibt es aufgrund jetzt rasch steigender Corona-Fallzahlen und anderer Atemwegserkrankungen eine rapide ansteigende Nachfrage nach solchen Medikamenten, so dass vermutlich weniger in den Export nach Europa gelangen.

Um die volkswirtschaftlichen Kosten zu senken, insbesondere die Arbeitsausfälle und die Belastungen des Gesundheitssystems, empfiehlt sich, die **Kurve der Ansteckungen zu verflachen** -- etwa durch das Tragen von Masken, durch Grippeimpfungen und Arbeit im Homeoffice. Sicher kann man jetzt schon sagen, dass eine Aufhebung der Maskenpflicht im öffentlichen Nahverkehr, wie sie jetzt mehrere Bundesländer, darunter auch Schleswig-Holstein zum Jahresende, beschlossen haben, wohl zu früh kommt, wenn man die aktuell hohe Belastung des Gesundheitswesens, insbesondere der Krankenhäuser, und den akuten Medikamentenmangel in Betracht zieht.

Die Politik hat sich offenbar von den aktuell relativ niedrigen Corona-Fallzahlen verführen lassen und vergessen, dass Masken ja auch vor allen anderen Atemwegsinfektionen und durch die Luft übertragenen Viren schützen. Andere Bundesländer sollten diesen Fehler nicht nachmachen, sondern mit der Abschaffung der Maskenpflicht bis zum Ende des Winters oder dem Beginn des Frühjahrs warten.

Literatur

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Reiche J, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, Streib V, Preuß U, Prahm K, Haas W und die AGI-Studiengruppe (2022). ARE-Wochenbericht KW 50/2022. Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut. DOI: 10.25646/10887 – https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2022_2023/2022-50.pdf

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2020). Volkswirtschaftliche Kosten durch Arbeitsunfähigkeit 2018. www.baua.de

de Courville C, Cadarette S, Wissinger E, Alvarez F (2022). The economic burden of influenza among adults aged 18 to 64: a systematic literature review. *Influenza and Other Respiratory Viruses* 16:376–385. <https://doi.org/10.1111/irv.12963>

Molinari N-A, Ortega-Sanchez I, Messonnier M, Thompson W, Wortley P, Weintraub E, Bridges C (2007). The annual impact of seasonal influenza in the US: Measuring disease burden and costs. *Vaccine* 25(27), 5086-5096. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2007.03.046>