

» Brauchen wir eine psychiatrische Gesundheitsökonomie? – Wozu wir eine psychiatrische Gesundheitsökonomie brauchen!

Begrenztheit der Ressourcen hat schon immer das Handeln in der Medizin beeinflusst, auch wenn in einer historisch besonderen Epoche, die zudem auch erst jüngst vergangen ist (in der boomenden Nachkriegszeit), dies kurzzeitig in einem kleinen Teil der Welt (den etablierten Marktwirtschaften) nicht offensichtlich war und daher manchmal vergessen wurde. Die demographische Entwicklung einerseits wie der technologische Fortschritt in der Medizin andererseits haben für einen grundlegenden Wandel gesorgt: 1950 betrug der so genannte Altenquotient (= Verhältnis von 20–59-Jährigen im Erwerbsalter zu den 60 und Mehrjährigen) in der Bundesrepublik 100:27, 50 Jahre später waren es bereits 100:40; für 2050 ist je nach Zuwanderungsprognose mit 100:75 bis 100:80 zu rechnen [1]. Damit einhergehend stiegen die Gesamtkosten, die bevölkerungsbezogen für die medizinische Versorgung auszugeben waren. Gleichzeitig kam es zu einer deutlichen Vermehrung medizinischen Wissens, basierend auf der Fortentwicklung diagnostischer und therapeutischer Technologien. Rationalisierungsgewinne in der ökonomischen Bilanz des Versorgungssystems traten im Unterschied zu anderen Dienstleistungszweigen in der Medizin vor allem deswegen nicht ein, weil nicht ein- und dieselbe Leistung durch wissenschaftlich-technischen Fortschritt optimiert wurde, sondern zusätzliche Leistungsangebote geschaffen wurden („Fortschrittsfalle“ der Medizin, vgl. [2]). Fazit: Es wird absolut und relativ mehr Geld für Gesundheit ausgegeben [3].

Folge: Während Käthe Strobel in den 70er Jahren als Gesundheitsministerin noch öffentlich „Epidemiologie“ und „Epidemie“ verwechseln durfte, weil das Ressort ein einflussloser Verschiebebahnhof für Parteikarrieren war, hat sich spätestens seit Seehofers Scharmützeln mit dem Ärztekammerpräsidenten die Gesundheitspolitik in die erste Reihe der öffentlichen Wahrnehmung und politischen Diskussion gedrängt, mit potenziell wahlentscheidendem Charakter. Dabei ist die Finanzierbarkeit der alles durchwirkende Leitfadens: Wer zahlt wie viel? Wer erhält was?

Die Psychiatrie in Deutschland hat sich bislang von der damit verbundenen Verschärfung in der Auseinandersetzung um Finanzierungsmodi, Bedarfs- und Planungsfragen, etc. in man-

Ulrich Frick¹, Jürgen Rehm^{2,3,4}, Clemens Cording⁵

¹ AG Versorgungsforschung, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Regensburg

² University of Toronto, Canada

³ Center for Addiction and Mental Health CAMH, Toronto, Canada

⁴ Institut für Suchtforschung, Zürich, Schweiz

⁵ Bezirksklinikum Regensburg

chen Details (noch) abkoppeln können: Von der Einführung der Fallkostenpauschalen via „Australian refined diagnoses related groups“ (AR-DRGs) als Abrechnungsmodus im stationären Sektor ist die Psychiatrie bis auf weiteres ausgenommen. Auch bei der methodischen Umsetzung der neuen Krankenhausvergleiche nach §5 Bundespflegesatzverordnung wurde der Psychiatrie mit dem so genannten „ergänzenden Datenkranz“ eine Sonderrolle zugestanden. Abgesehen davon, dass auch mit den gegenwärtigen Regelungen nach unserer Überzeugung keine fairen Vergleiche erreicht werden können [4, 5], sind derartige Sonderwege für die Psychiatrie durchaus zweischneidig: Die Frage, ob das insgesamt für die psychiatrische Versorgung von der Gesellschaft zur Verfügung gestellte Budget im Vergleich zur somatischen Medizin ausreichend, gerecht, wirtschaftlich, fair usw. ist, kann nämlich nicht mehr entschieden werden, wenn für die Psychiatrie andere Spielregeln gelten. Die Besonderheiten chronischer bzw. chronisch rezidivierender Krankheiten müssen auch in den anderen Disziplinen Berücksichtigung finden. Gesundheitsökonomische Bewertungen könnten hier (siehe Beiträge Üstün u. Chisholm sowie Wasem et al. in diesem Band) potenziell der Psychiatrie nützen.

Unserer festen Überzeugung nach wird diese gegenwärtige Sonderrolle der Psychiatrie keinen dauerhaften Bestand haben, und das soll sie im Selbstverständnis vieler Psychiater auch gar nicht. Wenn wir das Feld nicht anderen überlassen wollen, sondern es auch als ärztliche Aufgabe verstehen, im Rahmen eines gesellschaftlich vorgegebenden Budgets, eine bestmögliche Patientenversorgung sicherzustellen, müssen wir gesundheitsökonomische Forschungsmethoden und Ergebnisse mit einbeziehen, diskutieren und interpretieren (vgl. auch den Diskussionsbeitrag von W. Rössler, in diesem Band). Gegenwärtig besteht die Gefahr, dass das Feld der Gesundheitsökonomie einseitig und ohne Widerspruch von gesellschaftlichen Einzelakteuren besetzt wird, insbesondere von Krankenkassen und der Pharmazeutischen Industrie. Es liegt an uns Fachleuten, welchen Part wir in dem pluralistischen Konzert des Gesundheitswesens künftig spielen werden und ob wir das offensiv oder defensiv tun. Um von der defensiven Mauertaktik in eine kontrollierte Offensive überzugehen, müssen wir die Gesundheitsökonomie auch als unsere Aufgabe betrachten und dürfen sie nicht allein den anderen Spielern im Gesundheitswesen überlassen.

In diesem Sinne verstand sich das 1. Regensburger Symposium „Psychiatrie und Gesundheitsökonomie“, dessen Beiträge die Grundlage für dieses Sonderheft bilden, auch als ein Malente-Seminar, das die manchmal stark vom Spielstil ihrer Heimmannschaften geprägten deutschen Player taktisch koordinieren und auf ein gemeinsames Spielverständnis „einschwören“ sollte. In diesem Sonderheft der Psychiatrischen Praxis finden Sie die schriftlichen, überarbeiteten Versionen der Beiträge von acht Referenten und von zweien der Diskutanten dieses Kongresses, der am 6. und 7. Juli in der mittelalterlichen Altstadt Regensburgs, ehemalige Reichsstadt und einstmals Sitz des „Immerwährenden Reichstages“, abgehalten wurde.

Der thematische Bogen der Beiträge

Die Abfolge der Kongressbeiträge, und nun auch der Aufbau des Sonderhefts, beginnt beim Allgemeinen und Grundsätzlichen (zwei Artikel zu Anspruch und Methodik von Gesundheitsökonomie), führt dann in vier Artikeln auf konkrete psychiatrische Krankheitsbilder (schizophrene und affektive Störungen, legaler = Alkohol und illegaler = Heroin Substanzkonsum), um schließlich wieder zum Allgemeinen (dann aber zum Behandlungssystem) zurückzukehren, wenn Erfahrungen mit ökonomisch motivierten Änderungen in der organisatorischen Struktur des psychiatrischen Behandlungssystems aus Österreich und Ontario dargelegt werden.

Beitrag 1 (T. B. Üstün und D. Chisholm)

Zuallererst soll die Stellung der Psychiatrie im Gesamtfeld der medizinischen Versorgungsleistungen neu eingeordnet werden. Außerhalb der ökonomischen Zunft besteht ja manchmal das Vorurteil, dass sich Ökonomen nur mit Kosten als Zielvariable beschäftigen würden. Irrigerweise werden zudem oft reine Finanztransfers schon verkürzt als „Kosten“ missverstanden (als ob die Kassen oder der Gesetzgeber „wüssten“, was der Wert einer Therapie ist). Weil es bei den zunächst noch schüchternen Kontaktversuchen zwischen Psychiatrie und Gesundheitsökonomie gerade nicht darum gehen sollte, nur die in der Psychiatrie angefallenen Gesundheitsausgaben zu thematisieren, bedarf es eines einheitlichen Maßstabes, mit dem die Wertigkeit von Krankheiten und ihres Einflusses auf Menschen und Gesellschaft fächerübergreifend dargestellt werden kann. Die Weltgesundheitsorganisation widmet sich diesem Thema, das noch weit über die ökonomisch korrekte Kostendefinition (Kosten = „Ressourcenverbrauch“) hinausgeht, schon seit Beginn der 90er Jahre. Der von der WHO begründete Begriff heißt „Global Burden of Disease“ (GBD). Für alle, die ihr Brot im psychiatrischen Umfeld verdienen, hatte diese Forschungsrichtung (bzw. hat sie noch) eine unerwartete, aber durchaus nicht unerwünschte „Nebenwirkung“, die die Arbeitsgruppe um Bedirhan Üstün als den „Cinderella-Effekt“ betitelt hat. Das medizinische „Aschenputtel“ Psychiatrie, das im Vergleich zu den glamourösen fachlichen Schwestern nicht vorzeigbar erschien und in den hintersten Küchenwinkel für niedere Dienste verbannt war, wird vom Prinzen wegen des schönen Ballkleides (das Aschenputtel vom Grabe der Mutter erhielt) und wegen der zauberhaften silbernen Tanzschuhe (in die ja nur die Füßchen der jüngsten Schwester passen!) ganz nach vorne geholt und zur Herzensdame auserkoren...

Unsere Märchen-Exegese vor der Konzeption des Symposiums in Regensburg konnte unschwer die DALYs (disability adjusted

life years), als die an der Psychiatrie wie angegossen sitzenden Tanzschuhe identifizieren. Nicht ganz so sicher waren wir in der Interpretation dessen, wer denn der heiratslustige Prinz sei? Auf jeden Fall aber wollten wir den Vertreter der GBD-2000-Arbeitsgruppe nicht unbeachtet lassen und haben ihn zur Präsentation des jüngsten Standes in der Arbeitsgruppe nach Regensburg eingeladen.

B. Üstün rückt in seinem Beitrag denn auch nicht nur den Stellenwert von psychischen Krankheiten, der mehr als 10% der gesamten Krankheitsbelastung weltweit ausmacht, ins rechte Licht, sondern zeigte auch, wie DALYs für Vergleiche von Interventionen im Hinblick auf deren Kosteneffektivität eingesetzt werden können. Solche bereichsübergreifenden Vergleiche werden zwar noch geraume Zeit Zukunftsmusik bleiben. Derzeit hoch aktuell sind aber Kosten-Nutzen- und Kosten-Effektivitäts-Studien innerhalb des Feldes psychiatrischer Interventionen. Zurecht wird beispielsweise gerade vom amerikanischen National Institute of Mental Health (NIMH) die Frage gestellt, ob so genannte „evidence-based“ Interventionen im Bereich Depression wirklich kosteneffektiver sind als die herkömmlichen Behandlungen (oder Nichtbehandlungen!) durch Hausärzte? Immerhin bleibt ein Großteil aller psychischen Krankheiten derzeit unbehandelt [6], obwohl es – wie B. Üstün aufzeigt – durchaus effektive Interventionen gäbe.

Der Beitrag von B. Üstün (Leiter der Arbeitsgruppe „Classification, Assessment, Surveys & Terminology“ bei der WHO Genf) und die letzten World Health Reports zeigen Folgendes: DALYs sind gut geeignet, um sinnvolle Gesundheitsberichterstattung zu machen, die nun auf einmal wieder gelesen wird, und die zumindest manchmal auch zu gesundheitspolitischen Maßnahmen führt. Rankings von Gesundheitssystemen über die ganze Welt wurden ermöglicht [7]. Natürlich sind diese umstritten! Aber zumindest haben sie schon jetzt zu einem Umdenken und zu einer Fokussierung der Diskussion in dem Sinne geführt, dass die USA nicht mehr als das allein selig machende Modell betrachtet werden. Die diesbezüglichen Diskussionen sind (mit den üblichen Zeitverzögerungen) im Begriff, die deutschen Gesundheitswissenschaften zu erreichen. Vielleicht erreichen sie sogar die gesundheitspolitische Diskussion? Der Handlungsbedarf jedenfalls scheint gegeben: Deutschland liegt in solchen Vergleichen bezüglich „Health Performance“ nur auf dem 41. Rangplatz, knapp hinter Kuba und El Salvador ([7] Annex Table 10).

Beitrag 2 (J. Wasem et al.)

Weniger märchenhaft, aber nichtsdestotrotz nützlich erschien es uns, einen gestandenen Ökonomen (J. Wasem) zu bitten, den heimlichen Traum vieler Gesundheitspolitiker von der kompletten Durchrationalisierung der Verteilung von Gesundheitsgütern einmal unter die Lupe zu nehmen. Schließlich nehmen auch in deutschsprachigen Zeitschriften die Kosten-Effektivitäts- und Kosten-Nutzen-Studien langsam, ganz langsam (siehe dazu auch den Beitrag von Salize in diesem Band), aber immerhin doch merklich, zu. Und es steht zu erwarten, dass auch zwischen den verschiedenen Fachgebieten der Medizin in Zukunft ein schärferer Wind um die Verteilung von ökonomischen Ressourcen für Versorgung, Forschung, Prävention usw. aufziehen wird. QALYs (Quality Adjusted Life Years) wurden dabei von manchen schon als die zukünftige „Wäh-

rung“ gesehen, an der entlang solche Entscheidungen getroffen werden sollen bzw. können.

Zwei Traditionen sind es, aus denen sich die Entwicklung dieses Messkonzepts speist: Von Seiten der Ökonomen ist ein „QALY“ ursprünglich eine inhaltsleere Angelegenheit. Es ist eigentlich egal, wie viel „Gesundheit“ im Wert von beispielsweise 0,7 QALY enthalten ist, weil QALYs nur als formale abhängige Variable, als eine Nutzenfunktion in einer Situation von Präferenzentscheidungen begriffen werden. Am liebsten werden hier die QALYs mit dem so genannten „Standard Gamble“ (vgl. den Beitrag von Wasem, in diesem Band) gemessen, weil dieses Verfahren der von-Neumann/Morgenstern-Theorie des „Rational Choice“ so schön nahe kommt. Ob die so erhaltenen Werte etwas mit der Lebensrealität von PatientInnen zu tun haben, bleibt oft völlig ausgeklammert:

„Few who have tried have much faith in the utilities that we derive from patients. The methods we use are bizarre. Who can choose between certain coma and a gamble for normal life versus early death? Especially, when it is not a game but your wife's death and her coma that are under discussion“ [8].

Von der psychometrischen Seite (= die zweite Traditionslinie) aus wurde und wird sehr wohl versucht, einen inhaltlich bedeutsamen Index zu konstruieren: QALYs sollen in dieser Tradition ein Indikator sein für nur als latente Konstrukte messbare Dinge wie Lebensqualität, Gesundheit, soziale Rollenerfüllung und Ähnliches. Beispiele solcher Indizes nennt Wasem. Allerdings haben psychometrisch orientierte Forscher bei der Konstruktion ihrer Befragungsinstrumente in den meisten Fällen nicht daran gedacht, dass ihr Messinstrument über qualitativ vollkommen unterschiedliche Bereiche hinweg zum Vergleich, vielleicht sogar für Entscheidungen über lebensbeeinflussende Maßnahmen herangezogen werden könnte.

Es schien uns sinnvoll, diesem Spagat eine eingehendere Darstellung zu widmen und wir sind froh, dass Jürgen Wasem sich gemeinsam mit seinen KoautorInnen dieser Aufgabe (der Darstellung) hervorragend entledigt hat. Die Lösung der vom verständlichen Wunsche nach rationalen Entscheidungen im Gesundheitswesen verursachten Spannung aufgrund dieses Spagats wird wohl noch eine Weile auf sich warten lassen. Für die Psychiatrie wäre der Einsatz gesundheitsökonomischer Methodik und evidenzbasierte Mittelallokation im Vergleich zur heutigen Situation, wo Mittel eher nach sozialen Stereotypen (z.B. Schutzbedürfnis krebskranker Kinder) und Krankheitsprestige (koronare Herzerkrankungen hart arbeitender Spitzenmanager) verteilt werden, ein wichtiger Fortschritt. Gegenwärtig bedeutet nämlich die nach wie vor [9–11] vorherrschende Stigmatisierung psychisch Kranker (insbesondere chronisch psychisch Kranker, die unter Kostengesichtspunkten besonders relevant sind) einen entscheidenden Nachteil für die in der Psychiatrie zu behandelnden PatientInnen.

Diagnosenzentrierte Beiträge

Vom Allgemeinen ins Besondere (und dann wieder zurück!), das war die beabsichtigte Dramaturgie des Symposiums. Ihr folgt auch die Reihenfolge der Beiträge in diesem Sonderband. Daher schließen sich vier Artikel an, die sich jeweils einem Schwerpunkt des klinischen Geschehens in der stationären Psychiatrie widmen: Schizophrene Erkrankungen, affektive Er-

krankungen, Suchterkrankungen (aufgeteilt nach illegalen Mitteln und Alkohol). In Versorgungskrankenhäusern wie z. B. im Bezirksklinikum Regensburg sind damit allein schon 68,2% des Fallaufkommens, und sogar 72,5% des Pflorgetagevolumens (Zahlen für 1998) beschrieben.

Beitrag 3 (H. J. Salize)

Für schizophrene Erkrankungen hat sich an der Einführung der so genannten atypischen Neuroleptika eine rege ökonomische Diskussion entwickelt, die sich vor allem zwischen niedergelassenen Psychiatern und Krankenhauspsychiatern immer wieder erhitzt. Um hier die Diskussion nicht zu verengen auf „Pharmako-Ökonomie“ und die bestehende Gefährdung von Praxis-Arzneimittelbudgets durch die Preisbildung bei den neuen Medikamenten, haben wir Hans Joachim Salize gebeten, in einer Übersicht zusammenzustellen, was denn zu den ökonomischen Implikationen dieser Diagnosegruppe beim gegenwärtigen Forschungsstand insgesamt bekannt ist. Natürlich ist das für einen skrupulös arbeitenden Empiriker – und dazu gehört Salize mit Sicherheit – immer zu wenig und bietet Anlass zur Klage. Aber erstaunlich erschien es uns dann doch, wie lang der Beitrag ausgefallen ist – und wie viel theoretischer und empirischer Vorlauf gerade in unserem fraktionierten Versorgungssystem notwendig ist, bis man im Rahmen einer vom Design her relativ „simplen“ Cost-of-Illness-Studie sagen kann: „soundso viel DM pro Patient und Jahr“.

Es scheint, dass mit der Markteinführung der teureren atypischen Neuroleptika eine Initialzündung für eine allgemeinere gesundheitsökonomische Diskussion um schizophrene Erkrankungen stattgefunden hat. Das British Journal of Psychiatry hat schon vor drei Jahren, 1998, den „Economics of Schizophrenia“ ein eigenes Supplement gewidmet. Leider entpflichtet dies uns deutschsprachige Forscher in den drei Herkunftsländern Deutschland, Schweiz und Österreich nicht davon, unsere Hausaufgaben selber zu machen, wie Salize kenntnisreich darlegt: Spätestens bei der finanziellen Bewertung von Therapien und indirekten Kosten ist jede Volkswirtschaft wieder auf sich selber gestellt. Das jüngst stark angefachte Forschungsinteresse bei diesem Thema wird dabei gerade von psychiatrischer Seite aus nicht ohne Skepsis betrachtet, wenn die Geldgeber solcher gesundheitsökonomischen Untersuchungen aus der Pharmaindustrie stammen. Befürchtet wird mancherseits eine unzulängliche, einseitig auf die Absatzinteressen zugeordnete Ausrichtung von Studiendesigns und Kostenaufstellungen. Unserer Ansicht nach verspricht aber keineswegs eine rigorose Ablehnung der Übersichtsarbeiten und Editorials von industriegeponsorten Autoren (wie z.B. vom New England Journal of Medicine praktiziert) hier erfolgreiche Prophylaxe. Gerade in der Forschungsförderlandschaft der Bundesrepublik (und wohl auch der Schweiz und Österreichs) sind die notwendigen Kosten für gesundheitsökonomische Studien mit verlässlichen und validen Designs schon rein vom Finanzbedarf her nicht aus industriefernen Quellen zu schöpfen. Schutz vor verzerrten Schlüssen verspricht einzig ein weit über die Wissenschaftsszene hinaus verbreitetes Grundwissen über die Spielregeln und Erkenntnismöglichkeiten (bzw. -einschränkungen) der bzw. aus den „neumodischen“ gesundheitsökonomischen Studien in der Medizin. Unser 1. Symposium in Regensburg verstand sich als ein Beitrag zu dieser notwendigen Wissensdissemination.

Der verschriftlichte Diskussionsbeitrag von W. Rössler nimmt dieses Thema ebenfalls wieder auf. „Cui bono?“ beantwortet Rössler eindeutig: Wenn die Psychiatrie als Wissenschaft das Thema „Gesundheitsökonomie“ verschlafen sollte, dann werden eben von anderen Akteuren die Schlussfolgerungen zur Kostensituation bei psychischen Erkrankungen gezogen werden. Dafür, dass dies nicht unbedingt die günstigste Vorgehensweise darstellt, um den Versorgungsbedürfnissen von PatientInnen gerecht zu werden, liefert Rössler einige Belege.

Beitrag 4 (C. Roick et al.)

Deutlich anders als bei atypischen Neuroleptika im Schizophreniebereich liegt die Situation bei der Langzeitmedikation von affektiven Störungen, genauer bei den bipolaren Störungen. Lithium ist eine „billige“ Substanz, will heißen: Mit Lithium lassen sich weniger Umsätze erzielen. Fast schon könnte man meinen, Lithium verdiente den Status als „orphan drug“. Letzteres ist eine Klassifikation der amerikanischen Food & Drug Administration (das US-amerikanische Gegenstück zum bundesdeutschen BfArM), die mit besonderen Privilegien im Zulassungsverfahren und finanziellen Vorteilen bei der Beforschung der Substanz verbunden ist, wenn sie ansonsten mangels Absatzmarkt, z.B. weil die bekämpfte Krankheit einfach zu selten ist, nach reinen Marktgesetzen höchstwahrscheinlich unbeforscht bliebe. Für Lithium zeigen Roick et al., dass trotz viel versprechender und bereits früh erkannter gesundheitsökonomischer Perspektiven für Lithium (vgl. [12]) seit vielen Jahren der Erkenntnisfortschritt eigentlich nur mehr indirekt erfolgt ist, auf dem Umweg über die Erforschung neuerer Substanzen, die wiederum Lithium als Vergleichsstandard einsetzen. Und dabei haben sich durchaus differenzierte Möglichkeiten ergeben, wie man evidenzbasiert zu einer verbesserten Indikationsstellung bei der medikamentösen Therapie von bipolaren Störungen gelangen kann und zugleich Kostensichtpunkte berücksichtigt.

C. Roick u. Mitarb. nennen alle Studien und die wichtigsten Ergebnisse. Von einer zusammenfassenden Metaanalyse nehmen sie aber dann doch Abstand; bestimmt nur deshalb, um die Leser dieses Sonderhefts nicht nach der Darlegung der ökonomischen Analysen auch noch mit komplizierter Statistik zu vergrätzen.

Beitrag 5 (A. Frei)

Noch vor wenigen Jahren wäre eine Maßnahme wie die Heroinschreibung an Schwerstabhängige in Deutschland ein gesundheitspolitischer Skandal gewesen. Mittlerweile wurde auch in Deutschland eine groß angelegte Studie zur Heroinschreibung vom Bundesministerium für Gesundheit ausgeschrieben und nunmehr auch an eine Gruppe um Michael Krausz vergeben.

Für Deutschland die „Mutter aller Heroinschreibungsstudien“ wurde in der benachbarten Schweiz durchgeführt. Dort hat man, aufbauend auf den Erfahrungen in England seit den 20er Jahren, eine Machbarkeitsstudie durchgeführt, deren Ergebnisse so ermutigend waren, dass im neuen Vorschlag zur Revision des Betäubungsmittelgesetzes diese Therapieform als Normalbehandlung in das Therapiesystem integriert worden ist. Heroinschreibung ist – gerade in der Schweiz? – deshalb ein Thema geworden, weil mit HIV und AIDS sehr

kostspielige Folgen für das Gesundheitssystem der Heroinschreibung klar zuzuordnen sind. Drogen waren in der Schweiz zu Beginn der 90er die wichtigste Infektionsquelle für HIV. Dazu kamen als gesellschaftliche Kosten noch die häufigen Beschaffungsdelikte wie z.B. Wohnungseinbrüche. Und diese treffen dann hauptsächlich die unschuldigen Wähler... (oder wie kommt es sonst, dass ein nicht gerade als Hort des Umstürzertums bekanntes Staatsvolk der Heroinschreibung per Volksentscheid zustimmt?). Einer der Vorwürfe gegen Heroinschreibungen war in der Folge auch tatsächlich, dass primär soziale Vorteile auf Kosten einer individuellen Fortschreibung von Problemen (die individuelle Sucht) erstrebt wurden [13]. So einfach ist die Sache aber nicht, wie auch die Ergebnisse von Frei zeigen. Nicht nur auf der gesellschaftlichen Ebene, sondern auch bei den betroffenen PatientInnen zeitigt die Heroinschreibung nämlich durchaus Vorteile (siehe auch [14]). Der finanzielle Hauptnutzen fällt aber tatsächlich bei der Verringerung der Kriminalität an.

Der Analyse von Frei u. Mitarb. ist inzwischen ein „Klassiker“, trotz methodologischer Probleme der zugrunde liegenden Studie wie mangelnde Kontrollgruppe, fehlende Intent-to-treat-Analysen, fehlende Trennung von sozialen und pharmazeutischen Komponenten usw. Einen solchen Klassiker erkennt man nicht zuletzt daran, dass die Kerntabellen inzwischen schon mindestens vier Mal abgedruckt worden sind. Aber hier nun zum ersten Mal in der Psychiatrischen Praxis, und noch dazu mit einem Kommentar.

Beitrag 6 (E. Gutjahr und G. Gmel)

Nicht alles ist ökonomisch bedingt. Sonst würde Alkohol als gesellschaftliches Problem im Vergleich zu illegalen Drogen deutlich mehr Forschungsgelder und Therapieunterstützung bekommen. Dem ist aber nicht so, obwohl, wie Gutjahr u. Gmel gewohnt ausführlich darstellen, Alkohol mit mehr als 30 Folgekrankheiten in Verbindung steht. Gutjahr u. Gmel sind überhaupt gründlich und geben so einen Einblick in die Werkstatt von Wissenschaft: Wie sehr führen verschiedene Annahmen zu unterschiedlichen Ergebnissen? Es verkehren sich – je nach Annahme und statistischer Technik – schnell mal einige Millionen guter Schweizer Franken von der Kostenseite in einen volkswirtschaftlichen „Gewinn“, je nach der Methode, wie man Produktivitätsverluste schätzt. Vielleicht liegt es auch an dieser hohen Methodensensitivität, dass solche Studien von den Auftraggebern besonders lange „nachbearbeitet“ werden, ehe man sie veröffentlicht: Zuletzt brauchte das amerikanische NIAAA (Nat. Inst. of Alcohol Addiction and Abuse) mehr als ein Jahr zur Veröffentlichung der sozialen Kostenstudie von Alkohol [15]. Gesundheitsökonomische Journale sind in ihren Veröffentlichungsrichtlinien zwischenzeitlich dazu übergegangen, für Effektivitätsvergleiche Sensitivitätsanalysen, die die Empfindlichkeit der Ergebnisse gegenüber Methoden und Annahmen darlegen sollen, verpflichtend vorzuschreiben [16].

Zumindest eine klare Folgerung lässt sich aus dem Beitrag von Gutjahr u. Gmel ziehen: Studien zu den sozialen Kosten dienen in der gegenwärtigen Form wohl eher politischen als wissenschaftlichen Zwecken. Nur wenn indirekte Kosten, insbesondere Produktivitätsverluste infolge Mortalität, weggelassen werden, ergeben sich beim gegenwärtigen Forschungsstand handlungsrelevante Zahlen.

Gesundheitssystemorientierte Beiträge

Beitrag 7 (U. Frick et al.)

Es war kein Zufall, dass im Rahmen einer deutschsprachigen Veranstaltung zur Beziehung von Gesundheitsökonomie und Psychiatrie zwei Beiträge (Üstün u. Chisholm, Rehm) internationale Perspektiven beleuchten, zwei Beiträge (Roick et al., Wasem et al.) ortsunabhängig vorgehen und von den restlichen vier Beiträgen drei nicht aus der 80-Millionen-Republik Deutschland, sondern aus den bedeutend kleineren südlichen Nachbarstaaten stammen (Gutjahr u. Gmel sowie Frei behandeln Daten der Schweiz) bzw. die dortige Situation thematisieren (Frick et al. analysieren österreichische Daten). Das, was den deutschen Krankenhäusern gerade bevorsteht, und wovon die deutsche Psychiatrie (zunächst?) ausgenommen bleibt, die Einführung von Fallpauschalen zur Abrechnung im stationären Bereich des Gesundheitssystems, haben die Österreicher – von der deutschen Wissenschaftsszene weitgehend unbeachtet – bereits 1997 durchgeführt. Die Österreicher haben sich im Unterschied zu Deutschland *nicht* auf das amerikanische System der „Di-Ar-Dschiiii“ (es produziert immer wieder unfreiwillige Komik, wenn nun alle Welt – bis zur mundartlich fest verwurzelten Arzthelferin – in Deutschland von den künftigen Fallpauschalen spricht!) eingelassen und stattdessen, wohl nicht nur aus sprachlichen Gründen, eine eigene, österreichische Lösung angegangen, die „Leistungsorientierte Krankenanstaltenfinanzierung“ („Äll-Kahh-Eff“ – das bleibt auch nicht ohne Schmunzeln!). Es ist, wie man der Darstellung im Artikel von Frick et al. entnehmen kann, eine typisch österreichische Lösung geworden. Fallpauschalen? – „No ja, wenn's bitteschön sein muss, – aber net gar zu streng! Da muss ma halt schau'n, wie mer das regeln!“

Die gesamte Nachkriegsgeschichte in Österreich war sehr viel stärker auf eine Konsensdemokratie hin ausgerichtet als die bundesdeutsche: In Zwentendorf (das einzige österreichische Atomkraftwerk) wurde weniger geprügelt als in Brockdorf oder im Taxöldener Forst; in Hainburg (umstrittene Donau-Auen beim geplanten Kraftwerk) kam niemand (wie an der Startbahn West) zu Tode. Aber Zwentendorf wurde nie in Betrieb genommen, Hainburg nicht gebaut [17,18]. Für das Gesundheitssystem bedeutete diese „neo-korporatistische“ Ausrichtung [19] der Republik, dass traditionell die Krankenkassen nur rund die Hälfte der Betriebskosten der Krankenhäuser erstatteten (weshalb der Krankenkassenbeitrag in Österreich erheblich geringer liegt als in Deutschland), und dass für die andere Hälfte der Staat mit Steuermitteln (aus Bundeshaushalt, Länderhaushalten und kommunalen Mitteln) direkt aufkam. Geregelt wurde diese gigantische Finanzdrehscheibe lange Jahre von einer eigens installierten Institution, deren Name deutschen Lesern das k.u.k.-Schmunzeln über die Austrianer ins Gesicht ruft: Krankenanstaltenzusammenarbeitsfonds (KRAZAF). Ursprünglich gegründet, um zwischen den verschiedenen Bundesländern den notwendigen Finanzausgleich für Patientenmigrationen (vor allem nach Wien hinein) zu ermöglichen, lagen im Fond im Nebeneffekt dann seit 1989 vollständige Zahlen aller Entlassungen in Österreich nach Diagnosen, Dauer, regionaler Herkunft, Versorgungsort usw. auf dem Tisch (Hilfe! Ein gläsernes Gesundheitssystem!). Diese Angaben wurden ab 1993 schrittweise ergänzt um medizinische Behandlungsdaten – verknüpfbar mit Diagnosen! „Gefährdung der ärztlichen Therapiefreiheit!“, hören wir den bundes-

deutschen Aufschrei. Mit einem solchen Wissenshintergrund war es dann möglich, ein eigenes, bodenständiges fallpauschalenbasiertes System zu entwickeln. Das LKF-System enthält eine ganz entscheidende Komponente, die es von reinen Fallpauschalen abhebt: Für „Belagstageausreißer“ gibt es einen – allerdings degressiven – Zuschlag zur Fallpauschale.

In Deutschland ist eine Fallpauschalierung in der Psychiatrie gegenwärtig kein Thema. Die Vorsicht, auch in Deutschland derart abzurechnen – möglicherweise dann unter Preisgabe bisher erreichter Fortschritte – bewegt die Argumentation in der Stellungnahme von Heinrich Kunze, dem geistigen Vater der Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV). Sein Beitrag denkt schon in die nächsten Jahre voraus: Welche Eckpunkte in der Diskussion sollten eingehalten werden, wenn auch hier der nächste Versuch unternommen werden wird, über eine Fallpauschalierung in der Psychiatrie zu reden?

Beitrag 8 (J. Rehm)

Dass Kanada für manche Deutsche so attraktiv ist, hat nicht immer damit zu tun, dass sich die Augsburger Staatsanwaltschaft um deren Spendenpraxis an politische Parteien kümmert. Rehm zeigt in seinem Beitrag aus Ontario, dass für gesundheitsökonomisch interessierte Forscher dieses Land nicht nur eine starke wissenschaftliche Tradition (z.B. die Arbeitsgruppe um G. Torrance in Hamilton) vorzuzeigen hat, sondern dass auch zwischen Gesundheitswissenschaft und Gesundheitspolitik der Verständigungsdraht kürzer ist als z.B. in Kontinentaleuropa. Nicht nur die weltweit beachteten, bereits 1994 erlassenen „Guidelines for Economic Evaluation of Pharmaceuticals“ [20] sind hier zu nennen. Auch die seit den späten 90er Jahren laufende Neuausrichtung des Suchthilfebereichs, von der Rehm hier berichtet, bedeuten für manchen mitteleuropäisch sozialisierten Therapeuten eine mittelschwere bis starke Provokation: „... die machen das mit so wenig Ärzten?, ... mit so wenig Psychologen? Das soll keine Unterbehandlung der PatientInnen bedeuten?“ Bevor die Wiederbestätigung des Stereotyps über „typisch amerikanische“ Kostendämpfung (durch Ausgrenzung von Leistungsklassen und ganzen Bevölkerungsgruppen aus dem System der Gesundheitsfürsorge) aus dem Rehmschen Beitrag herausgelesen wird, sei allerdings darauf hingewiesen, dass Ontario und die Vereinigten Staaten im Gesundheitssystem nicht nur der Niagara River, sondern schlicht Welten trennen. Für spannende Details sei der Leser auf den Beitrag selbst verwiesen ...

Eine klare Erkenntnis für die deutsche Szenerie kann aus dem Beitrag schon für die gegenwärtige Lage mitgenommen werden: Ohne klare und einheitliche Dokumentationssysteme wird sich die Psychiatrie fürderhin immer schwerer tun, in der gesundheitspolitischen Diskussion Gehör zu finden. Dass dafür die DGPPN seit vielen Jahren Empfehlungen ausgearbeitet hat, dass neben der stationären BADO auch Systeme für den komplementären Bereich [21] und den ambulanten Bereich erstellt wurden bzw. im Endstadium ihrer Entwicklung sind, ist den Lesern von C. Cording natürlich bekannt.

Desiderata für eine künftige Diskussion

Das hier dargestellte Symposium verstand sich als eine Auftaktveranstaltung, die nicht nur spontan auf reges Interesse stieß. Sie rief bei den TeilnehmerInnen auch einen vielfach ge-

äußerten Wunsch nach Intensivierung und Professionalisierung des gesundheitsökonomischen Diskurses in der Psychiatrie hervor und die Vision, ein regelmäßiges Forum für die kollegiale Auseinandersetzung mit den spezifisch psychiatrischen Aspekten einer gesundheitsökonomischen Debatte zu schaffen. Vor diesem Hintergrund planen wir in Regensburg, im Frühjahr 2002, eine dazu geeignete zweigestufte Veranstaltung durchzuführen: Einerseits werden wir einen Workshop anbieten, der für alle an Kosteneffektivitätsvergleichen über Kliniken und/oder Stationen hinweg Interessierten die Möglichkeit bietet, an realen Daten entsprechende Analysen zu erlernen und durchzuführen. Zusätzlich sollen international renommierte Vortragende einen aktuellen Einblick in die Entwicklungslinien der internationalen Forschungen und Gesundheitsökonomie ebenso geben, wie neueste deutsche Forschungen und Projekte vorgestellt werden. Dabei erhoffen wir uns nochmals einen deutlichen Entwicklungsschub für bestehende und zukünftige Projekte. Wir sind zuversichtlich, dass dieses Programm wieder auf Ihr Interesse stoßen wird und sind für weitere Anregungen und Vorschläge offen. Vorher wünschen wir aber viel Spaß mit den vorliegenden Artikeln.

Danksagung

Wir bedanken uns bei den Sponsoren Eli Lilly, Janssen und Pfizer für die freundliche finanzielle Unterstützung, ohne die weder die Durchführung des Symposiums noch die Herausgabe dieses Sonderheftes möglich gewesen wäre. Frau Carolin Wolf hat effizient und zuvorkommend die organisatorischen Aufgaben des Symposiums bewältigt und präzise die Redaktionsarbeiten für die Herausgabe dieser Sondernummer erledigt. Professor Helmfried Klein hat als Tagungspräsident die liberalitas bavariae in der wissenschaftlichen Diskussion erfolgreich initiiert und im Tagungsverlauf beispielhaft darauf hingewirkt, dass seriöser wissenschaftlicher Anspruch und gute Lebensqualität kein intrinsischer Widerspruch sein müssen. Ernst u. Karl bzw. Karl u. Ernst vom Kabarett „Die Kunstfehler“ haben im Abendprogramm mit ihrer Skulptur „Heilende Beziehung“ enorme protektive Potenziale bei den Teilnehmern aktiviert, deren Kosten-Effektivität vermutlich nie berechnet werden kann. Aurelia Schoplick (Sopran), Ulla Attenberger (Alt) und Helmut Pöser (Bass) sei dafür gedankt, dass sie den Bariton von Uli Frick („kommt nicht richtig rauf, und nicht richtig runter...“) in den „Closed Harmony“-Chorsatz eingebettet haben.

Literatur

- ¹ Statistisches Bundesamt. Bevölkerungsentwicklung bis zum Jahr 2050. Ergebnisse der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt, 2000
- ² Krämer W. Medizin muss rationiert werden. *Medizinrecht* 1996; 1: 1–5
- ³ Leidl R. Die Ausgaben für Gesundheit und ihre Finanzierung. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J (Hrsg): *Das Public Health Buch – Gesundheit und Gesundheitswesen*. München: Urban & Schwarzenberg, 1998: 245–258
- ⁴ Frick U, Rehm J, Krischker S, Cording C. Length of stay in a German psychiatric hospital as a function of patient and organizational characteristics – a multilevel analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1999; 8 (3): 146–161
- ⁵ Cording C, Kipp J, Kukla R, Kunze H, Saß H. Der neue Krankenhausvergleich nach § 5 BPfIV und seine Anwendung in der Psychiatrie. Eine Stellungnahme der DGPPN, der Bundesarbeitsgemeinschaft der Träger Psychiatrischer Krankenhäuser (BAG) und der Aktion Psychisch Kranke (APK). *Nervenarzt* 2001; 72: 63–66
- ⁶ Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51 (1): 8–19
- ⁷ WHO World Health Organization. *The World Health Report 2000 – Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO, 2000
- ⁸ Williams S. The limits of quantitative ethics. Editorial. *Med Decision Making* 1987; 7: 121–123
- ⁹ Angermeyer MC. Das öffentliche Image der Psychiatrie: Ergebnisse einer repräsentativen Befragung in den neuen Bundesländern. *Psychiatrische Praxis* 2000; 27 (7): 327–329
- ¹⁰ Angermeyer MC, Matschinger H. Soziale Distanz der Bevölkerung gegenüber psychiatrischen Patienten. *Das Gesundheitswesen* 1996; 58 (1): 18–24
- ¹¹ Stengler-Wenzke K, Angermeyer MC, Matschinger H. Depression und Stigma. *Psychiatrische Praxis* 2000; 27 (7): 330–335
- ¹² Cording-Tömmel C, Wittchen HJ, Zerssen DY. Evaluation des Verlaufs und Outcomes affektiver Psychosen. Implikationen für eine patientenorientierte Bedarfsplanung. In: Zweifel P (Hrsg): *Bedarf und Angebotsplanung im Gesundheitswesen. Neue Ansätze der Bedarfsforschung und neue Formen der Angebotsplanung*. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 17, Hrsg. Robert Bosch Stiftung. Gerlingen: Bleicher, 1988: 179–222
- ¹³ Scherbaum N, Beckmann JP, Klein S, Rehm J. Medizinethische Aspekte der Heroïnverschreibung. *Der Nervenarzt*, in Druck
- ¹⁴ Uchtenhagen A, Dobler-Mikola A, Steffen T, Gutzwiller F, Blättler R, Pfeifer S. Betäubungsmittelverschreibung an Heroïnabhängige. Wichtigste Resultate der Schweizerischen Kohortenstudie. Basel: Karger, 2000
- ¹⁵ Harwood H, Fountain D, Livermore G, The Lewein Group. *The Economic Costs of Alcohol and Drug Abuse in the United States, 1992*. Rockville, MD: US Department of Health and Human Services, National Institute on Drug Abuse (NIDA), 1998; (NIH Publication, No. 98–4327)
- ¹⁶ von der Schulenburg J-M, Hoffmann C. Review of European guidelines for economic evaluation of medical technologies and pharmaceuticals. *HEPAC Health Economics in Prevention and Care* 2000; 1: 2–8
- ¹⁷ Wagner E, Frick U, Rehm J. Bautenkonflikte in Österreich 1960–1987. Teil I: Vollerhebung und Analyse umstrittener Großbauprojekte. *SWS-Rundschau* 1989; 29 (4): 467–492
- ¹⁸ Wagner E, Frick U, Rehm J. Bautenkonflikte in Österreich 1960–1987. Teil II: Analyse der Koalitionsbildungen unter den Bautengegnern und Beurteilung ihrer Wirksamkeit. *SWS-Rundschau* 1990; 30 (1): 23–56
- ¹⁹ Marin B. Neuer Populismus und „Wirtschaftspartnerschaft“ – Neo-korporatistische Konfliktregelung und außerinstitutionelle Konfliktpotentiale in Österreich. *Österreichische Zeitschrift für Politikwissenschaft* 1980; 2: 157–176
- ²⁰ Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment (CCOHTA). *Guidelines for Economic Evaluation of Pharmaceuticals*: Canada. Ottawa: CCOHTA, 1994
- ²¹ Kluge H, Becker T, Kilian R, Kallert TW, Schutzwahl M, Leisse M, Angermeyer MC. Entwicklung eines standardisierten Dokumentationssystem für die komplementäre Psychiatrie. *Gesundheitswesen* 2000; 61 (7): 323–330

Dr. Ulrich Frick

AG Versorgungsforschung
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie
der Universität Regensburg
Universitätsstraße 84
93042 Regensburg