

Kolummentitel: KOSTEN-NUTZWERT-ANALYSEN IM GESUNDHEITSWESEN

Kosten-Nutzwert-Analysen im Gesundheitswesen

Bruno Sternath

Universität Bern

Eingereicht bei Prof. Dr. W. Tschacher

im Rahmen des Seminars: Psychopathologische Prozesse und psychologische Intervention

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit gibt einen Überblick über mögliche gesundheitsökonomische Qualitätsverbesserungsmassnahmen. Ausgehend von einem mathematischen Modell zum Zusammenhang zwischen dem Grad an Über- bzw. Unterversorgung und der Wirtschaftlichkeit einer Qualitätsverbesserungsmassnahme von Gandjour und Lauterbach (2004) werden weitere drei Komponenten einer Kosten-Nutzwert-Analyse vorgestellt. Es handelt sich dabei um eine Untersuchung von König (2004) zur Messung von Patientenpräferenzen, einer Arbeit von Roick, et al. (2004) über die Aussagefähigkeit psychometrischer und präferenzbasierter Lebensqualitätsindizes und einer qualitativen Katamneseuntersuchung im Bereich von Kriseninterventionen von Reisch et al. (2004)

KOSTEN-NUTZWERT-ANALYSEN IM GESUNDHEITSWESEN

Die stetig steigenden Kosten im Gesundheitswesen zwingen zum Umdenken. Die vorhandenen Mittel müssen gezielter und wirtschaftlicher eingesetzt werden als dies in der Vergangenheit geschehen ist. Stimmen werden laut, die eine Reform des Gesundheitswesens fordern. Ein Ansatz zur Umsetzung dieser Forderung sind Kosten-Nutzwert-Analysen, die in Form von Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) eingeführt werden können, um den Abbau von Über- Unter- oder Fehlversorgung voranzutreiben. Solche Massnahmen sind jedoch nur sinnvoll, wenn ihre Einführung nicht nur den Nachweis von Wirksamkeit (effectiveness) sondern auch von Wirtschaftlichkeit (cost-effectiveness) erbringt. Das heisst, eine QVM, die den Abbau von Überversorgung zum Ziel hat, ist nur dann wirtschaftlich, wenn sie Kosten spart, ihre Investitionen also niedriger als die Einsparung durch den Abbau medizinischer Leistungen sind. Liegt das Ziel hingegen in einem Abbau von Unterversorgung, kann von einer Kosteneinsparung aus volkswirtschaftlicher Sicht abgesehen werden, wenn sich die zusätzlichen Kosten durch den zusätzlichen Nutzen rechtfertigen lassen. (Gandjour & Lauterbach, 2004). Kosten-Nutzwert-Analysen auf einer krankheitsübergreifenden Ebene sind deshalb sinnvoll, da alle medizinischen Interventionen, nicht zuletzt auch psychotherapeutische, in direkter Konkurrenz zueinander stehen.

Gandjour und Lauterbach (2004) haben versucht, anhand mathematischer Modelle den Zusammenhang zwischen dem Grad an Über- bzw. Unterversorgung und der Wirtschaftlichkeit einer QVM abzubilden. Im Folgenden sollen ihre Modelle vereinfacht vorgestellt werden.

Die Mathematischen Modelle von Gandjour und Lauterbach (2004) zur Messung von Über bzw. Unterversorgung und der Wirtschaftlichkeit einer QVM

Das Modell zum Zusammenhang zwischen dem Grad an Unterversorgung und der Wirtschaftlichkeit einer QVM zum Abbau des Unterversorgungsproblems, (Gandjour & Lauterbach, 2004)

Gandjour und Lauterbachs (2004) Modell zum Zusammenhang zwischen dem Grad an Unterversorgung und der Wirtschaftlichkeit einer QVM beinhaltet einerseits ein Kosten-Nutzen-Verhältnis, das den Gewinn an Gesundheit pro zusätzlich behandeltem Patienten den Nettokosten für dessen Behandlung gegenüberstellt und andererseits die Kosten für die Implementierung des QVM addiert. Das Modell lässt erkennen, dass die QVM-Kosten pro Patient umso kleiner sind, je mehr Patienten von der Unterversorgung betroffen sind, da sich die Investitionskosten des QVM auf eine grössere Zielpopulation verteilen. Allerdings lässt sich aus der Formel auch ableiten, dass jede Reduzierung des Unterversorgungsproblems um eine Messeinheit zu einem überproportionalen Anstieg des Grenz-Kosten-Nutzen-Verhältnisses führt. Gandjour und Lauterbach (2004) konnten mittels ihrer Modelle zeigen, dass ein Abbau von Unterversorgung trotz wirtschaftlicher medizinischer Behandlung unwirtschaftlich sein kann, wenn der Unterversorgungsgrad klein ist, dabei sich die Kosten für eine QVM auf eine kleinere Zielpopulation verteilen.

Wirtschaftlichkeit des Abbaus von Überversorgung

Gandjour und Lauterbachs (2004) Modell zur Wirtschaftlichkeit des Abbaus von Überversorgung stellt die Investitionskosten der QVM den Ersparnissen durch den Abbau medizinischer Leistungen gegenüber. Das Modell zeigt, dass die individuellen Implementierungskosten einer QVM umso geringer und die individuellen Überversorgungskosten umso höher sind, je mehr Personen vom Problem der Überversorgung betroffen sind. Bei einem Abbau von Überversorgung steigen die Implementierungskosten,

während die zu reduzierenden Überversorgungskosten sinken, da immer weniger Personen Überversorgungskosten verursachen und sich die Implementierungskosten auf eine immer kleiner werdende Population verteilen. Somit wird jeder weitere Abbau von Überversorgung unwirtschaftlicher.

Der Einsatz dieser Modelle kann dazu beitragen, dass, unter Berücksichtigung des Grades von Über- bzw. Unterversorgung, Wirtschaftlichkeitsberechnungen für Qualitätsverbesserungsmassnahmen angestellt werden können, die einen effizienten Einsatz von Ressourcen im Gesundheitswesen ermöglichen. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass ein Abbau von Überversorgung einen Einfluss auf die Qualität der Behandlung haben kann, der in den oben beschriebenen Modellen keine Berücksichtigung findet. Weiter birgt die Anwendung der Modelle von Gandjour und Lauterbach (2004) auch das Problem, dass die zur Berechnung der Wirtschaftlichkeit benötigten Parameter, wie beispielsweise die Patientenpräferenzen oder der Zugewinn an Gesundheit, oft nicht bekannt sind und nur schwer gemessen oder geschätzt werden können.

Bezüglich der Patientenpräferenzen vertritt König (2004) die Meinung, dass die Messung von Patientenpräferenzen für die ökonomische Evaluation möglich ist. In einer Übersichtsarbeit beschäftigt er sich dazu eingehend mit dem Einsatz von Standard Gamble, Time Trade-Off und Contingent Valuation bei depressiv bzw. schizophren Erkrankten, in Bezug auf ihre Praktikabilität, Validität und Reliabilität. Seine Studie soll nachfolgend vorgestellt werden.

Präferenzbasierte Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Neben der monetären Bewertung gesundheitlicher Effekte können Gesundheitszustände bzw. die gesundheitsbezogene Lebensqualität auch auf einer metrischen Skala, von 0 (Tod) bis 1

(vollständige Gesundheit) eingestuft werden (Brazier et al. 1999; Green et al. 2000; Torrance G.W., 1986). Sie wird Value bzw. Utility genannt und in Kosten-Nutzwert-Analysen zur Bestimmung von qualitätsadjustierten Lebensjahren (QALYs) verwendet. Das QALY-Konzept kombiniert die durch eine Therapie gewonnenen Lebensjahre und die damit verbundene Lebensqualität zu einem aggregierten Outcomemass. Es beinhaltet somit neben der quantitativen Seite des Lebens auch dessen qualitative Dimension (Zeckhauser R.J. & Shepard D. S., 1976).

Zur oben beschriebenen präferenzbasierten Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität werden in der Literatur Befragungsverfahren empfohlen, die vom Befragten eine Auswahl zwischen verschiedenen Alternativen verlangen, wie dies das Standard Gamble (SG) und das Time Trade-Off (TTO) tun (Green et al., 2000; Brazier et al. 1999). Präferenzbasierte Methoden gehen davon aus, dass Lebensqualität ein implizites Konstrukt ist, das sich nur durch die Präferenz der Befragten erschliesst. (Bullinger, 1997). Aus den mit diesen Verfahren gemessenen Werten können Utility- respektive QALY-Werte errechnet werden, welche wiederum in Kosten-Nutzwert-Analysen einfließen. In Kosten Nutzwert-Analysen kann untersucht werden, mit welchen Massnahmen bei einem vorgegebenen Budget die meisten gesundheitlichen Effekte (QALYs) erzielt werden können.

Das Standard Gamble (SG)-Verfahren

Bei SG-Verfahren werden die Befragten in eine hypothetische Entscheidungssituation versetzt, in der sie sich für eine von zwei angebotenen Alternativen zu entscheiden haben. Die eine Möglichkeit besteht darin, mit Sicherheit in dem zu bewertenden Gesundheitszustand zu verbleiben, die andere Möglichkeit darin, entweder mit der Wahrscheinlichkeit p vollständige Genesung zu erfahren oder mit der Gegenwahrscheinlichkeit $1-p$ zu versterben. Die

Wahrscheinlichkeit p wird so lange variiert, bis der Befragte zwischen den Alternativen indifferent wird.

Bei seinen Recherchen ist König (2004) auf je vier Studien gestossen, die das SG-Verfahren bei Patienten mit einer Depression respektive Schizophrenie eingesetzt hatten. Die Patienten haben in den von König (2004) untersuchten Studien mit Hilfe des SG-Verfahrens neben ihrem momentanen gesundheitlichen Zustand zum Teil auch ihren schlechtesten, jemals erlebten Zustand in der Depression bzw. Schizophrenie und hypothetische depressive bzw. schizophrene Gesundheitszustände eingeschätzt. Das SG-Verfahren hat sich bei den Messungen der Lebensqualität bei depressiv Erkrankten als durchaus praktikabel erwiesen. Lediglich in einer Studie mit Patienten, die an einer Schizophrenie litten, wurde sie von den Autoren als kognitiv überfordernd eingestuft. Bezüglich der Konstrukt- und Übereinstimmungsvalidität fanden sich für das SG-Verfahren zufrieden stellende Werte, eine Test-Retest-Reliabilität wurde in keinem Fall untersucht.

Das Time Trade-Off (TTO)–Verfahren

Auch bei dem TTO-Verfahren wird der Befragte gebeten, sich zwischen zwei Alternativen zu entscheiden. Die erste Alternative besteht darin, eine vorgegebene Dauer von t Jahren in dem zu bewertenden Gesundheitszustand zu verbleiben und die zweite Alternative darin, x Jahre bei vollständiger Gesundheit zu verbringen. Der Wert x wird nun so lange variiert, bis der Befragte zwischen den Möglichkeiten indifferent wird. Der Befragte soll also eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes gegen eine Lebenszeitverkürzung abwägen.

König (2004) fand zum TTO-Verfahren zwei Studien, welche den Gesundheitszustand von Patienten mit einer Depression bewerteten und nur eine, die die Messung des Gesundheitszustands von Patienten mit einer Schizophrenie zum Inhalt haben. In allen drei Arbeiten bewerteten die Patienten ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand und in je einer

Studie zusätzlich den schlechtesten, jemals erlebten depressiven bzw. schizophrenen Gesundheitszustand.

Das TTO-Verfahren hat sich in allen Fällen als praktikabel erwiesen und ist sowohl von den Befragten, als auch von den Interviewern als eher einfach eingeschätzt worden. Bezüglich der Validität wies das TTO-Verfahren in den ausgewerteten Studien zufrieden stellende Werte auf, allerdings fanden sich dazu nur relativ wenige Angaben. Auch Angaben zur Reliabilität sind selten, die vorhandenen Werte sind jedoch zufriedenstellend.

Die monetäre Bewertung gesundheitlicher Effekte

Für die monetäre Bewertung gesundheitlicher Effekte wird in der Gesundheitsökonomie die kontingentierte Evaluierungsmethode (CV) verwendet (Bala, Mauskopf und Wood, 1999; Klose, 1999; Olsen & Smith, 2001). Hier werden die Befragten aufgefordert, den maximalen Betrag zu nennen, den sie für eine (hypothetische) Verbesserung eines Gesundheitszustandes zu zahlen bereit wären, oder den sie für eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes als Entschädigung verlangen würden. Dies hat den Vorteil, dass Kosten und Nutzen (Effekte) aufgrund ihrer einheitlichen Messung direkt verglichen werden können.

König (2004) fand je 2 Studien zum Einsatz monetärer Bewertungen von Gesundheitszuständen von Patienten mit einer Depression bzw. einer Schizophrenie. Auch dieses Verfahren hat sich in den vorliegenden Studien als praktikabel erwiesen und es sind ebenfalls nur wenige Angaben zu Validität und Reliabilität vorhanden, diese Werte sind jedoch zufriedenstellend.

Die oben vorgestellten Messmethoden für Patientenpräferenzen sind in den untersuchten Studien in der Regel nur bei stabilen Patienten mit kontrollierten Symptomen

zum Einsatz gekommen, weshalb die Ergebnisse vorsichtig generalisiert werden sollten. Nicht zuletzt die Praktikabilität dürfte stark vom Gesundheitszustand der Befragten abhängen. König (2004) macht ebenfalls darauf aufmerksam, dass keine der untersuchten Studien analysierte, wie empfindlich die Bewertungsmethoden auf Veränderungen des Gesundheitszustandes bzw. gesundheitlicher Effekte reagieren. Er stellt hier dringenden Forschungsbedarf fest, da die Veränderungssensitivität der Instrumente eine Voraussetzung für den Nachweis von Effekten in der gesundheitsökonomischen Evaluation darstellt.

Roick et al. (2004) haben die Eignung unterschiedlicher Messmethoden der Lebensqualität für gesundheitsökonomische Evaluationen untersucht. Ihre Arbeit soll im Folgenden vorgestellt werden.

Aussagefähigkeit von psychometrischen und präferenzbasierten Lebensqualitätsindizes

Neben den oben beschriebenen monetären oder rein präferenzbedingten Methoden untersuchen Roick et al. (2004) auch generische Indexinstrumente. Die so genannten Multiattribute-utility (MAU)- Instrumente, wie beispielsweise der EQ-5D, erfassen gesundheitsbezogene Lebensqualität zunächst in einem mehrdimensionalen Konzept mit verschiedenen Antwortmöglichkeiten. Die unterschiedlichen Dimensionen und Antwortmöglichkeiten der MAU-Instrumente werden gewichtet und in einem Lebensqualitätsindex zusammengefasst. Die Bestimmung der Gewichte basiert auf präferenzbasierten Methoden. Nachteilig an diesen Kosten-Nutzwert-Analysen ist, dass durch die Aggregation von unterschiedlichen Lebensqualitätsaspekten in einer Zahl Informationen verloren gehen.

In ihrer Studie haben Roick et al. (2004) untersucht, wie sensitiv Indexinstrumente und präferenzbasierte Methoden für therapiebedingte Veränderungen der Lebensqualität sind, ob

sie sich gleichermaßen für psychisch und somatisch Erkrankte eignen und welche Methode sich am geeignetsten für die Durchführung von Kosten-Nutzwert-Analysen erweist. Sie untersuchten zur Beantwortung dieser Fragen die Lebensqualität von an Diabetes mellitus Typ 2 beziehungsweise Schizophrenie erkrankten Patienten mit vier unterschiedlichen Messmethoden. Sie wählten Patientenschulungsprogramme als zu evaluierende Intervention aus, die bekanntermassen bei beiden Krankheitsbildern zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen können. Als krankheitsspezifisches Messinstrument dienten bei den schizophren Erkrankten die Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF) und bei den Diabetikern der Diabetes-mellitus-Lebensqualitätsfragebogen (DMLQ). Die präferenzbasierte Lebensqualitätsmessung erfolgte mit dem TTO. Als generisches Indexinstrument kam der EQ-5D zum Einsatz. Zusätzlich fand die visuelle Analogskala (VAS) Anwendung.

Zur Klärung der Frage, ob generische und präferenzbasierte Methoden für therapiebedingte Veränderungen der Lebensqualität gleichermaßen sensitiv sind, wurde der Einfluss von Patientenschulungen auf die Lebensqualität von Diabetikern und an Schizophrenie Erkrankten untersucht. Roick et al. (2004), konnten in ihrer Untersuchung mit keiner Messmethode einen Effekt der Schulungen feststellen, obwohl aus der Literatur bekannt ist, dass die eingesetzten Patientenschulungen sowohl bei Diabetikern als auch bei Schizophreniepatienten wirksam die Lebensqualität verbessern können (Atkinson et al, 1996; Goetz, 1996). Die eingesetzten Messmethoden sind also nicht sensitiv genug, die Effekte der Patientenschulungen abzubilden. Dass der TTO zu wenig sensitiv ist um therapiebedingte Effekte, wie zum Beispiel den Einfluss einer stationären Behandlung abzubilden, kann wahrscheinlich darauf zurückgeführt werden, dass Präferenzwerte generell zu wenig veränderungssensibel sind (Roick et al. 2004).

Die vorliegende Studie sollte auch klären, ob generische und präferenzbasierte Messmethoden gleichermaßen für psychisch und somatisch Kranke geeignet sind. Dabei hat

sich in der vorliegenden Untersuchung bestätigt, dass der EQ-5D-Index die Lebensqualität psychisch Kranker nicht adäquat abbildet, da sich seine Dimensionen, wie beispielsweise Schmerz oder Mobilität eher zur Beurteilung der Lebensqualität von körperlich als von psychisch Kranken eignen. Während sich das VAS als zu wenig sensitiv erwiesen hat, um die zwischen Diabetikern und Schizophrenen bestehenden Unterschiede in ihrer Lebensqualität feststellen zu können, konnten diese mit dem TTO gut abgebildet werden.

Allerdings sind bei Untersuchungen der Lebensqualität von schizophren Erkrankten mit dem TTO auch Verzerrungen zu befürchten. Schizophren Erkrankte könnten krankheitsbedingt ihre subjektive Lebensqualität höher einschätzen, als dies aus objektiver Sicht zutreffend wäre. Ein ähnlicher Effekt trat bei den Diabetikern nicht auf.

Über alle Messmethoden hinweg fanden Roick et al. (2004), dass das Vorliegen einer depressiven Symptomatik ein starker Prädiktor für eine geringe Lebensqualität sowohl bei schizophren Erkrankten als auch bei den Diabetikern ist.

Roick et al (2004) halten fest, dass keine der untersuchten Messmethoden uneingeschränkt für den Einsatz bei Kosten-Nutzwert-Analysen empfohlen werden kann. Sie schlagen vor, die methodischen Probleme von Kosten-Nutzwert-Analysen zu überwinden, indem die existierenden präferenzbasierten Methoden so modifiziert würden, dass sie eine grössere Sensibilität für therapiebedingte Effekte bekämen. Morrison et al. (2002) haben bereits ein alternatives TTO-Verfahren entwickelt, in dem die Probanden die Lebenszeit nennen sollen, die sie zu opfern bereit wären, um nicht mehr in ihrem vor Therapiebeginn bestehenden Gesundheitszustand, sondern in dem durch die Therapie erreichten, neuen Gesundheitszustand leben zu können. Mit dieser Methode konnten behandlungsbedingte Effekte aufgedeckt werden, die mit dem klassischen TTO nicht erfasst werden konnten. Auch das von Buckingham et al. (1996) entwickelte „daily TTO“, das einen täglichen Time-Tradeoff einsetzt, kann präzisere Ergebnisse liefern als das klassische TTO. Allerdings

bedingen diese Verfahren im Gegensatz zu den psychometrischen Ansätzen einen hohen Schulungsaufwand für die Interviewer und in der Regel direkten Kontakt zu den Probanden. Auch sind diese Messmethoden nicht für alle Patienten genügend verständlich. Roick et al. (2004) schlagen deshalb vor, den EQ-5D so zu modifizieren, dass er eine bessere Erfassung der Lebensqualität psychisch Kranker erlaubt oder das Assessment of Quality of Life (AQoL) einzusetzen, das die Dimensionen psychisches Wohlbefinden, soziale Beziehungen und Unabhängigkeit mit erfasst. Roick et al. (2004) betonen jedoch, dass bislang kein generisches Indexinstrument als Goldstandard für Kosten-Nutzwert-Analysen gelten kann. Die derzeitigen MAU-Instrumente erfassen unterschiedliche Konstrukte von Lebensqualität und ihre Sensitivität hängt von den Erkrankungen ab, bei denen sie eingesetzt werden.

Die oben beschriebenen mathematischen Ansätze zur Erfassung von Wirtschaftlichkeit medizinischer Interventionen und der Patientenpräferenzen respektive Lebensqualität von psychisch und körperlich Kranken setzen voraus, dass die durchgeführten medizinischen Massnahmen auch tatsächlich wirksam sind. Stellvertretend für Wirksamkeitsuntersuchungen soll im folgenden die Untersuchung von Reisch et al. (2004) zu stationären psychiatrischen Kriseninterventionen vorgestellt werden.

Qualitative Messungen im Bereich stationärer psychiatrischer Krisenintervention

Reisch et al. (2004) haben eine Gruppe von Patienten untersucht, die aufgrund ausgeprägter Symptomatik auf einer Kriseninterventionsstation aufgenommen werden mussten. Zu Beginn der Therapie sind bei den Patienten durchwegs hohe BDI- und SCL-Werte gemessen worden, darüber hinaus haben sie häufig Suizidalität angegeben. Die Krisenintervention als erster Schritt einer langfristigen Therapie sollte nun in möglichst kurzer Zeit die vordringlichsten Probleme verringern. Reisch et al. (2004) legten bei ihren

Untersuchungen grossen Wert darauf, die von den Patienten als vordringlich empfundenen Probleme zu erfassen um die Ergebnisse mit den Outcomedaten zu vergleichen (Kongruenz der Intervention). Nach einer erfolgreichen Krisenintervention sollten somit die akuten Probleme, prototypisch die Suizidalität, gelöst sein, während eine gewisse Grundsymptomatik bestehen bleibt. Reisch et al (2004) erwarten, dass bei einer kongruenten Krisenintervention ein besseres Therapieergebnis zu finden ist, als wenn nur unspezifische Copingmechanismen verbessert werden. Sie wollten ausserdem erfahren, welche Therapieelemente von den Patienten in der Retrospektive als die wichtigsten eingeschätzt werden. Im Speziellen sollte geprüft werden, ob Patienten, die eine strukturierte, professionell geleitete Therapiemodalität wie die Gruppen- und Einzeltherapie als hilfreichstes Behandlungselement betrachten, auch später von der meist ambulanten Psychotherapie besser profitieren können.

Die Untersuchungen von Reisch et al. (2004) konnten gemäss ihrer Hypothese zeigen, dass die Patienten zum Follow-up Zeitpunkt bis auf einen Patienten nicht mehr suizidal waren, eine Restsymptomatik jedoch nach wie vor bestand.

Bezüglich der Kongruenz der Hilfestellung fanden Reisch et al. (2004), dass bei nur gerade 40% der Patienten der Hauptproblembereich und der Bereich, in dem ihnen subjektiv geholfen wurde, übereinstimmten. Sie erklären dies damit, dass eventuell das Hauptproblem der Patienten aus ihrer Sicht oder objektiv nicht lösbar war oder dass die Patienten aus verschiedenen Gründen ihr Hauptproblem nicht thematisierten. Weiter könnte der Therapeut nicht korrekt erkannt haben, welches Problem für den Patienten im Vordergrund steht. Reisch et al. (2004) haben weiter festgestellt, dass diejenigen Patienten, die eine kongruente Behandlung erhalten haben, nach der Therapie häufiger asymptomatisch waren als diejenigen bei denen nicht das vordergründige Problem behandelt werden konnte. Sie betonen deshalb die Wichtigkeit, dass Krisentherapeuten während der Durchführung der Behandlung wiederholt die Relevanz des Therapieinhaltes mit ihren Patienten überprüfen um sicher zu gehen, am vordringlichsten Problem zu arbeiten.

Was die bevorzugte Therapiemodalität der Patienten betrifft, zeigte die Untersuchung von Reisch et al. (2004), dass die Patientenpräferenzen sich auf verschiedene Kategorien verteilten. Einzel-, Gruppen- und Milieuthérapie wurden ähnlich häufig als die bevorzugte genannt. Da in Krisensituationen die Bewältigungskapazität der Patienten erschöpft ist, schlagen Reisch et al. (2004) vor, diese mittels eines multimodalen Herangehens wieder aufzubauen.

Es hat sich gezeigt, dass Patienten, die die Einzel- oder Gruppentherapie als hilfreichstes Element ansahen, am Ende der Therapie und zum Zeitpunkt des Follow-up wie vermutet häufiger asymptomatisch waren. Neben dem vordringlichen Hauptproblem sollte deshalb auch erhoben werden, welche Therapiemodalität die Patienten bevorzugen, welche auch nach der Krisenintervention bei Nachfolgebehandlungen beibehalten werden sollte.

Trotz einiger Einschränkungen bezüglich Stichprobengrösse, Drop-outs und eventuell mangelhafter Erinnerungsleistungen der Patienten bei den Follow-up Messungen, zeigt die Untersuchung von Reisch et al. (2004), dass Zusammenhänge zwischen den untersuchten qualitativen Verlaufsparemetern und dem Outcome bestehen könnten. Dies wäre nicht nur für die Durchführung einer Krisenintervention, sondern auch für die Nachbehandlung relevant.

Schlussfolgerungen

Die vorliegende Arbeit soll die Möglichkeiten einer gesundheitsökonomischen Evaluation von verschiedenen Seiten beleuchten. Die vorgestellten Modelle von Gandjour und Lauterbach (2004) zeigen einen möglichen Weg auf, Qualitätsverbesserungsmassnahmen (QVM) wirtschaftlich einzusetzen. Allerdings ist die Frage des Einflusses der QVM auf die Behandlungsqualität nicht geklärt. Das Modell geht von einer gleichbleibenden Qualität aus, was wahrscheinlich nicht in jedem Fall zutreffen dürfte. Während der Implementierung einer QVM müsste deshalb ständig die Behandlungsqualität überprüft und nötigenfalls korrigiert

werden. Weiter besteht das Problem, dass für die Berechnungen benötigte Parameter teilweise sehr schwer zu eruieren sind. Beispielsweise stellt König (2004) bezüglich der Messung von Patientenpräferenzen dringenden Forschungsbedarf fest, obwohl sich die von ihm untersuchten Methoden zur Messung von Patientenpräferenzen mit Einschränkungen eignen. Roick et al. (2004) haben in ihrer Untersuchung festgestellt, dass die gängigen präferenzbedingten Messmethoden zu wenig sensitiv sind, um therapiebedingte Effekte abzubilden. Sie schlagen vor, diese zu modifizieren um ihre Sensitivität zu steigern. Morrison et al. (2002) haben bereits ein alternatives TTO-Verfahren entwickelt, mit welchem behandlungsbedingte Effekte aufgedeckt werden können, die mit dem klassischen TTO nicht erfasst wurden. Auch das von Buckingham et al. (1996) entwickelte „daily TTO“, liefert präzisere Ergebnisse als das klassische TTO. Nachteilig an den präferenzbedingten Methoden bleibt der hohe Schulungsaufwand für die Interviewer und der benötigte persönliche Patientenkontakt. Auch die von Roick et al. (2004) untersuchten Methoden zur Erfassung der Lebensqualität müssen modifiziert werden, damit sie bei psychischen Erkrankungen eingesetzt werden können. Neben der Forschungsarbeit an den mathematischen Ansätzen zur Erfassung der Wirtschaftlichkeit medizinischer Interventionen und der Messung von Patientenpräferenzen respektive der Lebensqualität, darf die Beobachtung der Behandlungsqualität und –Effektivität nicht vernachlässigt werden. Reisch et al. (2004) betonen in ihrer Untersuchung die Relevanz einer kongruenten Therapie und die Wichtigkeit der passenden Therapiemodalität.

Die vorgestellten Arbeiten sind alle in jüngster Zeit verfasst worden, was die Relevanz des Themas widerspiegelt. Sie zeigen auf, dass eine effiziente Nutzung der vorhandenen Ressourcen noch weitere Forschung erfordern wird.

- Atkinson J. M., Coia, D. A., Harber, G. W., Harper, J. P. (1996). The Impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. Br. J. Psychiatry, 168, 199-204
- Bala, M. V., Mauskopf, J. A., Wood L. L. (1999). Willingness to pay as a measure of health benefits. Pharmacoeconomics, 15, 9-18.
- Brazier, J., Deverill, M., Green, C., Harper, R., Booth, A. (1999). A review of the use of health status measures in economic evaluation. Health Technol Assess, 3(9) i-iv, 1-164.
- Buckingham, J. K., Birdsall, J., Douglas, J. G. (1996). Comparing three versions of the time tradeoff: Time for a change? Med Decis Making, 16, 335-347.
- Bullinger, M. (1997). Gesundheitsbezogene Lebensqualität und subjektive Gesundheit. Psychother Psychosom Med Psychol, 47, 76-91.
- Gandjour, A., & Lauterbach, K. W. (2004). Wann lohnt sich der Abbau medizinischer Unter- und Überversorgung? Das Beispiel der Behandlung akuter Depressionen. Psychiat Prax, 31, 157-162.
- Goetz, S. G. (1996) Qualitätssicherung der Diabetes-Schulung. Einfluss der Diabetes-Schulung auf Stoffwechselführung und Lebensqualität. Unveröffentlichte Dissertation, Tübingen.
- Green, C., Brazier J., Deverill M. (2000). Valuing health-related quality of life. A review of health state valuation techniques. Pharmacoeconomics, 17, 151-165.
- Klose, T. (1999). The contingent valuation method in health care. Health Policy, 47, 97-123.
- König, H.-H. (2004). Messung von Patientenpräferenzen in der Psychiatrie: Eine Literaturübersicht über den Einsatz von Standard Gamble, Time Trade-Off und Contingent Valuation bei Depression und Schizophrenie. Psychiat Prax, 31, 118-127.

- Morrison, G. K., Neilson, A., Malek, M. (2002) Improving the sensitivity of the time-trade-off method: result of an experiment using chained TTO questions. *Health care management science*, 5 (1), 53-61.
- Olsen, J. A., & Smith, R. D. (2001). Theory versus practice: a review of "willingness-to-pay" in health an health care. *Health Econ*, 10, 39-52.
- Reisch, T., Vijayananda, S., Gekle, W., Tschacher, W. (2004). Eine qualitative Katamneseuntersuchung zwei Jahre nach stationärer psychiatrischer Krisenintervention. *Psychiat Prax*, 37, 16-22.
- Roick, C., Thierfelder, K., Heider, D., Klemm, T., Paschke, R., Angermeyer, M. C. (2004). Untersuchung der Aussagefähigkeit psychometrischer und präferenzbasierter Lebensqualitätsindizes bei psychisch und somatisch Kranken. *Psychiat Prax*, 31, 128-137.
- Torrance, G. W. (1986). Measurement of health state utilities for economic appraisal. *J Health Econ*, 5, 1-30.
- Zeckhauser, R. J., Shepard D. S. (1976). Where now for saving lives. *Law Contemp Probl*, 40, 4-5.