

Vortrag Dipl.-Ök. Christa Claes:

Gesundheitsökonomische Evaluation der Suchthilfe

- Bestandteil der Zukunftssicherung des Hilfesystems?

**27. BundesDrogenKongress am 26.04.2004**

In den öffentlichen Haushalten konkurriert das Budget für Drogenberatung und Suchtkrankenhilfe mit den Budgets für andere öffentliche Aufgaben. In Zeiten knapper Kassen, so wie die derzeitige Situation ist, verschärft sich diese Konkurrenz zunehmend, da aufgrund fehlenden Wirtschaftswachstums kein Zuwachs verteilt mehr werden kann, sondern im Gegenteil aufgrund sinkender Steuereinnahmen Kürzungen drohen. Pauschale Kürzungen können nicht zielgerichtet umgesetzt werden. Zudem können personalintensive Dienstleistungsanbieter hierauf nicht flexibel genug reagieren und wenn auch nur zeitverzögert, so dass deren Fortbestand schnell gefährdet ist. Diese Situation geht zu Lasten der Beschäftigten der Suchtkrankenhilfe sowie der Klienten. Es stellt sich nun die Frage, mit welchen Argumenten hier etwas entgegengesetzt werden kann.

Nachfolgend wird nun die betriebswirtschaftliche Perspektive verlassen und zur gesamtwirtschaftlichen übergegangen. In einem freien Markt unter marktwirtschaftlichen Bedingungen bestimmen Angebot und Nachfrage dezentral und simultan den Marktpreis und die optimale Gütermenge. Das Kalkül, den Güterkonsum nur so weit auszudehnen bis die Grenzkosten der Leistungen den Grenznutzen entsprechen, ist auf dem Markt der Drogenberatung und Suchthilfe nicht anwendbar. Die Nachfrageseite kann die Angebotsseite nicht begrenzen, da neben den Marktbesonderheiten der Gesundheitsleistungen die Leistungszahler weder aktuell und meist auch nicht intertemporär mit deren Leistungsempfängern identisch sind. Der Bedarf wird aus Steuermitteln finanziert und zentral mithilfe von Indikatoren und Hilfsgrößen geschätzt, wie Größe und Struktur der zu versorgenden Region, örtlichen Szene sowie Einwohnerzahl, dem (Nicht)Vorhandensein von alternativen Hilfeinrichtungen und Infrastruktur mit überschneidenden Aufgabenbereichen (z. B. Jugendhilfe) sowie spezifischen Merkmalen, wie beispielsweise eine vor Ort ansässige Justizvollzugsanstalt. Ob nun gerade die richtige, d. h. optimale Leistungsmenge bereitgestellt wird, ist unter diesen Bedingungen reiner Zufall. Die Steuerfinanzierung, d. h. Finanzierung mit Zwangsabgaben, wiederum erzwingt geradezu den Nachweis einer effizien-

ten Budgetverwendung. So hat die Suchtkrankenhilfe - wie alle anderen öffentlichen Sektoren auch - quantitativ zu belegen, dass die überlassenen Steuermittel effizient eingesetzt werden. Neben der Fragestellung, ob ausreichend Mittel in die Suchtkrankenhilfe fließen, muss der Frage nachgegangen werden, ob diese Mittel auch so eingesetzt bzw. in Anspruch genommen, dass der gesellschaftliche Nutzen maximal ist (effizienter Einsatz). Die Beurteilung von Wirtschaftlichkeit bzw. Effizienz gehört zur Aufgabenstellung der Gesundheitsökonomie, genauer der gesundheitsökonomischen Evaluation.

In der gesundheitsökonomischen Evaluation (Wirtschaftlichkeitsanalyse) werden die Auswirkungen bzw. „outcomes“ einer therapeutischen Intervention, wie beispielsweise die Verbesserung des Gesundheitszustandes oder die Erhöhung der Lebenserwartung, mit den für die Intervention eingesetzten Ressourcen (Kosten) ins Verhältnis gesetzt. Die einzelnen Evaluationsverfahren unterscheiden sich im Wesentlichen danach, wie die Effekte oder outcomes der therapeutischen Intervention gemessen werden. Mit dem Kosten-Effektivitätsquotienten lässt sich die Effektivität einer Intervention mit Alternativen vergleichen.

#### **Abbildung: Kosten-Effektivitätsquotient**

$$\text{Kosten-Effektivitätsquotient} = \frac{\text{Input}}{\text{Outcome}} = \frac{\text{Kosten}}{\text{gewonnenes Lebensjahr}}$$

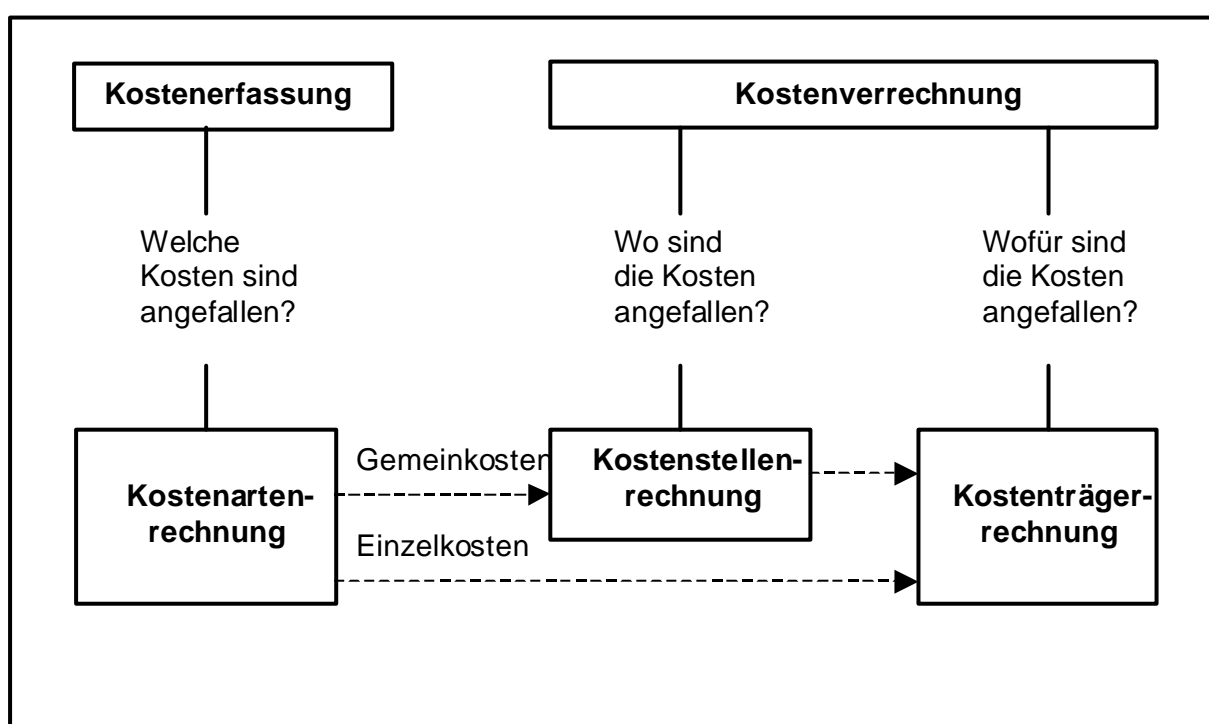
Beispiel:

Es lassen sich jedoch mit dem Kosten-Effektivitätsquotienten nur Interventionen vergleichen, deren Ergebnis mit dem gleichen Indikator gemessen werden. Daher wird in der gesundheitsökonomischen Evaluation zur Messung des Outcomes verstärkt auf Nutzwerte, d. h. QALYs (quality adjusted life years), zurückgegriffen. Da sowohl die Verbesserung der Lebensqualität als auch die Lebensverlängerung Ziel therapeutischer Anstrengungen sind, werden die gewonnenen Lebensjahre mit der Lebensqualität gewichtet und in einem Indexwert zusammen gefasst. Ein QALY entspricht einem Jahr Lebenszeit mit voller Lebensqualität.

Die Vorgehensweise zur Berechnung der Kosten ist nahezu die gleiche wie bei der etablierten betrieblichen Leistungs- und Kostenberechnung (siehe nachfolgende Ab-

bildung). Das Rechnungswesen ist Ausgangsbasis der Kosten- und Leistungsrechnung und zeigt welche Kostenarten angefallen sind und in welcher Höhe. Der nächste Schritt ist die Zuordnung der Kostenarten zu Kostenstellen. Die Einrichtung von Kostenstellen orientiert sich regelmäßig an Verantwortlichkeitsbereichen, wie z. B. Abteilungen. Aus der Kostenstellenrechnung ist zu erkennen, wo und in welcher Höhe die Kosten angefallen sind. Im dritten Schritt werden nun die Kosten von den Kostenstellen auf so genannte Kostenträger verteilt. Kostenträger können einzelne Produkte / Leistungen sein oder bestimmte Kundengruppen.

**Abbildung: Stufen der Kostenberechnung**



Die Kostenträger (die Produkte der Suchtkrankenhilfe) sind '(therapeutische) Interventionen' für die simultan die Outcomes gemessen werden müssen. Die gesundheitsökonomische Evaluation wird also nicht für eine gesamte Einrichtung, sondern ist auf Prozesse auszurichten, wenn auch häufig die Ansicht vertreten wird, dass jeder einzelne Klient ein Kostenträger ist. Parallelen hierzu finden sich im Krankenhaussektor, wo derzeit zur Honorierung von Krankenhausleistungen ein neues Klassifikationssystem, die DRG eingeführt werden.

Bei Marktgütern wird der Erfolg ermittelt, indem von den Erlösen die Kosten abgezogen werden. Ziel therapeutischer Interventionen ist nun nicht Gewinnerzielung, son-

dem es soll die Lebensqualität der Klienten und/oder ihre Lebenserwartung verlängert werden. Für die Suchtkrankenhilfe sind daher nunmehr die Interventionen und deren Outcome zu identifizieren und vor allem nach außen zu kommunizieren. Ohne den Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen, können nachfolgende genannt werden<sup>1</sup>:

- Suchtprävention
- Akuthilfe
- Suchtberatung
- Suchtbegleitung
- ambulante Versorgung
- Entgiftung und Entzug
- Substitution und psychosoziale Begleitung
- Betreutes Wohnen
- berufliche Integration
- medizinische Rehabilitation

Diese therapeutischen Interventionen sind den ‚Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe‘ entnommen. Die Standards in der jetzigen Form dokumentieren m. E. vor allem das Verständnis und die Strukturkomponenten der Suchtkrankenhilfe. Wenngleich schon in Ansätzen vorhanden, müssten diese Standards für eine Gesundheitsökonomische Verwendung stärker prozessorientiert modifiziert sowie mit Outcomegrößen ergänzt werden.

Standards sind nicht nur für die Gesundheitsökonomie von Interesse, sondern auch andere Disziplinen bedienen sich dieses Instrumentes. Das Instrument der Standards wird in der wissenschaftlichen Literatur als auch in der Praxis in vielfältigen Begriffsvarianten verwendet. In der deutschsprachigen Diskussion wird von Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen gesprochen und im amerikanischen Sprachraum beispielsweise von guidelines, critical paths, practice parameter oder clinical pathways. Grundsätzlich unterscheiden sich die Begriffsdefinitionen hinsichtlich des Verbindlichkeitsgrads (verbindlich bis zu reinen Empfehlungen)<sup>2</sup> und des Umfangs (sektorenbegrenzt bis zu sektorenübergreifend). Im Folgenden wird der Begriff Guidelines benutzt, wenn es um eine Standardisierung der Erstellung von Gesundheitsleistungen im weitesten Sinne geht: Der Frage nach der inhaltlichen Ausgestaltung des therapeutisch Notwendigen. So definiert der Sachverständigenrat

---

<sup>1</sup> Fachverband der Suchtkrankenhilfe (FDR) (Hrsg.) (1997), Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe, Schwerpunkt Drogenarbeit, Geesthacht

<sup>2</sup> Selbmann HK (1995), Qualitätsmanagement und Behandlungsleitlinien im Krankenhaus, in: Arnold M, Paffrath D, Krankenhausreport '95, Stuttgart, S. 177-189

Leitlinien als „... systematisch entwickelte, evidenz-basierte ... Entscheidungs- und Orientierungshilfen für medizinische Maßnahmen ...“<sup>3</sup>.

Die ‚Standards im Verbundsystem der Suchtkrankenhilfe‘ sind sozusagen noch selbstbestimmt, aus der eigenen Mitte entstanden. In Zukunft sind jedoch weitere Verfasser zu erwarten. Je nach dem wer Urheber der Guidelines ist, ergebensich daraus durchaus abweichende und mitunter konfliktionäre Zielsetzungen:

- Internes Steuerungsinstrument (Koordination und Führung):
  - In der Management-Literatur werden guidelines als Substitution von Führung durch Organisation verstanden, indem fallweise Entscheidungen sollen durch generelle ersetzt werden.
  - Im Kontext des Qualitätsmanagements werden Guidelines eingesetzt, um in erster Linie die Prozessqualität fixieren.
- Externes Steuerungsinstrument (Steuerungs- und Auswahlfunktion):
  - Die Vorgabe von Guidelines durch den Leistungsfinanzierung bzw. Kostenträger verfolgt primär das Ziel einer Kostensenkung. Es wird unmittelbar zur Steuerung der Mengenkomponekte in die Art Leistungserstellung eingegriffen und zwar regelmäßig zu Lasten einer freien Therapieentscheidung. Im Extremfall geben diese Art von Guidelines vor, ob und wann eine Leistung überhaupt erbracht werden kann, wie diese und in welchem Volumen (Stückzahlen) erbracht werden soll sowie unter welchem Einsatz von Personal- und Sachmitteln.
  - <sup>1</sup>Die Anwendung von Guidelines kann auch als Kriterium zur Auswahl von Vertragspartner herangezogen werden. Immer dann, wenn Indikatoren für die Ergebnisqualität nur schwer zu messen sind, bietet es sich an, auf die Prozessqualität und deren Fixierung in Form Guidelines zurückzugreifen.

Die Frage ist nun, wie weit gesundheitsökonomische Evaluationen verbreitet sind. Einen Anhaltswert soll eine medline-Recherche für den Zeitraum ab 1998 geben, wengleich in dieser Datenbank nur ein Teil der relevanten Fachzeitschriften enthalten sein dürften. Alle Publikationen, die unter dem MeSH-Schlagworten ‚substance-

---

<sup>3</sup> Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVRKAiG) (1998), Gesundheitswesen in Deutschland, Band 2, Baden-Baden

related disorders' und ,therapy' verschlagwortet sind, wurden mit den Begriffen ,cost' und ,effectiveness' selektiert. Nur 0,6 % der Publikationen zu Suchttherapie beinhalteten auch gesundheitsökonomische Evaluation. Die Auseinandersetzung mit der Gesundheitsökonomie in der Suchttherapie ist auch auf internationaler Ebene noch sehr zurückhaltend.

Seit Jahren beklagen Experten, dass in Deutschland die Bewertung therapeutischer Interventionen im Allgemein immer noch wenig koordiniert abläuft. Im Jahr 2000 wurde daher die Deutsche Agentur für Health Technology Assessment (HTA) des DIMDI gegründet, die das Informationssystem HTA und Forschungsförderung im Bereich HTA betreibt. Methodik zur systematischen und transparenten Bewertung therapeutischer Interventionen und Technologien unter medizinischen, ökonomischen, juristischen, sozialen und ethischen Aspekten mit dem Ziel, die dazu gehörigen Entscheidungsprozesse zu unterstützen. Eine Literaturrecherche auf Internationaler Ebene ergab 9 Treffer (1990-2002), davon allein drei zur Raucherentwöhnung. Wie bei der gesundheitsökonomischen Evaluation ist die Auseinandersetzung mit HTA im Bereich der Suchthilfe eher schwach.

Tabelle: Treffer internationale HTA zur Suchthilfe

- The Effectiveness of Drug Abuse Treatment: Implications for Controlling AIDS/HIV -Infection, USA 1990
- Adolescent therapeutic day programs and community-based programs for serious drug and alcohol problems: a critical appraisal of the literature. New Zealand 1998
- Nicotine replacement therapy (NRT) and bupropion (Zyban) to help quit smoking. Scotland 2001
- Push-back benzodiazepine use - primary research. NL 2002
- Drug addiction – pharmacotherapeutic interventions – systematic review expert panel. NL 2002
- Treatment of drug-addicted detainees. NL 2002
- Bupropion (Zyban) in smoking cessation – early assessment briefs. Sweden 2002
- The clinical effectiveness and cost-effectiveness of bupropion and nicotine preplacement therapy for smoking cessation, UK 2002
- Outcome measurement in substance abuse – systematic review (project) USA