

Wie und was messen Ökonomen im Mental-Health-Bereich?*

W. Oggier

Wenn aus gesundheitsökonomischer Sicht an die Frage herangegangen werden soll, was Ökonomen und Ökonomen im Mental-Health-Bereich messen bzw. messen könnten, gilt es die makro- und mikroökonomischen Dimensionen zu unterscheiden. Im folgenden Beitrag sollen die beiden Dimensionen anhand von konkreten Beispielen aus dem Mental-Health-Bereich dargestellt werden. Die Grundüberlegungen können aber analog auch auf andere Bereiche des Gesundheitswesens übertragen werden.

Makroökonomische Aspekte

Ökonomischen Theorien wird vielfach der Vorwurf gemacht, sie würden sich einzig um Effektivitäts- und Effizienzaspekte kümmern und dabei die Patientinnen und Patienten vergessen. Dieser Vorwurf ist in dieser Radikalität falsch. Denn in Anlehnung an das Fünfeck der wirtschaftspolitischen Zielsetzungen wurde bereits in den achtziger Jahren in der schweizerischen Gesundheitsökonomie das Magische Fünfeck gesundheitspolitischer Zielsetzungen thematisiert. Dieses kann auf folgende Art dargestellt werden [1]:

- Chancengleichheit: Alle Einwohnerinnen und Einwohner sollen einen chancengleichen Zugang zu den Angeboten des Gesundheitswesens haben, d.h. eine entsprechende Verteilung, Nutzung und Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen müssen sichergestellt sein.
- Leistungsfähigkeit: Sie erweist sich darin, wie schnell und wirksam Krankheitsursachen und Risikofaktoren erkannt und bekämpft werden, in welchem Umfang Krankheiten frühzeitig diagnostiziert und behandelt, mit welchem Erfolg körperlich und geistig Behinderte wieder in das soziale und berufliche Leben eingegliedert und wie wirksam Pflegebedürftige versorgt werden

* Überarbeitete Fassung eines Kurzreferats am 1. Schweizerischen Kongress des Qualitätszirkels Oberer Rhein vom 17. Mai 2001 in Landquart.

Korrespondenz:
Dr. oec. HSG Willy Oggier
Gesundheitsökonomische Beratungen
Konradstrasse 61
CH-8005 Zürich

können. Einer einseitigen Förderung der Spitzenmedizin und -technologie stehen stark benachteiligte Gebiete wie Sozial- und Präventivmedizin, Geriatrie und wohl auch Mental Health gegenüber.

- Bedarfsgerechtigkeit: Umfang und Art medizinischer Leistungen sind stärker als bisher am Bedarf auszurichten, wobei der Bedarf nicht mit der Inanspruchnahme und dem Angebot von Gesundheitsleistungen identisch sein muss. Eines der grössten Probleme der Gesundheitspolitik und -planung ist die Feststellung des Bedarfs, weil die Anbieter von Gesundheitsgütern gleichzeitig die Nachfrage nach ihren Leistungen selbst stark beeinflussen können. Ausser vom Angebot wird der Bedarf insbesondere von Veränderungen der Morbidität des Krankheitsbegriffs, der Risikofaktoren, des Gesundheitsverhaltens, des Bildungsstands, der Bevölkerungsstruktur und -entwicklung sowie vom medizinischen und technischen Fortschritt beeinflusst.
 - Wirtschaftlichkeit: Ein wirtschaftlicher Einsatz der verfügbaren Mittel ist Voraussetzung für die dauerhafte Finanzierbarkeit und damit die Erhaltung und Steigerung der Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens. Wirtschaftlichkeitsüberlegungen können sich nicht auf einzelne Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitswesens beschränken. Der Zusammenhang zwischen definierten Aufgaben und erbrachten Leistungen, dafür aufgewendeten Mitteln und tatsächlich erreichten Wirkungen muss für die verschiedenen Teilbereiche und Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie möglichst für das schweizerische Gesundheitswesen insgesamt untersucht und beurteilt werden.
- Effizienz ist im Gesundheitswesen lange nicht beachtet worden. Nicht die Frage nach dem optimalen Mitteleinsatz, sondern die Maximalmedizin stand und steht teilweise immer noch im Vordergrund. Obwohl oftmals grosse Schwierigkeiten in der Leistungsmessung im Gesundheitswesen bestehen, gibt es auch hier Möglichkeiten, Effizienz festzustellen.
- Finanzierbarkeit: Das Gesundheitswesen muss finanzierbar bleiben. Damit sind die Probleme der Preisbildung und Tarifpolitik, die das Verhältnis der Krankenversicherung zu den Anbietergruppen betreffen, und die Frage der «Ausbeutung» der Krankenversicherung durch die Versicherten angesprochen.

Die formulierten Zielsetzungen ergänzen sich teilweise, weisen aber auch Trade-offs auf. Letzteres bedeutet, dass eine stärkere Realisierung eines bestimmten Ziels ein anderes der formulierten fünf Zielsetzungen gefährden kann.

Bei der Chancengleichheit und bei der Leistungsfähigkeit eines Systems etwa stellen sich nicht nur, aber gerade auch im Bereich von Mental Health mit Blick auf die Qualität aus versorgungspolitischer Sicht folgende Fragen [2]:

- Wie wird mit kostenintensiven Fällen umgegangen?
- Wie wird mit älteren Menschen umgegangen?
- Wie wird mit Patientinnen und Patienten aus sozial schwächeren Schichten umgegangen?

Während von der ersten Frage insbesondere Personen mit starken, meist chronischen gesundheitlichen Einschränkungen oder Behinderungen betroffen sein dürften, sind von der letzten Fragestellung eher die Patientinnen und Patienten mit unterdurchschnittlichem Einkommen, niedrigem Bildungsniveau und/oder geringer Sprachkompetenz angesprochen. Davon dürften auch (potentielle) Patientinnen und Patienten aus dem Mental-Health-Bereich betroffen sein. Problematisch erscheint aus Gründen der Versorgungssicherheit insbesondere der Umstand, dass diese Personengruppen sich selbst kaum ausreichend Gehör verschaffen können. Gefordert sind daher auch die behandelnden Leistungserbringer.

Allerdings ergeben sich in diesem Fall einige weitere Fragen, auf die sich im Mental-Health-Bereich tätige Personen einstellen müssen. Dazu gehören u. a. folgende Aspekte:

- Welche Rolle spielt die öffentliche Information? Grenzt sie die Patientinnen und Patienten dadurch noch mehr aus, weil deren Behandlungskosten transparent werden? Wie wird mit anderen Ärztegruppierungen umgegangen, welche zur Verteidigung ihrer eigenen Budgets die Rationierungsfrage genau an diesen Patientinnen und Patienten stellen, weil sie wissen, dass sie damit Minderheiten treffen können?
- Welche Folgen entstehen, wenn Personen aus sozial unteren Schichten erfahren, dass sie schlechter versorgt werden? Beginnen sie für eine bessere Versorgung zu kämpfen oder geben sie sich resigniert den herrschenden Verhältnissen hin? Ersteres beinhaltet die Diskussion um Verteilungs- und Finanzierungsfragen, letzteres unter Umständen ein weiteres Ansteigen der Morbiditätskosten, weil gerade diese Personen schon bisher überproportional zur Gesamtbevölkerung mit Ausgrenzungen belastet worden sein dürften.
- Wie kann Qualität thematisiert werden? Wie stark thematisieren im Mental-Health-Bereich tätige Leistungserbringer ihre unterschiedlichen Leistungsangebote? Wie wird etwa Rosinenpickerei innerhalb der Mental-Health-Leistungserbringer thematisiert?
- Welche Folgen hat eine geringere Betreuungszeit auf die Arzt-Patientinnen-Beziehung?
- Wird die Qualität der Leistungserbringung bei kostendämpfenden Massnahmen berücksichtigt?

Neben den dargestellten Faktoren können im Rahmen makroökonomischer Aspekte auch die Wohlfahrtsfunktionen des Gesundheitswesens thematisiert werden. Dazu gehören beispielsweise die Ausbildungsfunktion, aber auch die volkswirtschaftliche Bedeutung einer Institution oder einer Branche. Diese äussert sich beispielsweise in der Anzahl Arbeitsplätze

oder den Steuererträgen, welche durch eine bestimmte Branche realisiert werden.

Ökonominen und Ökonomen haben in der Regel das Bedürfnis, diese ausserhalb des Gesundheitssystems liegenden Argumente mit dem Hinweis zu entkräften, dass das Gesundheitsversorgungssystem nicht dazu da sein kann, Arbeitsmarkt-, Bildungs-, Sozial- oder andere Politiken zu betreiben. Auch wenn diese Betrachtungsweise aus finanzieller Sicht nachvollziehbar ist, scheint sich auch unter den Gesundheitsökonominnen und -ökonomern die Tendenz durchzusetzen, dass im Rahmen von gesundheitspolitischen Überlegungen vermehrt Gesamtkosten- statt Einzelkostenbetrachtungen im Vordergrund gesundheitspolitischer Überlegungen stehen müssen. In diesem Sinn ist Gesundheitspolitik gerade auch Bildungs-, Sozial-, Verkehrs-, Landwirtschafts-, Umwelt-, Arbeitsmarkt- und andere Politik. Dieser umfassenden Sichtweise trägt das zersplitterte Sozialversicherungssystem der Schweiz – wie jenes vieler anderer Staaten auch – äusserst ungenügend Rechnung.

Mikroökonomische Aspekte

Im Rahmen mikroökonomischer Aspekte herrscht heute nach wie vor die Einzelkostenbetrachtung vor, obwohl Gesamtkostendimensionen in den vorhandenen gesundheitsökonomischen Instrumenten vom Ansatz her mindestens teilweise berücksichtigt worden sind. In den mikroökonomischen Ansätzen werden einzelne therapeutische oder diagnostische Massnahmen auf ihre Tauglichkeit hin überprüft. Ziele gesundheitsökonomischer Studien im Mental-Health-Bereich sind etwa die Beurteilung (vgl. dazu auch [3])

- von Verhaltensweisen, welche die Gesundheit schädigen können (z.B. Kosten des Stresses am Arbeitsplatz);
- der gesundheitlichen Beeinträchtigung (z.B. Kosten von Depressionen);
- von medizinisch-therapeutischen Massnahmen (z.B. Kosten eines durch Kriseninterventionen gewonnenen Lebensjahres).

Im Rahmen der mikroökonomischen Analyseinstrumente gibt es also sowohl deskriptive Studien als auch Evaluationsstudien.

Mikroökonomische Arbeiten sind erheblichen methodischen Problemen ausgesetzt, welche breiten Akteurkreisen des schweizerischen Gesundheitswesens zu wenig bekannt sein dürften. Sowohl im Bereich der Kosten- als auch allfälliger Nutzenüberlegungen ist in der Regel von bestimmten Annahmen auszugehen. Die Annahmen erfolgen teilweise willkürlich. Die Ergebnisse sind daher oft auch nicht miteinander vergleichbar und teilweise stark vom finanzierenden Auftraggeber abhängig.

Hinzu kommt, dass bestimmte Kosten wie Trauer, Angst, Stress gar nicht oder nur schwierig quantifizierbar sind. Dadurch erschwert sich auch die For-

mulierung möglicher Nutzensgewinne durch die Vermeidung solcher Kosten. Darüber hinaus sind im Mental-Health-Bereich längere Zeiträume notwendig, bis eingeleitete Massnahmen zu wirken beginnen. Dies macht die Erstellung solcher Analysen schwieriger und teurer. Damit einher geht auch die Gefahr, dass in stark von ökonomischen Faktoren geprägten Diskussionen die davon betroffenen Patientinnen und Patienten, welche in der Regel ohnehin zu den sozial Schwächeren gehören, benachteiligt werden.

Nichtsdestotrotz kommen im Mental-Health-Bereich tätige Personen nicht darum herum, sich diesen Fragen zu stellen. Im Zentrum dieser Überlegungen und Arbeiten sollte die Ergebnisqualität stehen. So lassen sich Nutzen und Kosten für die Patientinnen und Patienten wohl am vielversprechendsten vergleichen.

Fazit

Die gesundheitsökonomische Mikroanalyse sollte nur eine unter verschiedenen Entscheidungsfaktoren sein. Sie kann helfen, Entscheidungen zu fällen und eine Wahl zu treffen, sofern die angewandte Methode für den konkret zu beurteilenden Fall die richtige ist und auch korrekt durchgeführt worden ist. Daneben sind aber auch andere Faktoren wie Chancengleichheit, Wirksamkeit, Finanzierbarkeit und Bedarfsgerechtigkeit angemessen zu berücksichtigen. Wenn im Mental-Health-Bereich tätige Personen zum Wohl ihrer Patientinnen und Patienten einen Beitrag leisten wollen, kommen sie nicht darum herum, Ineffizienzen und Überkapazitäten bei anderen Leistungserbringern zu thematisieren und ihre eigenen Leistungen und vor allem die daraus resultierenden Ergebnisse besser zu dokumentieren und auch kritisch in Frage zu stellen.

Literatur

- 1 Oggier W. Spitalfinanzierungsmodelle für die Schweiz. Bern, Stuttgart, Wien: Paul Haupt; 1999. S. 135-6 und die dort zitierte Literatur.
- 2 Kühn H. Wettbewerb bringt Qualität – aber welche? Der Artikulator 1995;19(52):8-10.
- 3 Domenighetti G. Sind gesundheitsökonomische Analysen von praktischem Nutzen? Managed Care 2000;4(6):39-41.