

# Ökonomische Perspektiven der Alkoholkrankheit

J.-B. Daepfen

## Einleitung

In einer Zeit, wo Staat, Versicherungen und Konsumenten stark von Kosten und Nutzen medizinischer Leistungen betroffen sind, werden Präventions- und Behandlungsprogramme im Bereich Alkohol besonders kritisch hinterfragt. Ist Alkoholabhängigkeit eine Krankheit wie jede andere, sind die vorgeschlagenen Therapien wirksam, führen sie zu einer Senkung der Gesundheitskosten, wird das von der öffentlichen Hand in Alkoholbehandlungsprogramme investierte Geld auch optimal eingesetzt? Wir wollen versuchen, auf diese Fragen eine Antwort zu geben, indem wir aufzeigen, wie weit in unserem sich in den letzten Jahrzehnten rasch wandelnden Gesundheitswesen Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit auch in empirischen Studien nachgewiesen werden konnten, wie das immer wieder gefordert worden ist. Wir werden zeigen, dass Früherfassung, Prävention und Behandlung von Alkoholproblemen ein günstiges Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen.

## Was sind die Kosten?

Die direkten und indirekten Kosten des Problemkonsums von Alkohol für die Schweizer Volkswirtschaft betragen 3 Milliarden Fr. pro Jahr. Diese Kosten umfassen die Produktivitätseinbussen wegen vorzeitiger Todesfälle, Unfällen, Krankheit und Einschränkung beruflicher Tätigkeit, die Kosten materieller Schäden infolge von Delikten und Unfällen unter Alkoholeinfluss, schliesslich die Personal- und Materialkosten für Prävention und Therapie der Alkoholabhängigkeit (SFA, 1999). Die neuesten Zahlen sind alles andere als ermutigend; im Jahr 2000 haben wir einen neuen Rekord an Fahrausweis-Entzügen wegen Fahrens in ange-trunkenem Zustand feststellen müssen (19045 gegenüber 17514 im Vorjahr), und Woche für Woche gab es zwei Todesfälle wegen Verkehrsunfällen unter Alkoholeinfluss auf Schweizer Strassen [1].

Die Frage, die wir in diesem Beitrag stellen und beantworten möchten, heisst: Werden die Kosten für die Behandlung von Alkoholproble-

men aufgewogen durch mindestens ebenso hohe Einsparungen bei den Krankheits- und Unfallkosten und den Kosten für materielle Schäden?

Man wird leicht verstehen, dass eine solche Schätzung viele Schwierigkeiten bereitet. Es fehlen oft die nötigen Daten, es muss ein Entscheid darüber gefällt werden, welche Kosten einzuschliessen bzw. nicht einzuschliessen sind und wie der Faktor Zeit berücksichtigt werden soll (Diskontierungssatz). Daten sind oft nicht generalisierbar, weil das Gesundheitswesen so vielfältig ist. Soll man – anders gefragt – die Kosten aus der Sicht des Einzelnen oder der Gesellschaft beurteilen, wie soll man den Nutzen bewerten, wie zuverlässig sind die Daten über die direkten Kosten (Behandlungskosten) und indirekten Kosten (Verlust an Einkommen, Produktivitätsverlust), wie soll man schliesslich die unfassbaren Kosten wie Leiden, verlorene Lebensjahre, Verlust an Lebensqualität schätzen? Trotzdem sind solche Angaben im Zeitalter der Evidence based medicine unerlässlich, um dem Kliniker die Information zur Verfügung zu stellen, die er für eine optimale Wahl unter den aktuellen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten braucht.

## Methoden ökonomischer Bewertung

Mit dem exponentiellen Wachstum der Gesundheitskosten hat sich die Zahl der ökonomischen Studien seit Ende der siebziger Jahre vervielfacht, in denen versucht wird, auf die vielen Fragen bezüglich Kosteneffizienz von Behandlungsmassnahmen, d.h. zum Verhältnis zwischen Nutzen und dafür eingegangenen Aufwand, eine Antwort zu finden [2]. In diesem Forschungsgebiet wird untersucht, ob Behandlungen eine Reduktion der Gesundheitskosten zur Folge haben, ob bestimmte Vorgehensweisen bei vergleichbaren Kosten ein besseres Resultat ergeben, oder ob gleiche Resultate mit geringeren Kosten erzielt werden können. Bis vor kurzem war die Interpretation ökonomischer Studien wegen der Verschiedenheit der verwendeten Methoden schwierig. In den letz-

Korrespondenz:  
Dr. med. J.-B. Daepfen  
Centre de traitement en alcoologie  
CHUV  
CH-1011 Lausanne

jean-bernard.daepfen  
@inst.hospvd.ch

ten Jahren sind zunehmend verfeinerte Auswertungsmethoden entwickelt worden, die allgemein anerkannte ökonomische Prinzipien besser berücksichtigen. Diese Methoden erlauben nun standardisierte Bewertungen, ohne dass für jede Arbeit eine neue Methodologie entwickelt werden muss. Damit werden auch Vergleiche von Studie zu Studie möglich, was für die Zukunft wichtige Fortschritte erwarten lässt. Als Beispiel kann man auf die Empfehlungen des «Public Health Service» der USA für eine standardisierte Bewertung des Kosten-Wirksamkeits-Verhältnisses in der Medizin hinweisen [3], ebenso auf ähnliche Empfehlungen spezifisch für den Bereich des Substanzabusus «the Drug Abuse Treatment Cost Analysis» (DATCAP). Details zu dessen Anwendung sind auf der Internetseite <http://www.datcap.com> beschrieben [4].

Die **Kostenanalyse** stellt die einfachste Form der ökonomischen Analyse dar. Sie kann global (z.B. Gesamtkosten eines Spitalaufenthalts) oder detailliert sein (Preis eines jeden Aufenthaltstages oder jeder erbrachten Leistung). Wenn verschiedene therapeutische Alternativen zum selben Resultat führen, kann die Kostenminimierungsanalyse (Vergleich Kosten A – Kosten B) zur Steuerung der Mittelallokation verwendet werden. Dies ist zum Beispiel im Projekt MATCH so gemacht worden. Dieses zeigte für drei Behandlungsmethoden bei Alkoholabhängigen (motivierend, kognitiv-verhaltensorientiert, Anonyme Alkoholiker) sehr ähnliche Resultate, aber deutlich verschiedene Kosten (537, 904 und 956 US-Dollar) [5].

Die **Kosten-Wirksamkeits-Analyse** beschreibt das Verhältnis zwischen dem Preis einer Leistung und deren Wirksamkeit. Die Kosten werden in monetären Einheiten gemessen, während die Wirksamkeit als Resultat für den Patienten gemessen wird, z.B. als Einfluss der Behandlung auf die mittlere Alkoholkonsummenge, Anzahl Tage in Abstinenz oder Veränderung biologischer Marker. Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse ist die im Gesundheitswesen am häufigsten verwendete ökonomische Evaluationsmethode. Sie ist allerdings dann nicht angebracht, wenn es darum geht, mehrere Einzelkomponenten eines Behandlungsergebnisses zu untersuchen, was bei der Alkoholkrankheit die Regel ist, oder wenn der Effekt auf verschiedene Variablen zugleich wesentlich ist wie Alkoholkonsum, Einsparung an Gesundheitskosten, beruflichen Absentismus.

Am interessantesten ist wohl die **Kosten-Nutzen-Analyse**, nach Meinung der Gesundheitsökonomien die mächtigste Methode. Diese vergleicht die Kosten einer Behandlung mit deren Nutzen, wobei beides in monetären Einheiten gemessen wird. Allerdings kann man auch mit dieser Methode nicht alle Ungenauigkeiten vermeiden. Gute Schätzwerte für Kosten und

Nutzen sind oft schwer zu gewinnen, wodurch die Zuverlässigkeit des geschätzten Kosten-Nutzen-Verhältnisses leiden kann. Die Sensitivitätsanalyse, in welcher der Einfluss von Änderungen in den getroffenen Annahmen auf das Resultat der Analyse untersucht wird, ist eine Methode, um die Zuverlässigkeit der Messung abzuschätzen. Man stellt fest, ob das Resultat stark auf solche Veränderungen reagiert und entsprechend vorsichtig interpretiert werden muss, oder ob es robust und entsprechend zuverlässiger ist.

### Was ergibt sich daraus für die klinische Alkoholkrankheit?

Der therapeutische Ansatz bei Alkoholproblemen hat sich im Verlauf der letzten 30 Jahre stark verändert, dies oft gerade auch aus ökonomischen Erwägungen. Stationäre Aufenthalte sind zunehmend verkürzt und oft gänzlich durch ambulante Behandlungen ersetzt worden. Auch unabhängig von finanziellen Erwägungen hat sich unser Verständnis der Alkoholprobleme seit Ende der 60er Jahre stark verändert; damals existierte das Konzept eines Kontinuums des Schweregrads von Alkoholproblemen nicht, das Konzept des Risikotrinkens und des Alkoholmissbrauchs war unbekannt, die vorgeschlagenen Behandlungen bestanden meist in langdauernden stationären Aufenthalten. Die heutige Alkoholkrankheit muss in die medizinische Praxis und ins Spital integriert sein. Sie hat neue Tatsachen zu berücksichtigen, zum Beispiel wird die Abstinenz als einziges Therapieziel in Frage gestellt, es ist nun bekannt, dass Alkoholkonsum protektiv auf das kardiovaskuläre System wirkt, für leichte Fälle besteht nun die Möglichkeit einer Kurzintervention.

#### In den spezialisierten Einheiten

1986 kam eine Literaturübersicht zu folgenden Schlüssen:

1. Stationäre Behandlungen von 4 Wochen Dauer oder mehr bringen gegenüber Hospitalisationen von wenigen Tagen keine Vorteile.
2. Patienten sollten ambulant von Alkohol entwöhnt werden.
3. Tageskliniken haben, verglichen mit voll stationären Programmen gleichwertige oder gar bessere Resultate, dies zu zwei- bis dreimal günstigeren Kosten.
4. In gewissen Populationen ergaben ambulante Programme Resultate, die den stationären gleichwertig waren [6].

1987 haben Holder und Kollegen über 200 Studien ausgewertet; sie versahen diese mit einem

Wirksamkeits-Index, klassierten sie gemäss 33 therapeutischen Modalitäten, und bewerteten so auf einheitliche Art und Weise das Kosten-Wirksamkeits-Verhältnis. Diese Studie liess vermuten, dass die Behandlung von Alkoholproblemen die Kosten im Gesundheitswesen senkt, wobei die Autoren allerdings zur Vorsicht bei der Interpretation mahnten und die Meinung vertraten, ihre Arbeit sei nicht mehr als ein erster Schritt für eine standardisierte Bewertung, von wo aus weitere ähnliche Analysen folgen müssten [7]. 1996 wurden nach Reevaluation des von Holder vorgeschlagenen Wirksamkeits-Index in einer weiteren Analyse praktisch die selben Studien noch einmal bewertet. Diese neue Analyse gelangte zum Schluss, dass ambulanten Behandlungen wegen ihrer geringeren Kosten bei gleichwertigen Resultaten der Vorzug zu geben sei. Die Autoren legten besonderen Wert auf die Feststellung, dass stationäre Behandlungen den Patienten mit ungenügenden sozialen Ressourcen vorbehalten werden sollten [8].

#### **In der ärztlichen Praxis**

Heutzutage ist es wichtig, die Alkoholprobleme bei möglichst vielen Betroffenen so früh als möglich anzusprechen. Verschiedene Studien haben gezeigt, dass in den meisten westlichen Ländern 75% bis 85% der Bevölkerung ihren Hausarzt mindestens einmal alle 2 bis 3 Jahre aufsuchen. Da die Allgemeinpraktiker Kontakt zu so vielen Personen haben, sind sie in einer idealen Position für Früherkennung und Beratung. Im Laufe des letzten Jahrzehnts hat deshalb in den USA eine teilweise Verschiebung der Behandlung von Alkoholproblemen von spezialisierten Institutionen in die Allgemeinpraxis stattgefunden. Alkoholprobleme werden von den Ärzten wie andere Gesundheitsprobleme angegangen, in Etappen, stufenweise, wobei zunächst einmal die einfachste und günstigste Therapie versucht wird. Dieses Vorgehen ist auch sonst in der Medizin seit langem gang und gäbe. Das zeigt das Beispiel der Hypertonie, wo im allgemeinen dem Patienten als erstes diätetische Massnahmen vorgeschlagen werden und erst bei deren Scheitern eine medikamentöse Behandlung eingeleitet wird. Bei der Alkoholkrankheit hat man allzu lange gleichsam einen 3fachen Bypass bei einer einfachen Angina gemacht. Die Früherfassung und Behandlung leichter Fälle in der ärztlichen Praxis erscheint sinnvoll, denn viele Patienten mit leichten Alkoholproblemen brauchen wahrscheinlich gar keine spezialisierte Behandlung. Erst wenn dies nicht zum Ziel führt, soll eine intensivere Behandlung vorgeschlagen werden [9].

Die Kurzintervention ist ein neuer, für die Anwendung durch den Grundversorger konzipierter Ansatz für die Behandlung exzessiven

Alkoholkonsums. Mit dieser Technik wird der Alkoholkonsum evaluiert und für jeden einzelnen Patienten ein persönliches Risikoprofil erstellt. Es wird erlernt, wie mit Widerstand und Ambivalenz des Patienten umzugehen ist. Der Patient wird angeregt, sich selbst ein Ziel für Mässigung oder Abstinenz zu setzen. Zahlreiche randomisierte Studien haben die Wirksamkeit dieser Methode gezeigt. Es können damit der Alkoholkonsum und die Häufigkeit akuter Episoden von Betrunkenheit um 10% bis 30% gesenkt werden [10]. Michael Fleming von der Universität Wisconsin hat das Kosten-Nutzen-Verhältnis der Kurzintervention mittels einer randomisierten kontrollierten Studie untersucht, in der insgesamt 774 Patienten über 4 Jahre nachverfolgt wurden. Er hat in dieser Arbeit gezeigt, dass eine Kurzintervention bei Kosten von 205 US-Dollar eine Reduktion von Gesundheitskosten um 712 US-Dollar mit sich brachte (somit bewirkte ein investierter Dollar Einsparungen von 4,3 US-Dollar), dass eine Reduktion von sozialen Kosten inklusive medizinische, administrative Kosten, Gerichtskosten und Unfallfolgekosten um 7985 US-Dollar erfolgte (ein investierter Dollar bewirkte Einsparungen von 39 US-Dollar), und zusätzliche 11 659 US-Dollar, wenn auch die Kosten der verlorenen Lebensjahre miteinbezogen wurden (Einsparungen pro investierten Dollar von 96 US-Dollar) [11].

#### **Im Spital**

Die Hospitalisation ist meist mit beträchtlichem Stress verbunden. Diese Situation kann günstig dafür sein, bisherige Lebensgewohnheiten in Frage zu stellen, besonders diejenigen, die gesundheitsschädlich sind, also Alkohol, Tabak, Bewegungsarmut. Dass nach einem Infarkt bei ausreichender Unterstützung 55% der Raucher in der Lage sind, während mindestens 12 Monaten auf das Rauchen zu verzichten [12], bestätigt diese Hypothese. Die Forschung über psychologische Prozesse bei Verhaltensänderungen bei Abhängigkeit zeigt, dass die Hospitalisation den Patienten in den von Prochaska und Di Clemente beschriebenen Vorbereitungsstadien zur Verhaltensänderung deutlich weiterbringt [13].

In einer Studie, in welcher systematisches Screening zusammen mit einer Intervention mit Information und Beratung zur Anwendung gelangten, konnte gezeigt werden, dass unter den Patienten, die wegen eines Unfalls in eine Notfallstation eingewiesen wurden, 46% zum Zeitpunkt des Unfalls unter Alkoholeinfluss standen oder aufgrund ihrer Anamnese Alkoholprobleme vermuten liessen (positiver Blutalkoholtest, erhöhte GGT oder erhöhtes Testresultat mittels Fragebogen SMAST). Dank der Intervention konnten auch ein Rückgang des Alkoholkonsums um durchschnittlich 200 g rei-

nen Alkohol pro Woche während mindestens 12 Monaten sowie ein Rückgang neuer Unfallverletzungen um die Hälfte verglichen mit einer Kontrollgruppe festgestellt werden [14].

## Schlussfolgerungen

Als Resultat zahlreicher Anstrengungen seit den frühen 90er Jahren hat der «Service des hospices du canton de Vaud» im September 2000 einen spezialisierten «Service d'alcoologie» im Bereich des «département de médecine et santé communautaire» geschaffen. Dieses «Centre de traitement en alcoologie» vereinigt Grundversorger, Psychiater, Psychologen, Sozialarbeiter und stellt die spezialisierten Kompetenzen zur Verfügung, die für eine optimale medizinische, psychiatrische und soziale Betreuung der Patienten mit Alkoholproblemen

verschiedenen Schweregrades wichtig sind (immerhin 20% aller ambulanten und stationären Patienten!).

All die erwähnten Gründe sprechen dafür, dass ein solcher spezialisierter Dienst für Patienten mit Alkoholproblemen in einem Universitäts-spital sich aller Wahrscheinlichkeit nach rechtfertigt. Ein solches Zentrum wird insbesondere die aktuellen Kenntnisse über Früherfassung und spezialisierte Beratung weitergeben und verbreiten. Dadurch kann bei den leichten Fällen bereits eine Senkung des Alkoholkonsums erreicht werden. Schwereren Fällen wird der Zugang zu spezialisierten Dienstleistungen erleichtert. Das Kosten-Nutzen-Verhältnis der von der «alcoologie médicale moderne» vorgeschlagenen Massnahmen muss durch Studien evaluiert werden, die methodisch den heutigen gesundheitsökonomischen Standards genügen.

## Literatur

- Heldstab H, Stezler M. Trotz allen Kampagnen: Immer mehr Betrunkene am Steuer, schon 52 Billett-Entzüge pro Tag. Sonntagsblick 14:A26, 8. April 2001.
- Elixhauser A, Luce BR, Taylor WR, Reblando J. Health care CBA/CEA: an update on the growth and composition of the literature. *Med Care* 1993;Suppl 31:JS1-11.
- Gold M. Panel on cost-effectiveness in health and medicine. *Medical Care* 1996;34:197-9.
- French MT. Economic evaluation of alcohol treatment services. *Eval Program Plann* 2000;23:27-39.
- Cisler R, Holder HD, Longabaugh R, Stout RL, Zweben A. Actual and estimated replication costs for alcohol treatment modalities: Case study from Project MATCH. *J Stud Alcohol* 1998;59:503-12.
- Annis HM. Is inpatient rehabilitation of the alcoholic cost-effective? In: Stimmel B (ed.). *Controversies in Alcoholism and Substance Abuse. Advances in alcohol and substance abuse series*. New York, NY; Ha-worth Press Inc.: 1986:175-90.
- Holder HD. Alcoholism treatment and potential health care cost saving. *Medical Care* 1987;25:52-71.
- Finney JW, Monahan SC. The cost-effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation. *J Stud Alcohol* 1996;57:229-43.
- Sobell MB, Sobell LC. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *J Consult Clin Psychol* 2000;8:573-9.
- Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomised control trials addressing brief intervention in heavy drinkers. *J Gen Intern Med* 1997;11:274-83.
- Fleming MF, Mundt MP, French MT, Baier Manwell L, Stauffacher EA, Lawton Barry K. Benefit-cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Med Care* 2000;38:7-18.
- Dornelas EA, Sampson RA, Gray JF, Waters D, Thompson PD. A randomized controlled trial of smoking cessation counseling after myocardial infarction. *Prev Med* 2000;30:261-8.
- Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Prog Behav Modif* 1992;28:183-218.
- Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CW, et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. *Ann Surg* 1999;230:473-80.
- Yersin B, Nicolet JF, Decrey H, Burnier M, Van Melle G, Pécoud A. Screening for excessive alcohol drinking: Comparative value of carbohydrate-deficient transferrin, gamma glutamyl-transferase, and mean corpuscular volume. *Arch Intern Med* 1995;155:1907-11.