

Berichtsblatt

1. ISBN oder ISSN	2. Berichtsart (Schlussbericht oder Veröffentlichung) Schlussbericht 2011
3. Titel Verbundprojekt: Ökonomische Evaluation der kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung der Positivsymptomatik bei psychotischen Störungen	
4. Autor(en) [Name(n), Vorname(n)] Hans-Helmut König, Alexander Konnopka.	5. Abschlussdatum des Vorhabens 30.09.2010
	6. Veröffentlichungsdatum (siehe Anlage)
	7. Form der Publikation (siehe Anlage)
8. Durchführende Institution(en) (Name, Adresse) Professur für Gesundheitsökonomie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig (seit 1. April 2010: Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Institut für Medizinische Soziologie, Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie, Martinistr. 52, 20246 Hamburg)	9. Ber. Nr. Durchführende Institution
	10. Förderkennzeichen 01GV0621
	11. Seitenzahl 9
12. Fördernde Institution (Name, Adresse) Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) 53170 Bonn	13. Literaturangaben -
	14. Tabellen 3
	15. Abbildungen 1
16. Zusätzliche Angaben	
17. Vorgelegt bei (Titel, Ort, Datum)	
18. Kurzfassung <p>Schizophrene Psychosen zählen aufgrund ihrer Symptomatik und ihres meist chronischen Verlaufes zu den schwerwiegendsten psychiatrischen Erkrankungen und sind mit erheblichen Kosten für die Gesellschaft verbunden. Aufgrund der zunehmenden relativen Knappheit der Ressourcen, die der Gesellschaft für Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, spielt gleichzeitig die Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen eine zunehmende Rolle für die Beurteilung einer Kostenübernahme durch die institutionellen Kostenträger des Gesundheitssystems.</p> <p>Begleitend zu der im Rahmen des Forschungsverbundes durchgeführten klinischen Studie wird in diesem Projekt eine gesundheitsökonomische Evaluation der kognitiven Verhaltenstherapie im Vergleich zu einer supportiven Therapie zur Behandlung der Positivsymptomatik bei psychotischen Störungen durchgeführt. Ziel des Projekts ist ein Vergleich der zwei Therapien hinsichtlich der inkrementellen Kosten-Nutzwert-Relation. Hierfür werden die Patienten zu Studienbeginn (T0), nach 3, 6 und 9 Monaten Therapie sowie 6, 12, 18 und 24 Monate nach Abschluss der Therapie zu ihrer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (CSSRI) und ihrer gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D) befragt. Sekundär wurde ein Literaturreview zu den Krankheitskosten der Schizophrenie in Deutschland durchgeführt, eine Unit-Cost-Datenbank erstellt, und eine Krankheitskostenanalyse durchgeführt.</p> <p>Wir haben den Literaturreview und die Erstellung der Unit Cost Datenbank, die wir inzwischen regelmäßig jährlich aktualisieren, abgeschlossen. Eine abschließende Analyse von Kosten, Effekten und Kosten-Effektivität ist aufgrund der bekannten Verzögerungen in der Hauptstudie noch nicht möglich, jedoch ergab eine vorläufige Analyse von T0-Kosten durchschnittliche direkte 3-Monats-Kosten in Höhe von 6.183€ und durchschnittliche indirekte 3-Monats-Kosten in Höhe von 1.078€ pro Patient.</p> <p>Die Auswertung des Projektes wird weiter fortgesetzt, die Ergebnisse werden in nationalen und internationalen Zeitschriften publiziert.</p>	
19. Schlagwörter Schizophrenie, Positivsymptomatik, Kosten, Kosten-Effektivität	
20. Verlag	21. Preis

Schlussbericht zu 01GV0621 (POSITIVE, Teilprojekt Gesundheitsökonomie) für den Zeitraum 01.10.2007 bis 31.09.2010*

Zuwendungsempfänger: Universität Leipzig, Ritterstraße 26, 04109 Leipzig

Förderkennzeichen: 01GV0621

Vorhabensbezeichnung: Ökonomische Evaluation der kognitiven Verhaltenstherapie zur Behandlung der Positivsymptomatik bei psychotischen Störungen.

Laufzeit des Vorhabens: 01.10.2007 – 31.09.2010*

Berichtszeitraum: 01.10.2007 – 31.09.2010*

Projektleiter: Prof. Dr. med. Hans-Helmut König

Projektmitarbeiter: Dr. Alexander Konnopka

*Projekt wurde vom 01.01.2009 bis 31.12.2009 unterbrochen mit Übertragung der Personalmittel in das
Jahr 2010

1. Darstellung des Projektvorhabens

1.1 Hintergrund und Ziele des Projekts

Schizophrene Psychosen zählen aufgrund ihrer Symptomatik und ihres meist chronischen Verlaufes zu den schwerwiegendsten psychiatrischen Erkrankungen, wobei der durch ausgeprägte Positivsymptomatik gekennzeichnete paranoide Subtyp mit Abstand am häufigsten auftritt.

Schizophrene Psychosen sind mit erheblichen Kosten für die Gesellschaft verbunden. Dabei werden zwei wichtige Arten von Kosten unterschieden: direkte Kosten und indirekte Kosten. Unter direkten Kosten versteht man den Ressourcenverbrauch, der durch die medizinische Versorgung und assoziierte nichtmedizinische Aktivitäten (z.B. Forschung) verursacht wird. Die monetäre Bewertung der einzelnen Versorgungsleistungen wird dadurch erschwert, dass für viele Versorgungsleistungen nur grobe oder relativ alte Bewertungssätze (Unit Costs) vorliegen. Während direkte Kosten einen tatsächlichen Ressourcenverbrauch widerspiegeln, entsprechen indirekte Kosten dem Produktionsausfall, der durch eine Erkrankung hervorgerufen wird. Sie beruhen auf verringerter Produktivität am Arbeitsplatz, Arbeitsunfähigkeit, Erwerbslosigkeit, Erwerbsunfähigkeit und Mortalität. Für die monetäre Bewertung des Produktionsausfalls werden in der Regel durchschnittliche Bruttolöhne herangezogen, die noch um Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung und Gewinnanteile des Unternehmens ergänzt werden können.

Aufgrund der zunehmenden relativen Knappheit der Ressourcen, die der Gesellschaft für Gesundheitsversorgung zur Verfügung stehen, spielt die Wirtschaftlichkeit von Gesundheitsleistungen eine zunehmende Rolle für die Beurteilung einer Kostenübernahme durch die institutionellen Kostenträger des Gesundheitssystems. Für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit einer Gesundheitsleistung ist über die Betrachtung von Kosten hinaus auch eine Betrachtung der gesundheitlichen Effekte z.B. in Form von qualitätsgewichteten Lebensjahren (QALYs) im Vergleich mit der jeweiligen Standardtherapie notwendig. Die Zielgröße eines solchen Vergleiches ist die so genannte inkrementelle Kosten-Effektivitäts-Relation (IKER):

$$IKER = \frac{\overline{K}_I - \overline{K}_K}{\overline{E}_I - \overline{E}_K} = \frac{\Delta \overline{K}}{\Delta \overline{E}}$$

Dabei sind \overline{K}_I und \overline{K}_K die durchschnittlichen Kosten in der Interventions- (I) bzw. Kontrollgruppe (K) und \overline{E}_I und \overline{E}_K die durchschnittlichen gesundheitlichen Effekte (QALYs) in der Interventions- bzw. Kontrollgruppe. Die IKER gibt an, wie hoch die Kosten für einen gesundheitlichen Effekt sind, der daraus resultiert, dass man die Intervention anstatt der Kontrollbedingung durchführt. Bei der Wirtschaftlichkeitsbeurteilung der IKER wird für Industrieländer ein Bereich von circa 50.000 € pro QALY oder weniger als kosten-effektiv betrachtet, während größere Werte als eher nicht kosten-effektiv betrachtet werden.

Das Ziel dieses Projektes ist eine begleitende ökonomische Evaluation von kognitiver Verhaltenstherapie bei psychotischen Patienten mit Positivsymptomatik, die in der Hauptstudie des Psychotherapieforschungsverbundes bezüglich ihrer klinischen Effektivität evaluiert wird. Dabei sollen die beiden Strategien „kognitive Verhaltenstherapie“ (KVT) und „supportive Therapie“ (ST) hinsichtlich ihrer direkten und indirekten Kosten und bezüglich ihrer präferenzbasiert bewerteten gesundheitsbezogenen Le-

bensqualität verglichen werden. Als Zielgröße soll die IKER von KVT im Vergleich zu ST berechnet werden. Dabei haben wir zwei Hypothesen: Unsere erste Hypothese lautet, dass KVT die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Betroffenen verbessert und somit im KVT-Arm der Studie mehr QALYs als im ST-Arm generiert werden. Unsere zweite Hypothese lautet, dass die IKER von KVT im Vergleich zu ST weniger als 50.000 € pro QALY beträgt. Sekundäre Ziele des Projektes sind die Ermittlung von Unit Costs zur Bewertung von Gesundheitsleistungen und eine Krankheitskostenanalyse der direkten und indirekten Kosten bei psychotischen Patienten mit Positivsymptomatik.

1.2 Voraussetzungen unter denen das Projekt durchgeführt wurde

Das Projekt ist als ein Teilprojekt in den Psychotherapieforschungsverbund „Psychotherapie psychotischer Syndrome“ eingebettet. Dabei werden die Datenerhebung und –eingabe durch sechs Studienzentren (Kliniken der Universitäten Tübingen, Bonn, Düsseldorf, Duisburg-Essen, Frankfurt und Köln) und das Datenmonitoring durch das KKS Tübingen durchgeführt. Daher sind wir für die Durchführung der empirischen Teile unseres Projektes auf die Bereitstellung von Daten durch die Hauptstudie angewiesen. Von den bekannten Verzögerungen in der Rekrutierung von Patienten für die Hauptstudie war auch unsere Datenauswertung negativ betroffen. So standen uns bis zum Zeitpunkt der Erstellung dieses Berichtes noch nicht die notwendigen Daten zur Verfügung, um die Kosten-Effektivität von KVT im Vergleich zu ST zu ermitteln. Erste Ergebnisse der Kostenanalyse können jedoch auf Basis vorläufiger Baselinedaten berichtet werden.

1.3 Projektdurchführung

Zur Durchführung des Projektes wurden Fragebögen für alle Studienzentren bereit gestellt, mit denen zu den Messzeitpunkten T0, T3, T6 und T9 sowie zu den Follow up Zeitpunkten F1 bis F4 Daten erhoben wurden bzw. werden. Es wird eine modifizierte Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI) eingesetzt, um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Produktivitätsverluste zu messen. Daneben wird der EQ-5D verwendet, um die gesundheitsbezogene Lebensqualität zu messen und QALYs zu berechnen.

Parallel zu der Erhebung der empirischen Daten wurde von uns ein Literaturreview zu den Krankheitskosten von Schizophrenie in Deutschland durchgeführt und basierend auf vorhandener Literatur und verschiedenen Sekundärdatenquellen eine ausführliche Recherche von Bewertungsansätzen für einzelne Gesundheitsleistungen (Unit Costs) durchgeführt.

1.4 Zusammenarbeit mit anderen

Diese Studie wird in enger Zusammenarbeit mit den an der Hauptstudie beteiligten Studienzentren und dem KKS Tübingen sowie insbesondere mit Herr Prof. Dr. Klingberg und Herr PD Dr. Wittorf (beide: Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen) durchgeführt. Darüber hinaus erfolgte die Recherche der Unit Costs in Zusammenarbeit mit dem gesundheitsökonomischen Teilprojekt des SOPHONET-Forschungsverbundes (Förderkennzeichen 01GV0609).

2. Projektergebnisse

2.1 Literaturübersicht zu Krankheitskostenstudien

Zunächst haben wir eine systematische Literaturübersicht über Krankheitskostenstudien für Schizophrenie in Deutschland durchgeführt, deren Ergebnisse wir in der Zeitschrift Psychiatrische Praxis veröffentlicht und auf zahlreichen Kongressen vorgestellt haben:

**Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland:
Ein systematischer Literaturüberblick**
The Cost of Schizophrenia in Germany: A Systematic Review of the Literature

Autoren Alexander Konnopka¹, Stefan Klingberg², Andreas Wittorf², Hans-Helmut König¹

Institute ¹ Professur für Gesundheitsökonomie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Universität Leipzig
² Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Tübingen

Schlüsselwörter
○ Schizophrenie
○ Kosten
○ Krankheitskosten

Keywords
○ schizophrenia
○ cost
○ cost-of-illness

Zusammenfassung
▼
Anliegen Systematischer Literaturüberblick über Krankheitskostenstudien für die Schizophrenie in Deutschland.
Methode Recherche in Pubmed und PsychINFO.
Ergebnisse Wir fanden insgesamt 11 Studien. Direkte Versorgungskosten pro Patient und Jahr lagen in Preisen des Jahres 2007 meist bei 14000–18000 Euro. Zusätzlich entstanden Privatausgaben durch Angehörige in Höhe von 950–1700 Euro und Produktivitätsverluste von 25000–30000 Euro.
Schlussfolgerungen Schizophrenie verursacht relevante Kosten, wobei sich die Versorgungskosten pro Patient zwischen 1980 und 2002 anscheinend nicht wesentlich geändert haben.

Dabei fanden wir als zentrale Ergebnisse, dass Schizophrenie sowohl für die Kostenträger als - darüber hinaus - auch für die Gesellschaft mit erheblichen direkten Kosten von circa 14.000€ bis 18.000€ pro Patient und Jahr verbunden ist. Dies entspricht Gesamtkosten von bis zu 5 Mrd. € für ganz Deutschland, zu denen sich noch einmal - je nach Berechnungsmethode - bis 8 Mrd. € indirekte Kosten addieren. Diese Kosten waren im Zeitverlauf von 1980 bis 2002 (Erhebungszeitpunkt der letzten Studie) inflationsbereinigt nahezu unverändert. Dennoch zeigte sich in der Zusammensetzung der direkten Kosten zwischen 1980 und 2002 eine deutliche Verschiebung von stationärer Versorgung hin zu ambulant betreuten Wohnformen, worin sich die Enthospitalisierung im Rahmen der Psychiatriereform wider zu spiegeln scheint.

2.2 Erstellung einer Unit Cost Datenbank

Tabelle 1 zeigt die Ergebnisse unserer Recherche zu Bewertungsansätzen von Gesundheitsleistungen, die wir in Vorbereitung auf die Analyse unserer empirischen Daten durchgeführt haben und inzwischen auf dem Status jährlicher Updates pflegen.

Tabelle 1: Bewertungsmethoden und Datenquellen für monetäre Bewertung von Gesundheitsleistungen

Medizinische Leistung	Einheit	Bewertungsmethode und Datenquelle
Stationäre Behandlung	Abteilungsspezifische Kosten pro Tag	Administrative Preise nach eigenen Berechnungen auf Basis der DRG-Statistik des Statistischen Bundesamtes
Ambulante Behandlung durch niedergelassene Ärzte	Facharztspezifische Kosten pro Kontakt	Preise auf Basis von Krauth et al. 2005
Heilmittel (z.B. Physiotherapie, Massage, Gymnastik, Akupunktur, usw.)	Fachgruppenspezifische Kosten pro Kontakt	Administrative Preise auf der Grundlage von Verträgen zwischen dem Verband der Angestelltenkrankenkassen und dem Verband der Heilmittelanbieter
Rehabilitation	Kosten pro Tag	Durchschnittliche Kosten pro Tag, berechnet anhand von Daten des Verbandes der Rentenversicherungsträger
Hausbesuche durch Ärzte und Telefonate	Kosten pro Kontakt	Gebührenordnung für Ärzte, einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)
Notarzt	Kosten pro Transport	Durchschnittliche Gebühren für Rettungstransporte in 10 zufällig ausgewählten deutschen Städten
Medikamente	Kosten pro Packung	Rote Liste
Transporte	Kosten pro Fahrt	0,30€ pro Kilometer für PKW-Fahrten nach dem Einkommenssteuergesetz, Patientenangaben für alle anderen Transportmittel
Produktivitätsverluste	Alters- und geschlechtsspezifische Arbeitskosten pro Tag	Alters- und geschlechtsspezifische Durchschnittslöhne (Statistisches Bundesamt) korrigiert um Arbeitgeberbeiträge zur Sozialversicherung (Statistisches Bundesamt)

2.3 T0-Krankheitskosten

Anhand der uns zur Verfügung stehenden vorläufigen Daten konnten wir eine erste Kostenkalkulation für den ersten Messzeitpunkt T0 durchführen (Tabelle 2). Diese (retrospektiv erfragten) 3-Monats-Kosten spiegeln die Inanspruchnahme vor Beginn der Intervention wieder und können daher für die Gesamtstichprobe betrachtet werden. Eine Betrachtung getrennt nach Interventions- und Kontrollgruppe wäre auch nicht möglich, da zum Zeitpunkt der Berichterstellung noch keine Entblindung der Datenbank erfolgt ist.

Die direkten 3-Monats-Kosten betragen demnach 6.183€ und wurden maßgeblich von den Kosten für stationäre Versorgung dominiert (5.372€). Die Dominanz der stationären Kosten ist darauf zurück zu führen, dass ein Großteil der Patienten im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes rekrutiert wurde und darf dementsprechend nicht als repräsentativ für Patienten mit Positivsymptomatik angesehen werden. Neben stationärer Versorgung entstanden mit 498€ relativ hohe Kosten für ambulant verschriebene Medikamente. Dies ist darauf zurück zu führen, dass Patienten mit Positivsymptomatik in der Regel sowohl im Rahmen einer Akutbehandlung, als auch in Remission als Rezidivprophylaxe mit Neuroleptika behandelt werden, die relativ teure Arzneimittel sind.

Die indirekten Kosten waren mit 1.078€ relativ gering und basierten zu etwa gleichen Teilen auf Arbeitsunfähigkeit (491€) und eingeschränkter Produktivität am Arbeitsplatz (Präsentismus: 562€). Bei der Beurteilung der indirekten Kosten ist zu beachten, dass lediglich 15,8% der Patienten in einem Beschäftigungsverhältnis standen und dementsprechend im Gesamtdurchschnitt der Stichprobe nur relativ wenige Produktivitätsverluste anfallen konnten. Betrachtet man ausschließlich die indirekten Kosten der Beschäftigten, so ergeben sich indirekte Kosten in Höhe 6.839€ (Arbeitsunfähigkeit: 3.113€; Präsentismus: 3.566€).

Tabelle 2: Retrospektive 3-Monats-Kosten zum Messzeitpunkt T0 (N=330)

Gesundheitsleistung	Durchschnittliche Kosten in €	Standardabweichung in €
Stationäre Behandlung einschließlich Rehabilitation	5.372	8.426
Ambulante Ärzte	122	118
Heilmittel	164	523
Hausbesuche durch Ärzte und Telefonate	5	49
Medikamente	498	591
Transporte, einschließlich Notarzteinsätze	21	35
Gesamte direkte Kosten	6.183	8.355
Arbeitsunfähigkeit	491	1.920
Zeit für Arztbesuche	25	212
Präsentismus	562	1.702
Gesamte indirekte Kosten	1.078	2.835
Gesamte Kosten	7.261	8.974

Tabelle 3 zeigt drei anhand der Patientenangaben auf dem EQ-5D berechnete Marker für die präferenzbasierte Lebensqualität zu T0. Der mit den Präferenzen der Allgemeinbevölkerung berechnete EQ-5D Index lag bei 0,70 (Skalenreichweite 0 (tot) bis 1 (volle Lebensqualität)). Im Gegensatz dazu basiert die EQ VAS (Skalenreichweite 0 (schlechtesten denkbaren Zustand) bis 100 (bestmöglicher denkbaren Zustand)) auf den Präferenzen der Patienten selbst. Sie zeigte mit einem Mittelwert von 56 eine deutlich größere Beeinträchtigung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität an.

Tabelle 3: Deutscher und Britischer EQ-5D Index und EQ VAS zu Messzeitpunkt T0

	N	Mittelwert	Standardabweichung
EQ-5D Index Großbritannien	324	0,7017	0,2673
EQ VAS	321	55,82	20,25

3. Voraussichtlicher Nutzen und Verwertbarkeit des Projekts

Die im Rahmen des Projektes entwickelte Unit-Cost-Datenbank wird bereits jetzt auch in zahlreichen anderen Projekten für die monetäre Bewertung von Gesundheitsleistungen eingesetzt und auch zukünftig noch weiter entwickelt werden. Entsprechende Projekte sind bereits in Planung bzw. Umsetzung.

Das Projekt und die daraus gewonnenen Ergebnisse werden Entscheidungsträgern wichtige Informationen über die Wirtschaftlichkeit von kognitiver Verhaltenstherapie bei psychotischen Patienten geben. Damit werden sie die in der Hauptstudie generierten Ergebnisse bezüglich der Effektivität um gesundheitsökonomische Informationen ergänzen. Um dieses Ziel zu erreichen, werden die aus dem Projekt noch weiterhin generierten Daten im Rahmen der 2. Förderphase ausgewertet und die Ergebnisse in nationalen und internationalen Zeitschriften publiziert und auf nationalen wie internationalen Kongressen vorgestellt werden.

4. Verwendung der Zuwendung

Folgende vom BMBF während der Projektlaufzeit finanzierten Stellen war am Projekt beteiligt:

- 1 Wissenschaftler mit einer 50%-Stelle für 24 Monate, Abteilung Gesundheitsökonomie Universität Leipzig (FKZ 01GV0621). Durchgeführte Tätigkeiten: Erstellung der Fragebögen, Literaturrecherche inklusive Abfassung und Publikation einer systematischen Literaturübersicht und Präsentation auf Konferenzen, Unit Cost Recherche und Erstellung sowie Pflege einer entsprechenden Datenbank (zusammen mit unserer 50%-Stelle bei SOPHONET), Datenaufbereitung und Beginn der Auswertung, Vorbereitung der 2. Förderphase (Planung von entsprechenden Projekten, Projektanträge, Fragebogenerstellung für bewilligte Projekte)

5. Veröffentlichungen

1. International

Klingberg S, Wittorf A, Meisner C, Wolwer W, Wiedemann G, Herrlich J, Bechdorf A, Müller BW, Sartory G, Wagner M, Kircher T, König HH, Engel C, Buchkremer G. (2010). Cognitive behavioural therapy versus supportive therapy for persistent positive symptoms in psychotic disorders: The POSITIVE Study, a multicenter, prospective, single-blind, randomised controlled clinical trial. *Trials* 11:123 [Epub 2010 Dec 29]

2. National

Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A, König HH (2009). Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: Ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiat Prax* 36(5):211-218.

Klingberg S, Wittorf A, Bechdorf A, Herrlich J, Kircher T, König HH, Müller B, Sartory G, Wagner M, Wiedemann G, Wölwer W, Buchkremer G (2009). Psychotherapieforschung zur Kognitiven Verhaltenstherapie bei Positiv-Symptomen psychotischer Störungen. *Psychother Psychosom Med Psychol* 59(3-4):141-148

3. Manuskripte in Vorbereitung

Konnopka, A, Klingberg S, Stuhldreher S, Wittorf A, Meisner C, Wolwer W, Wiedemann G, Herrlich J, Bechdorf A, Müller BW, Sartory G, Wagner M, Kircher T, Engel C, Buchkremer G, König HH. Die direkten und indirekten Kosten der Schizophrenie in Deutschland: Eine aktuelle Analyse.

Konnopka, A, Klingberg S, Stuhldreher S, Wittorf A, Meisner C, Wolwer W, Wiedemann G, Herrlich J, Bechdorf A, Müller BW, Sartory G, Wagner M, Kircher T, Engel C, Buchkremer G, König HH. Cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy in psychotic patients with positive symptoms.

Konferenzen

1. International

Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A, König HH. Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland. 14. Mallorca-Treffen deutschsprachiger SozialpsychiaterInnen 2010. Palma de Mallorca, 1.3.-5.3.2010

2. National

Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A, König HH. Die Kosten der Schizophrenie in Deutschland: ein systematischer Literaturüberblick. DGPPN Kongress 2009. Berlin, 25.-28.11.2009

Konnopka A, Klingberg S, Wittorf A, König HH. Die Kosten schizophrener Erkrankungen in Deutschland – ein systematischer Literaturüberblick. 2. Jahreskonferenz

der deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie. Berlin, 1.-2.3.2010 Abstraktband:http://www.dggoe.org/files/jahrestagung_2010/Abstractband_2010.pdf

Konnopka A. Die finanziellen Belastungen der Schizophrenie für Betroffene, Angehörige, Krankenkassen und Gesellschaft. Die subjektive Seite der Schizophrenie; Bedürfnisorientierte Behandlung – Integration der Versorgung
Hamburg, 23.-25. Februar 2011

König HH. Gesundheitsökonomische Aspekte der Schizophrenie. Herbsttagung der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Tübingen, 2. Oktober 2010

6. Weiterführende Mittelbeantragung

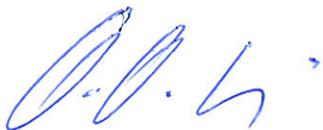
Langfristige Follow-up-Daten werden im Rahmen der 2. Förderphase erhoben und ausgewertet.

7. Zusammenfassung

Durch unser Projekt wurden nützliche Methoden und Daten generiert, die in vielen weiteren Projekten bereits heute Verwendung finden. Des Weiteren lassen die uns heute bekannten Ergebnisse der Hauptstudie sehr interessante und Erfolg versprechende gesundheitsökonomische Resultate und Publikationen im Bereich unseres Projektes erwarten. Leider können wir aufgrund der bekannten Verzögerungen bei der Rekrutierung und der daraus folgenden Verzögerung im Bereich der zentralen Datenaufbereitung bisher noch keine abschließenden Ergebnisse zur Kosten-Effektivität berichten. Wir werden dies jedoch umgehend im Rahmen der zweiten Förderphase nachholen.

Wir bedanken uns für das in uns gesetzte Vertrauen und die damit verbundene finanzielle Unterstützung.

Für die Richtigkeit der oben gemachten Angaben:



Prof. Dr. H.-H. König



Dr. A. Konnopka