



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium  
Observatoire suisse de la santé  
Osservatorio svizzero della salute  
Swiss Health Observatory

# **Evidenz für Managed Care**

## **Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität**

### **Management Summary**

**Arbeitsdokument 16**

**Peter Berchtold**

**Kurt Hess**

College für Management im Gesundheitswesen (College-M), Bern

Januar 2006

Neuchâtel

Schweizerisches Gesundheitsobservatorium

## Management Summary

Die politische Diskussion um die so genannten besonderen Versicherungsformen wird im Zusammenhang mit der laufenden Revision des Krankenversicherungsgesetzes mit unterschiedlicher Intensität und wechselndem Fokus geführt. Managed Care, als Prinzip, als Organisationsform wie als Instrumentarium, stösst vielerorts immer noch auf Unverständnis und Skepsis. Doch es ist nicht zu bestreiten, dass schon längst gesteuert *wird*. Die Frage, um die es geht, lautet: Wer steuert wen mit welchen Mitteln und welchem Fokus bzw. welche Wirkungen haben die diversen Steuerungsimpulse auf die Kosten-Nutzen-Optimierung des Gesamtsystems.

Die vorliegende Literaturstudie will Klarheit und Orientierung in die laufende Diskussion um Managed Care bringen, indem sie die wissenschaftliche Evidenz zu Qualität und Kosteneffektivität von Managed Care-Modellen und -Instrumenten in Europa und der Schweiz identifiziert, bewertet und kommentiert. Die Studie will damit folgende zentrale Fragen beantworten:

- Welche wissenschaftlichen Studien existieren für welche Managed Care – Organisationsformen und –Instrumente in der Schweiz und in Europa?
- Welche Unterschiede zeigen diese Studien bezüglich Qualität und Kosten der Versorgung (Behandlung und Betreuung) im Vergleich zur traditionellen Leistungserbringung?
- In welchem Mass sind die Resultate der europäischen Studien generalisierbar bzw. auf schweizerische Verhältnisse übertragbar?
- Welche Schlussfolgerungen können für die Weiterentwicklung von Managed Care in der Schweiz – auch vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Diskussion - gezogen werden?

Auf der Basis einer ausgedehnten Literatursuche, neunzehn Expertenbefragungen und definierten Einschlusskriterien wurden aus anfänglich rund 1'500 Publikationen deren 45 für diese Literaturstudie identifiziert und ausgewertet. Einschlusskriterien waren einerseits Studien aus der Schweiz, welche Managed Care- und traditionelle Versorgung vergleichen sowie andererseits systematischen Reviews, randomisierte, kontrollierte Studien und Kohortenstudien aus europäischen Ländern. Nicht berücksichtigt wurden amerikanische Arbeiten aufgrund der eingeschränkten Übertragbarkeit auf schweizerische Verhältnisse.

Unter den Managed Care-Modellen sind in der Schweiz Hausarztnetze und HMO (Health Maintenance Organization, vgl. Glossar und Abkürzungen in Kapitel 4) von besonderer Bedeutung. Für die HMO-Modelle wird in der Literatur erstaunlich konsistent ein „echtes“, d.h. risikokorrigiertes Einsparpotential von 20-30 Prozent berichtet. Dieses wird in den meisten Arbeiten dem Gatekeeping und den alternativen Vergütungsformen wie beispielsweise Capitation (Kopfpauschalen) zugeschrieben. Gatekeeping ist integraler Teil aller Managed Care-Modelle und -Organisationen und wird von Grundversorgern im Sinne einer triagierenden Anlaufstelle für Versicherte wahrgenommen. Die Literatur attestiert dem Gatekeeping einen dämpfenden Effekt auf die Gesamtleistungskosten, auf den Ressourcenaufwand pro Konsul-

tation, auf den Einsatz apparativer Medizin und auf die Anzahl Konsultationen sowie Überweisungen. Mit grosser Wahrscheinlichkeit ist das Einsparpotential der HMO-Modelle substantiell höher als dasjenige der Hausarztmodelle. Diese Einsparpotentiale werden allerdings häufig und voreilig mit einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit gleichgesetzt. Obwohl wir gute Hinweise fanden, dass sich das Verhalten von Leistungserbringern tatsächlich in Abhängigkeit der Vergütungsform unterscheidet, sind zur umfassenden Beurteilung der Wirtschaftlichkeit Angaben zur klinischen Qualität erforderlich. Und genau dies ist ein Manko vieler Studien, denn Einsparungen können sowohl verhinderten Unnötigkeiten wie auch unterlassenen Notwendigkeiten entspringen.

Die Gründe für dieses Forschungsdefizit liegen einerseits in der ungenügenden Datenlage im traditionellen ambulanten Sektor. Es fehlt hier eine ambulante Statistik mit vollständigen Kostendaten (unter Bezugnahme auf die Diagnose oder Diagnosegruppe), welche die Nachzeichnung von individuellen Krankheitsverläufen ermöglicht. Das Bundesamt für Statistik (BFS) arbeitet gegenwärtig an den konzeptionellen Grundlagen für eine solche Datenerhebung. Andererseits fehlen nach wie vor validierte und allseits akzeptierte Bemessungssysteme für die klinische Qualität, welche die ökonomischen Daten in einen Kontext zu qualitativen Ergebnissen zu stellen erlauben.

Unter den Managed Care-Instrumenten werden vor allem Guidelines bzw. Behandlungsleitlinien durch die Literatur gestützt. Viele Arbeiten belegen, dass Guidelines, d.h. eine evidenzbasierte Orientierung der Behandlung, deren Outcome, Effektivität und Effizienz zu optimieren vermögen. Der aktuelle Forschungsschwerpunkt bezüglich Guidelines sind die so genannten Implementierungsstrategien, d.h. die Frage, wie Gesundheitsfachpersonen motiviert werden können, Guidelines konsequent anzuwenden. Eine ausschliesslich passive Verbreitung von Behandlungsleitlinien (z.B. Publikation in Fachzeitschriften) löst (zu) wenig Verhaltensänderung der Fachpersonen aus. Eine umfassende Implementierungsstrategie sind Guideline-basierte, integrierte Behandlungsprozesse, das so genannte Disease Management. Dieses Instrument kommt im europäischen Raum erst jetzt zu einer breiteren Anwendung, entsprechend finden sich (abgesehen von amerikanischen Arbeiten) noch wenige Studien zu diesem Thema. Aufgrund der vorhandenen Evidenz hat Disease Managements jedoch ein erhebliches Potential, um Outcome und Kosteneffektivität der Behandlung und Betreuung chronischer Krankheiten zu optimieren. Zur Frage ob andere Managed Care-Instrumente, wie beispielsweise Case Management oder Demand Management, eine relevante Steuerungswirkung entfalten, findet sich in der Literatur – trotz mehrerer Studien - nur spärlich wissenschaftliche Evidenz. Trotzdem erfreuen sich diese beiden Instrumente zunehmender Popularität, sowohl seitens der Krankenversicherer wie auch seitens der Versicherten.

Gesamthaft betrachtet stellt die wissenschaftliche vergleichende Evaluation von Managed Care-Modellen/Instrumenten und von traditionellen Versorgungsformen hohe methodische Anforderungen<sup>1</sup> als auch sehr hohe Anforderungen an die Datengrundlagen. So bleibt bei vie-

---

<sup>1</sup> Preuss K-J, Rübiger J, Sommer J H (Hrsg): Managed Care: Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und der USA. Schattauer Verlag, Stuttgart 2002

len Studien unklar, ob die beobachteten und publizierten Unterschiede bzw. Wirkungen einer wirklichen Kausalität<sup>i</sup>, einem Selektionseffekt oder einer (zufälligen) Assoziation entsprechen.

Für Managed Care-Modelle/Instrumente besteht deshalb ein erheblicher Forschungsbedarf, unter anderem auch um die gesundheitspolitischen Diskussionen und Massnahmen auf solidere Basis zu stellen. Vor dem Hintergrund der KVG-Revisionen und aufgrund der gefundenen Ergebnisse der Literaturrecherche befürworten die Autoren eine Forcierung der Forschungs- und Förderungs-Aktivitäten vor allem in den Bereichen integrale Versorgungssysteme (mit Einbezug der stationären Behandlung), Hausarztmodelle, Guideline-gestützte Behandlungsprozesse und alternative Vergütungsformen. Diese Aktivitäten sollten die Implementierung dieser Managed Care-Instrumente/Modelle wie auch deren wissenschaftliche Evaluation fördern und als Grundprinzip Wirtschaftlichkeit UND Qualität fokussieren.

---

<sup>i</sup> Nachgewiesener Zusammenhang zwischen einer beobachteten Wirkung und einer intendierten Ursache