

# Leer- oder Baustellen? Die wissenschaftliche Basis für Managed Care

**Welche Wirkungen haben die Steuerungsimpulse von Managed Care auf die Kosten-Nutzen-Optimierung des Gesamtsystems? Mit dieser Fragestellung ist im Januar 2006 eine Literaturanalyse des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums<sup>1</sup> publiziert worden, die sich mit den wissenschaftlichen Grundlagen für die praktizierten Instrumente und Versorgungsmodelle befasst. Die gleichen Autoren greifen hier die Frage auf, welcher Forschungsbedarf daraus abzuleiten ist.**

**Kurt Hess, Peter Berchtold**

Um gleich die Frage der Leerstellen zu klären: Es fehlt nicht an Bemühungen, dem Erfolg von Managed Care auf die Spur zu kommen, doch der Fundus an wissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen zur Kosten- und Qualitätseffektivität ist schmal und löchrig. Dies erstaunt umso mehr, als die integrierte Versorgung und die Versorgungssteuerung mit ihren teils jahrelang praktizierten Modellen und Instrumenten eine zentrale Rolle bei der laufenden KVG-Revision spielen. Als «perhaps the most important finding» bezeichnen Autoren von einigen Cochrane

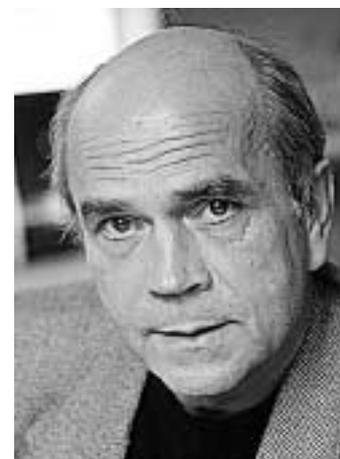
Reviews, dass nur wenige Studien ihre Einschlusskriterien erfüllen. Diese Erkenntnis trifft auch für die meisten Instrumente (Gatekeeping, Case Management, Disease Management, Guidelines, Demand Management, Vergütungsformen) wie auch für die Versorgungsmodelle (Hausarztnetze, HMO-Praxen) zu.

## Das Steuerungsinstrumentarium

Von den Managed-Care-Instrumenten werden in der Literatur vor allem die medizinischen *Guidelines* positiv beurteilt. Manche Arbeiten belegen, dass dieses Instrument Outcome, Effektivität und Effizienz einer Behandlung zu optimieren vermag. Allerdings führt eine lediglich passive Verbreitung der Guidelines kaum zu deren Implementierung. Die umfassendere Implementierungsstrategie sind Guideline-basierte, integrierte Behandlungsprozesse, das *Disease*

**Von den MC-Instrumenten werden in der Literatur vor allem die medizinischen Guidelines positiv beurteilt.**

*Management*. Dieses Instrument kommt im europäischen Raum erst allmählich zu einer breiteren Anwendung, entsprechend finden sich hier nur punktuelle Evidenz-Hinweise. Das *Case Management* in seinen verschiedenen Formen wird seit Jahren in der Gesundheitsversorgung angewendet, es existiert jedoch wenig Evidenz für positive Effekte auf Krankheitsverlauf, Betreuungsergebnisse oder Kosten. Der am intensivsten



Kurt Hess



Peter Berchtold

1 Peter Berchtold, Kurt Hess (2006). Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkung von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität; Arbeitsdokument Nr. 16 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuchâtel

evaluierte Einsatzbereich von Case Management ist die Betreuung von Langzeitpatienten mit schweren psychiatrischen Krankheiten. Doch auch dazu können die Reviews oder grossen Studien keine eindeutigen Vorteile nachweisen.

Das *Demand Management*, das heisst die telefonischen Beratungs- und Versorgungsdienste, findet in der Schweiz zunehmend Akzeptanz und Verbreitung. Übereinstimmend weist keine der untersuchten Studien auf eine Einschränkung der Patientensicherheit hin. Bis auf die für Schweizer Verhält-

**Der am intensivsten evaluierte Einsatzbereich von Case Management ist die Betreuung von Langzeitpatienten mit schweren psychiatrischen Krankheiten.**

nisse nur beschränkt aussagekräftigen englischen Studien gibt es jedoch keine Evidenz, dass telefonische Beratungsdienste Art, Umfang und Kostenfolgen der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen günstig beeinflussen. Was die *Vergütungsform* der Ärzteschaft betrifft, fanden die Autoren eine einzige Review der Cochrane Library. Die klarste Evidenz weist dabei die Beobachtung auf, dass unter dem Einzelleistungstarif mehr Praxisleistungen erbracht werden als unter einer Capitation oder fixen Salarierung. Es fand sich keine Studie, die das Bonus-Malus-System von Hausarztnetzen untersucht und mit der konventionellen Vergütung vergleicht. Dem *Gatekeeping* attestiert die Literatur einen dämpfenden Effekt auf die Gesamtleistungskosten, den Ressourcenaufwand pro Konsultation, den Einsatz apparativer Medizin, die Anzahl Konsultationen sowie Überweisungen. Allerdings wird dieses Instrument in keinem Versorgungsmodell isoliert angewendet, sondern immer im Kontext mit anderen Instrumenten, sodass keine direkte Kausalität postuliert werden kann.

**Die alternativen Versorgungsmodelle**

Die Schweiz gilt in Bezug auf die Managed-Care-Modelle (und weniger in Bezug auf die Instrumente) als europäisches Pionierland. Daher finden sich gleich mehrere Studien

schweizerischer Provenienz zu HMO und HAM.

Für die *HMO-Modelle* finden sich drei Gruppen von je vier Studien: Evaluation der Pilot-HMO-Praxen durch das BSV 1990–1994, Evaluation des HMO-Plans der Universität Genf 1991–1998 und die Auswertung des Datenmaterials der SWICA 1999–2003 (wird fortgesetzt). Auch wenn die zwölf ausgewählten HMO-Studien in Bezug auf Aktualität, Studiensetting und Art der Risikokorrektur nicht vergleichbar sind, fällt auf, wie konsistent diese Arbeiten auf einen Kostenvorteil des HMO-Modells von 20 bis 35 Prozent hinauslaufen. Daraus lässt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit auf ein reales substanzielles Einsparpotenzial schliessen.

Mit ähnlich hoher Wahrscheinlichkeit ist das Einsparpotenzial der *Ärztetze* deutlich tiefer als dasjenige der HMOs. Eine beachtliche Zahl schweizerischer Netzwerkstudien weist auf eine Kostenersparnis von 7 bis 26 Prozent hin. Dabei fällt auf, dass die untersuchten Ärzetze sich im Organisations- und Verbindlichkeitsgrad stark unterscheiden und deshalb keine homogene Basis darstellen. Der gemeinsame Nenner beschränkt sich meist auf das Gatekeeping.

**Forschungsdefizite**

Zunächst erstaunt die geringe Zahl wissenschaftlich fundierter Aussagen zu den Instrumenten wie zu den Versorgungsmodellen. Insbesondere bei den Hausarztmodellen zeigt sich ein beachtlicher Forschungsbedarf. Auch mangelt es an einer

**Es fand sich keine Studie, die das Bonus-Malus-System von Hausarztnetzen untersucht und mit der konventionellen Vergütung vergleicht.**

konsequenten Definition für den Begriff Ärztenetz. Weitere klare Forschungsdefizite werden für das Disease Management, das Case Management und die Wahl der Vergütungsform nachgewiesen.

Es fällt weiter auf, dass die postulierten Einsparpotenziale meist voreilig mit einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit gleichge-

stellt werden. Praktisch allen untersuchten Studien gemeinsam sind in diesem Zusammenhang folgende Mankos:

- Die Kosteneffektivität ist nur die eine Seite der Kosten-Nutzen-Betrachtung. Es bleibt ungeprüft, ob die Einspareffekte der alternativen Versorgungsmodelle auf

**Es fällt weiter auf, dass die postulierten Einsparpotenziale meist voreilig mit einer Verbesserung der Wirtschaftlichkeit gleichgestellt werden.**

verbesserte Effizienz oder unterlassene Massnahmen zurückzuführen sind.

- Wirtschaftlichkeit darf nicht isoliert von der Qualität untersucht werden. Keine der geprüften Studien untersucht das Outcome einer Behandlung, abgesehen von Befragungen zur Patientenzufriedenheit in einigen Studien. Die Frage, inwiefern sich die klinischen Qualitäten der alternativen und der konventionellen Modelle entsprechen, bleibt unbeantwortet, wird aber seit fünfzehn Jahren intensiv diskutiert. Die Instrumente, um diese Frage zu beantworten, sind heute verfügbar.
- Bisher nicht untersucht ist die Wirkung der integrierten Behandlung und Betreuung – über die gesamte Versorgungskette hinweg – auf Wertschöpfung, (Ergebnis-) Qualität und Patientenbezogenheit.

### Handeln statt diskutieren

Soweit die beachtlichen Leer- und Baustellen in der Forschung. Die seit langer Zeit andauernde Kontroverse um das Steuerungspotenzial von Managed Care wird oft mehr auf der Basis von Plausibilitätsüberlegungen und anekdotischen Erfahrungen geführt

**Es ist an der Zeit, dass der zuweilen saloppe Diskurs einer wissenschaftlich fundierten Diskussion weicht und dann fürs Erste abgeschlossen wird.**

denn aufgrund von schlüssigen Evidenzen. So scheint es durchaus plausibel, dass eine stärker vernetzte Versorgung effizienter und

qualitativ besser ist als eine weniger koordinierte Versorgung. Auch ist bekannt, welches grosses Gewicht gewisse Ärztenetze und HMO-Anbieter auf das Qualitätsmanagement legen. Doch gilt es nicht diejenigen zu überzeugen, die dies bereits aus eigener Erfahrung wissen. Es ist an der Zeit, dass der zuweilen saloppe Diskurs einer wissenschaftlich fundierten Diskussion weicht und dann fürs Erste abgeschlossen wird. Das Instrumentarium dazu steht bereit. Nur so können die teils seit langem praktizierten Prinzipien des Managed Care eine für das Gesamtsystem prägende, effektive und von allen Akteuren mitgetragene Breitenentwicklung entfalten.

Autoren:

**Dr. med. et lic. oec. Kurt Hess**

Projekte und Beratung im Gesundheitswesen  
Grossmünsterplatz 1  
8001 Zürich  
kurt.hess@hin.ch

**PD Dr. Peter Berchtold**

College-M  
Freiburgstrasse 41  
3010 Bern 16  
peter.berchtold@college-m.ch