

# Managed-Care-Evaluation: unbefriedigende Daten- grundlage

**Um die Vorteile von Managed Care zu belegen, die vorhandenen Befürchtungen über Qualitätseinbussen zu zerstreuen und die Instrumente weiterzuentwickeln, braucht es Evaluationen, welche sich auf zuverlässige Daten Grundlagen stützen. Die Datensituation in der Schweiz ist heute aber mangelhaft und sollte verbessert werden.**

**Stefan Spycher**

Managed-Care-Organisationsformen (MCO) und -Instrumente geniessen zurzeit in der gesundheitspolitischen Debatte eine grosse Aufmerksamkeit. Allseits wird gehofft, dass Managed Care (MC) sowohl die Kosten reduzieren wie auch die Qualität steigern kann. Die Erwartungen stützen sich dabei vor allem auf ausländische Studien, sind doch schweizerische Arbeiten erst in geringer Zahl vorhanden. Aber nicht nur in der Schweiz, sondern auch in Europa gibt es noch nicht sehr viele Untersuchungen [1]. Um die heute in der Schweiz vorhandenen Hindernisse für MC zu beseitigen (z.B. den Kontrahierungszwang, die dualistische Spitalfinanzierung und den ungenügenden Risikoausgleich), braucht es unbedingt schweizerische Arbeiten, welche die Wirksamkeit und Kosteneffektivität von MC belegen – und damit die GesundheitspolitikerInnen von MC überzeugen.

## Welche Daten braucht es?

Die Auswahl der Daten hängt davon ab, welche Fragen beantwortet werden sollen. Drei Fragenbereiche sind besonders wichtig:

1. Die deskriptive Analyse: Wie viele Versicherte sind in MC-Modellen aufgenommen? Wie alt sind sie? Wie gesund sind sie? Etc.
2. Die Beschreibung des Vollzugs: Wie sind MC-Organisationen organisiert? Welche Abläufe bewähren sich? Wie muss die Informatik organisiert werden? Etc.
3. Wirkungsanalyse: Wie wirken MC-Organisationen und -Instrumente auf die Qualität der Versorgung (inkl. Zufriedenheit der Versicherten) sowie auf die Kosten? Etc.

Die für die Beantwortung der Fragen benötigten Daten unterscheiden sich nach den drei Bereichen. Für die deskriptive Analyse und die Wirkungsanalysen braucht es zwingend sekundärstatistische Angaben<sup>1</sup>, für die Wirkungsanalysen darüber hinaus oft auch Primärdaten<sup>2</sup>. Für die Vollzugsanalyse müssen weitere Datenquellen beigezogen werden (bspw. Beschreibungen der Behandlungsprozesse, Krankengeschichten). Für die politische Diskussion besonders relevant sind die Wirkungsanalysen. Daher wollen wir die diesbezüglichen Datenbedürfnisse etwas genauer betrachten. Die Daten für die Wirkungsprüfungen müssen folgende Bedingungen erfüllen:

<sup>1</sup> Sekundärstatistische Angaben fallen beim Vollzug von Tätigkeiten an (bspw. die Daten der Versicherer über die Inanspruchnahme der Versicherten) oder werden in standardisierten Befragungen regelmässig erhoben (bspw. die Schweizerische Gesundheitsbefragung des Bundesamtes für Statistik).

<sup>2</sup> Von primärstatistischen Daten spricht man dann, wenn Daten für eine bestimmte Analyse eigens erhoben werden und nicht vorgesehen ist, die Datenerhebung zu wiederholen.



Stefan Spycher

- (a) Angaben auf individuellem Niveau (keine aggregierten Daten<sup>3</sup>);
- (b) Angaben aller LeistungserbringerInnen, welche die PatientInnen versorgt haben (also Angaben über den ambulanten und den stationären Bereich);
- (c) Angaben über die Interventionsgruppe (MC-Versicherte) und über eine Kontrollgruppe, damit Vergleiche möglich sind.

Eine vierte Bedingung (d) dürfte oft auch noch dazu kommen: Angaben sind auch auf Fallebene (individuelle Angaben) notwendig, um zum Beispiel bei der Behandlung chronischer Krankheiten den Verlauf über mehrere Jahre zu beurteilen. Es wird rasch deutlich, dass die Anforderungen an die Datengrundlagen für die Prüfung der Wirkungen hoch sind. Stichprobenuntersuchungen sind ausreichend, um repräsentative Daten zu erhalten (kein Bedarf für Vollerhebungen).

### Welche Daten sind vorhanden?

Bei den vorhandenen Daten sind zwei Gruppen von Datensätzen zu unterscheiden: zum einen diejenigen, die spezifisch und meist einmalig erhoben werden (Studiendaten), und zum anderen diejenigen, die regelmässig aktualisiert und somit immer gleich erfasst werden (Standarddatensätze). Berchtold und Hess [1] zeigten, dass es in der Schweiz verschiedene Studiendatensätze gibt. Allerdings hat fast jeder Datensatz das eine oder andere Problem. Einmal fehlt eine Kontrollgruppe, ein anderes Mal sind nur Daten der Versicherer vorhanden (d.h. keine Diagnosen). Ein besonderer Mangel liegt ferner darin, dass bisher noch nie systematisch Qualitäts- und Kostendaten verbunden worden sind.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium hat 59 Standarddatensätze identifiziert, die gesundheitsrelevante Daten enthalten,

regelmässig erneuert werden und gesamtschweizerische Aussagen ermöglichen (vgl. *Tabelle*)<sup>4</sup>. Ein Blick auf die Zusammenstellung zeigt, dass nur wenige Datensätze vorhanden sind, welche für die Analyse von MC nützlich sind.

- Für die deskriptive Analyse kann die Krankenversicherungsdatenbank (Nr. 6) verwendet werden. Allerdings handelt es sich hierbei um aggregierte und nicht um individuelle Daten.
- Für Wirkungsanalysen könnten (teilweise) die Daten vom NewIndex (Nr. 46) beigezogen werden. Allerdings werden im Newindex-Tarifpool nur die Rechnungen von ambulant tätigen ÄrztInnen erfasst.
- In der Schweizerischen Gesundheitsbefragung, die 2007 wieder durchgeführt wird (Stichprobengrösse ca. 18 400), werden Angaben über das Versicherungsmodell sowie individuelle Angaben über das Gesundheitsverhalten, den Gesundheitszustand sowie die Inanspruchnahme von Leistungen niedergelassener ÄrztInnen (Anzahl Konsultationen) und Spitäler (Anzahl Tage) erhoben (Nr. 22). Kostendaten oder Angaben über die bezahlten Prämien beziehungsweise die erhaltenen Prämienverbilligungen liegen allerdings nicht vor. Ein Vergleich zwischen den Kosten der Versicherten der obligatorischen Krankenpflegeversicherung und den MC-Versicherten – unter Berücksichtigung des Gesundheitszustands – ist so nicht möglich.
- Die Angaben des Datenpools von Santé-suisse können auf die verursachten Kosten auf Gruppenebene und auf das Versicherungsmodell ausgewertet werden, nicht aber auf individuellem Niveau (Nr. 51). Weitere notwendige Angaben – beispielsweise über den Gesundheitszustand, um eine Selektionskorrektur vorzunehmen (in MCO sind meist jüngere und gesündere Personen versichert) – sind nicht enthalten.
- Wesentlich detaillierter als die Datenpooldaten von Santé-suisse sind die Angaben in der CSS-Datenbank (Nr. 38). Zudem sind sie auf individueller Ebene verfügbar. Allerdings stellen die CSS-Daten nur eine bestimmte Selektion von Versicherten dar. Angaben über den Gesund-

<sup>3</sup> Es ist notwendig, dass die Daten auf der Ebene des/der einzelnen Versicherten vorhanden sind. Daten, die Gruppen von Versicherten zusammenfassen (bspw. nach Alters- und Geschlechtsgruppen, gleich aggregierte Daten), verwischen die für die Wirkungsanalysen wichtigen Differenzen zwischen den Individuen und können kaum gültige Aussagen machen.

<sup>4</sup> Die Datensätze werden in der Publikation von Strub/Roth (2006) weiter beschrieben.

heitszustand sind ebenfalls nicht vorhanden.

Kein einziger Standarddatensatz lässt heute eine methodisch befriedigende Analyse der Wirkungen von MC zu.

### Mögliche Lösungswege

Ganz offensichtlich öffnet sich ein beträchtlicher Graben zwischen den vorhandenen Datengrundlagen, die nur sehr beschränkt die Wirkungen von MC analysieren können, und den Informationsbedürfnissen der Gesundheitspolitik über die Wirksamkeit von MC. Welche Lösungen sind denkbar?

Erstens können für die Evaluation weitere studienspezifische Datensätze gebildet werden. Vorteilhaft ist dabei, dass die Datensammlung spezifisch erfolgt und die Fragen unmittelbar und direkt beantwortet werden können. Erfahrungsgemäss zeigen sich aber bei Studiendatensätzen mindestens zwei Nachteile: Oft können auch hier die Datensätze nicht massgeschneidert zusammengestellt werden, sei es, weil der Aufwand für die beteiligten AkteurInnen zu gross ist, sei es, weil nicht über alle relevanten Bereiche Daten vorhanden sind. Zudem stellen die Studiendatensätze oft nur eine Zeitpunktbeobachtung dar und erlauben selten, die Wirkungen über eine bestimmte Zeit zu verfolgen.

Zweitens ist denkbar, dass Datenbanken, die regelmässig aktualisiert werden (sog. Standarddatenbanken), mit Blick auf eine Wirkungsprüfung von MC spezifisch ergänzt und ausgewertet werden. Heute verfügt kein Standarddatensatz über die notwendige Breite der Informationen und es müsste somit substanziell ergänzt werden. Bei den Versichererdaten müssten beispielsweise Informationen zum Gesundheitszustand zusätzlich erhoben werden. Etwas einfacher ist die Situation, wenn es nur um die deskriptive Analyse der Teilnehmenden an MC-Modellen geht.

Drittens könnte geprüft werden, ob nicht eine neue Standarddatenbank erstellt werden sollte, die spezifisch Informationen zu MC-Organisationen und -Instrumenten sammelt. Verschiedene öffentliche Institutionen würden sich dafür anbieten, die Daten zu erheben. Allerdings hat das Parlament es jüngst wieder abgelehnt, eine ambu-

lante Statistik zu finanzieren. Daher ist kaum zu erwarten, dass mittelfristig genügend Finanzen verfügbar sein dürften, um eine neue Statistik einzuführen.

Viertens lässt die Einführung der Versicherungskarte mit der neuen Sozialversicherungsnummer hoffen. Sie könnte der Ausgangspunkt für eine umfassendere Gesundheitskarte sein, die ihrerseits als Datengrundlage für die Analyse von MC-Organisationen dienen könnte. Allerdings ist nicht zu erwarten, dass in kurzer Zeit die heute bestehenden Widerstände gegen eine Gesundheitskarte überwunden werden.

### Fazit

Wenn wir die heute vorhandenen Datengrundlagen rund um Managed Care in der Schweiz beurteilen, können wir kein positives Fazit ziehen. Es fehlt ganz eindeutig an umfassenden und zuverlässigen Grundlagen, um die Wirkung von MC zu analysieren. Wegen knapper Ressourcen ist auch nicht zu erwarten, dass sich die Standarddatensätze kurz- und mittelfristig wesentlich verbessern. Deshalb sollte man sich darauf konzentrieren, «gute» Studiendatensätze zu bilden. «Gut» meint hier, dass zum einen die teilweise negativen Erfahrungen (bspw. die unzureichende Abbildung des Gesundheitszustands) berücksichtigt werden und dass zum anderen darauf geachtet wird, dass in einer Interventions- und in einer Kontrollgruppe sowohl individuelle Qualitäts- wie auch Kostendaten erhoben werden.

Autor

**Dr. rer. pol. Stefan Spycher**

Leiter des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums

Bundesamt für Statistik

Espace de l'Europe 10

2010 Neuchâtel

E-Mail: stefan.spycher@bfs.admin.ch

### Literatur:

1. Berchtold Peter und Kurt Hess (2006): Evidenz für Managed Care. Europäische Literaturanalyse unter besonderer Berücksichtigung der Schweiz: Wirkungen von Versorgungssteuerung auf Qualität und Kosteneffektivität. Arbeitsdokument 16 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuenburg.
2. Strub Silvia und Maik Roth (2006): Inventar ausgewählter Gesundheitsdatenbanken in der Schweiz 2006. Aktualisierung und Erweiterung 2006. Arbeitsdokument 20 des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Neuenburg.

**Tabelle: 59 Standarddatenbanken, die gesundheitsrelevante Daten enthalten, regelmässig erneuert werden und gesamtschweizerische Aussagen ermöglichen.**

Nr	DatenproduzentIn	Name der Datenbank
<b>DatenproduzentInnen Bundesverwaltung</b>		
1	Bundesamt für Gesundheit BAG	Schweizer Nährwertdatenbank
2	Bundesamt für Gesundheit BAG	Swiss Paediatric Surveillance Unit, SPSU (Erfassung seltener Krankheiten bei Kindern)
3	Bundesamt für Gesundheit BAG, Abteilung Übertragbare Krankheiten	Obligatorisches Meldesystem für Infektionskrankheiten
4	Bundesamt für Gesundheit BAG, Bereich Statistik und Mathematik	Aufsichtsdaten über die Krankenversicherer
5	Bundesamt für Gesundheit BAG, Bereich Statistik und Mathematik	Aufsichtsdaten über die Krankenversicherer Aufsichtsdaten über die Krankenversicherer IPV, in der Krankenversicherung
6	Bundesamt für Gesundheit BAG, Bereich Statistik und Mathematik	Krankenversicherungs-Datenbank, KKDB (Geschäftsdaten der KVG-Versicherer)
7	Bundesamt für Gesundheit BAG, Sektion Medizinalprüfungen	Eidgenössische Medizinalprüfungen, MEDUSE
8	Bundesamt für Gesundheit BAG, Facheinheit Sucht und Aids	Nationale Methadon-Statistik
9	Bundesamt für Gesundheit BAG, Facheinheit Sucht und Aids	Patientendatenbank Heroingestützte Behandlung, HeGeBe
10	Bundesamt für Gesundheit BAG, Sektion Meldesysteme, Sentinella	Sentinella – Überwachung impfverhütbarer Krankheiten
11	Bundesamt für Gesundheit BAG, Zentrales Dosisregister	Zentrales Dosisregister (Beruflich strahlenexponierte Personen)
12	Suva, Militärversicherung	Informationssystem der Militärversicherung, ISM II
13	Bundesamt für Polizei BAP, Dienst für Analyse und Prävention	Betäubungsmittel-/BTM-Statistik
14	Bundesamt für Privatversicherungen BPV	Traitement Electronique des Données des Assurances Privées, TEDAP (Betriebsdaten Privatversicherer)
15	Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Bereich Statistik 1	Hilflosenentschädigungen der IV/AHV
16	Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Bereich Statistik 1	Renten der Invalidenversicherung, IV-Renten
17	Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Bereich Statistik 1	Sachleistungen der Invalidenversicherung, IV-Sachleistungen
18	Bundesamt für Sozialversicherung BSV, Kompetenzzentrum Grundlagen, Bereich Statistik	SPILEX-Statistik
19	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Arbeit und Erwerb	Schweizerische Arbeitskräfteerhebung, SAKE
20	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Bevölkerungsentwicklung	Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung, BEVNAT
21	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Diagnosebezogene Fallkosten, FK
22	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Krankenhausstatistik
23	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Medizinische Statistik der Krankenhäuser
24	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Schweizerische Gesundheitsbefragung, SGB – Mikrozensus Gesundheit
25	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA-ISPA	Statistik der ambulanten Behandlung und Betreuung im Alkohol- und Drogenbereich, SAMBAD
26	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Statistik der Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens (Synthesestatistik)
27	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Statistik der sozialmedizinischen Institutionen
28	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Gesundheit	Todesursachenstatistik
29	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Unternehmensstruktur	Betriebszählung
30	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Politik, Kultur und Medien	Eidgenössische Volksabstimmungen, POLSTA
31	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Preise	Einkommens- und Verbrauchserhebung, EVE
32	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Preise	Spitaltarif-Index (Index der Spitaltarife im Rahmen des Konsumentenpreisindex)
33	Bundesamt für Statistik BfS, Sektion Kriminalität und Strafrecht	Opferhilfestatistik, OHS
34	Bundesamt für Statistik BfS, Abteilung Raumwirtschaft und Nachhaltigkeit, Sektion Verkehr	Strassenverkehrsunfälle
35	Eidgenössische Alkoholverwaltung EAV	Alkoholverbrauch
36	Eidgenössische Finanzverwaltung EFV	Statistik der öffentlichen Finanzen
37	VBS, LBA, Sanität, Militärärztlicher Dienst	Medizinisches Informationssystem der Armee, MEDISA
<b>Übrige DatenproduzentInnen Schweiz</b>		
38	CSS Versicherung AG	DataWareHouse CSS (Daten der CSS-Versicherten)
39	FMH – Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte	Ärztregister der FMH
40	Gemeinsame Einrichtung KVG	Daten Risikoausgleich
41	gfs.bern	Gesundheitsmonitor (Monitor der Gesundheitspolitik)
42	IMS HEALTH GmbH	Apotheken/SD-Ärzte-Index Schweiz (Gesamtumsatz von Medikamenten in Apotheken und bei nieder- gelassenen Ärzten)
43	IMS HEALTH GmbH	OTC-Index Schweiz (Gesamtumsatz von rezeptfreien Medikamenten in Apotheken und Drogerien)

Nr	DatenproduzentIn	Name der Datenbank
44	IMS HEALTH GmbH	SDI Schweiz. Diagnosen-Index
45	IMS HEALTH GmbH	Sekundärstatistik IMSHealth (Dichte von Leistungserbringern)
46	IMS HEALTH GmbH	Spitalmarktmonitor Schweiz (Medikamenteneinkäufe der Spitäler)
47	Institut für Gesundheit und Ökonomie ISE	NURSING data (Daten über die Pflege)
48	Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung ISGF	Basisstatistik des Forschungsverbundes stationäre Suchttherapie act-info-FOS
49	NewIndex	Datenpool NewIndex und Schweizer Ärzte (TrustCenter)
50	Sammelstelle für die Statistik der Unfallversicherung SSUV, c/o Suva	Unfallstatistiken UVG
51	Santésuisse – die Schweizer Krankenversicherer	Santésuisse-Datenpool (Daten der beim Datenpool angeschlossenen Krankenversicherer)
52	Schweizerische Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme SFA-ISPA	Gesundheitsverhalten von Schulkindern – eine international vergleichende Trendstudie (Health Behaviour in School-Aged Children, HBSC)
53	Schweizerische HIV-Kohortenstudie	Schweizerische HIV-Kohortenstudie (Swiss HIV Cohort Study, SHCS)
54	Schweizer Haushalt-Panel SHP	Schweizer Haushalt-Panel, SHP
55	Schweizerisches Rotes Kreuz SRK	Anerkannte Ausbildungsabschlüsse des Schweizerischen Roten Kreuzes, SRK
56	Swiss Teratogen Information Service, Hôpital Beaumont, Lausanne	Swiss Teratogen Information Service, STIS (Medikamentenrisiken in der Schwangerschaft)
57	Vereinigung schweizerischer Krebsregister VSKR	Krebsregister, Zentrale Datenbank der Vereinigung schweizerischer Krebsregister, VSKR
<b>Internationale DatenproduzentInnen</b>		
58	Organisation of Economic Cooperation and Development OECD	OECD-Gesundheitsdaten / OECD Health Data
59	World Health Organisation WHO	WHO Health for all Database

Quelle: Strub / Roth (2006)