

Fachmedienmitteilung

Wirksamkeit von Managed Care auf dem Prüfstand

Neuchâtel, 30. Januar 2006. Mit Managed Care-Modellen, etwa in HMO-Praxen, können wesentliche Kosteneinsparungen bei der Behandlung von Patienten erzielt werden. Dieses Ersparnis könnte einerseits daher rühren, dass auf unnötige Behandlungen verzichtet wird. Andererseits könnte dahinter auch eine Qualitätseinbusse stecken. Eine Studie des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums kommt jetzt zum Schluss, dass solche und andere wichtige Fragen derzeit wissenschaftlich nicht abschliessend beantwortet werden können. In der Schweiz fehlen dafür noch die statistischen Grundlagen, und auch internationale Erfahrungen liefern zwar deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit des Managed Care, jedoch nur teilweise wissenschaftliche Belege. Solche werden aber nötig sein, um Managed Care und seinen Instrumenten zu einem weiteren Durchbruch zu verhelfen.

In der Schweiz sind die Modelle des Managed Care seit 1996 im Krankenversicherungsgesetz (KVG) verankert. Auf Basis einer Sonderregelung wurden allerdings schon 1990 erste HMO-Praxen¹ als Pilotprojekte eingeführt. Heute gibt es in der Schweiz 19 solcher HMO-Praxen mit rund 100 000 Versicherten und zahlreiche Hausarztnetze² mit rund 390 000 Versicherten. Im Vergleich zur traditionellen Versorgung lassen sich mit HMOs Einsparungen von 20 bis 40 Prozent erzielen. Die Ärztenetze sind 7 bis 20 Prozent günstiger.

Trotz dieser ermutigenden Resultate ist die weitere Verbreitung von Managed Care-Modellen ins Stocken geraten. Viele Ärzte befürchten, dass ihre Autonomie und ihr Einkommen beschnitten werden. Auch die Mehrzahl der Versicherten möchte nicht auf die freie Arztwahl verzichten und hat Angst vor Qualitätseinbussen bei der Behandlung. Folglich gibt es eine deutliche Zurückhaltung bezüglich der Modelle und der Instrumente³ des Managed Care.

Diese Zurückhaltung ist insofern verständlich, als der wissenschaftliche Nachweis für die Wirksamkeit von Managed Care bislang erst ansatzweise erbracht ist, denn dies stellt sowohl hinsichtlich Methodik als auch hinsichtlich Datenbasis enorm hohe Anforderungen. Die erzielte Kostenersparnis muss dabei mit dem erreichten medizinischen Ergebnis in Beziehung gesetzt werden. Nur so kann festgestellt werden, ob mit den Einsparungen Qualitätseinbussen verbunden sind oder tatsächlich unnötige Behandlungen verhindert werden.

Die Autoren der vorliegenden Studie haben nicht weniger als 1 500 Publikationen aus Europa und der Schweiz zu dieser Fragestellung gesichtet und die 45 relevantesten detailliert ausgewertet. Trotz dieser Fülle von Informationen kann kein generelles Urteil über die Wirksamkeit von Managed Care-Modellen gefällt werden. Es konnte bisher einzig der Nachweis für die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit für einzelne solcher Instrumente erbracht werden. Die Autoren befürworten deshalb eine vertiefte und allfällige qualitative Unterschiede einschliessende Untersuchung der

¹ HMO = Health Maintenance Organization; Managed Care-Organisation, welche die umfassende Bereitstellung und Finanzierung der medizinischen Versorgung ihrer Versicherten übernimmt.

² Hausarztmodell = Ärztliches Betreuungsmodell, in welchem der Hausarzt die Grundversorgung sicherstellt, über Überweisungen zum Facharzt oder ins Spital entscheidet und das Leistungsgeschehen steuert.

³ In der vorliegenden Studie wurden folgende Managed Care-Instrumente vertieft untersucht: Gatekeeping, Case Management, Guidelines, Disease Management, Demand Management und Vergütungsart.

bisher am besten evaluierten Bereiche wie den HMOs, Hausarztmodellen, den Guideline-gestützten Behandlungsprozessen und den alternativen Vergütungsformen (wie z.B. Kopfpauschalen).

«Um in der Schweiz die gesundheitspolitische Diskussion bezüglich Managed Care auf eine wirklich solide Basis zu stellen, müssen somit noch erhebliche Anstrengungen geleistet werden», sagt Paul Camenzind vom Schweizerischen Gesundheitsobservatorium. «Erste Voraussetzung hierfür ist, dass eine entsprechende Datenbasis im Bereich der ambulanten Versorgung – also ausserhalb von Spitälern und anderen stationären Einrichtungen – geschaffen wird.» Neben den Informationen, welche durch das Tarifsysteem TARMED anfallen, könnte auch eine Statistik der ambulanten Versorgung wesentliche Impulse liefern. Eine solche wird derzeit beim Bundesamt für Statistik konzipiert und vorbereitet. Diese könnte somit in zwei bis drei Jahren ausgewertet werden.

Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine Organisationseinheit des Bundesamtes für Statistik, die im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik entstanden ist und von Bund und Kantonen einen Leistungsauftrag erhält. Das Gesundheitsobservatorium analysiert die vorhandenen Gesundheitsinformationen in der Schweiz. Es unterstützt Bund, Kantone und weitere Institutionen im Gesundheitswesen bei ihrer Planung, ihrer Entscheidungsfindung und in ihrem Handeln.

Peter Berchtold, Kurt Hess: 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, CHF 15.--, ISBN Nr. 3-907872-29-0 und 978-3-907872-29-1

Weitere Auskünfte erhalten Sie bei:

Paul Camenzind, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Tel. 032 713 69 83

E-mail: paul.camenzind@bfs.admin.ch

www.obsan.ch