

Aus den Erfahrungen der Vereinigten Staaten lernen?

Die aktuellen Entwicklungen in den USA lassen es wenig ratsam erscheinen, den Weg über Managed Care hin zu Evidence Based Medicine in Deutschland zu wiederholen.

*von Karl Lauterbach und Markus Lungen**

Evidence Based Medicine und Managed Care sind Instrumente, die häufig genannt werden, um die Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitswesens zu gestalten. Häufig ist jedoch unklar, wo die Unterschiede zwischen diesen Ansätzen liegen und worin die vermuteten oder vermeintlichen Abhängigkeiten zwischen beiden Konzepten bestehen. Nach der Definition von Sackett ist Evidence Based Medicine die bewußte, ausdrückliche und verständliche Nutzung der jeweils besten Evidenz bei Entscheidungen über die Versorgung individueller Patienten. Um diese beste Evidenz bei der Versorgung anwenden zu können, bedient sich Evidence Based Medicine im wesentlichen standardisierter medizinischer und gesundheitsökonomischer Reviews sowie evidenzbasierter Leitlinien.

Leitlinien und Reviews

Ziel der medizinischen Reviews ist es, einen validen Überblick über den Stand der Forschung in einem medizinischen Bereich zu geben. Standardisierte medizinische Reviews werden nach strikten Kriterien zusammengestellt, wie sie zum Beispiel von der Cochrane-Collaboration unterstützt werden. Zur Zeit genügen jedoch bei weitem nicht alle Reviews diesen Kriterien.

Neben den rein medizinischen Reviews beziehen standardisierte ökonomische Reviews auch die Ko-

sten der Behandlung mit ein. Damit ändert sich die Sichtweise von der Effektivität einer Maßnahme (dem Grad der Zielerreichung) zur Effizienz einer Maßnahme (dem Verhältnis von Kosten und Nutzen).



Professor Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach von der Universität Köln plädiert dafür, die Vorteile von Evidence Based Medicine anzustreben ohne die Nachteile von Managed Care zu erleiden. Foto: bre

Die Effizienz, insbesondere der Nutzen, muß dabei nicht unbedingt in Geldeinheiten ausgedrückt werden. Üblicherweise werden medizinische Meßgrößen ins Verhältnis zu den zur Erreichung dieser Indikatoren entstehenden Kosten gesetzt. Die Vergleichsgröße lautet beispielsweise DM pro gemessener Blutdrucksenkung in mmHg oder auch DM pro gewonnenem Lebensjahr.

Der medizinische Indikator richtet sich selbstverständlich nach den zugrundeliegenden Sachverhalten. Auch für standardisierte ökonomische Reviews wurden Kriterien entwickelt. Ein Beispiel findet sich in den Richtlinien für gesundheitsökonomische Studien des „British Medical Journals“ (BMJ).

Evidenzklassen

Evidenz-basierte Leitlinien gehen über einen standardisierten Re-

view hinaus, indem sie neben der Zusammenfassung der Evidenz auch noch Handlungsempfehlungen für den behandelnden Arzt aussprechen. Kriterien für die Erstellung von Leitlinien stellen unter anderem die „AHCPR-Guidelines“ dar. Danach wird bei der Bewertung der Literatur eine Einteilung in sechs Evidenzklassen vorgenommen. Die Evidenzklasse einer Studie richtet sich nach der Methodik, wie die Evidenz der Studie gesichert wurde. Die höchste Evidenzklasse erhalten Studien, die ihre Evidenz über Metaanalysen von randomisierten, kontrollierten Studien aufgebaut haben. Den niedrigsten Härtegrad erhalten Studien, die ihrer Evidenz Berichte oder Meinungen von Expertenausschüssen oder auch der klinischen Erfahrung von anerkannten Autoritäten des medizinischen Fachgebietes zugrunde legen.

Konsensusleitlinien

Neben den Evidenz-basierten Leitlinien existieren auch sogenannte Konsensusleitlinien. Die Abgrenzung besteht darin, daß Konsensus-basierte Leitlinien lediglich auf dem subjektiven Votum von Experten und nicht auf randomisierten klinischen Studien beruhen.

Durch die Einbeziehung von Kosten berücksichtigt die Evidence Based Medicine sowohl Distributionsaspekte, das heißt die Möglichkeiten der Zuordnung der Gesundheitsdienstleistungen zu den Patien-

*Professor Dr. med. Dr. sc. Karl Lauterbach ist Leiter des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln. Dipl.-Volksw. Markus Lungen ist Mitarbeiter des Instituts.

Managed Care – Chance oder Risiko?

ten, als auch Allokationsaspekte, also die Zuordnung der Produktionsfaktoren zu den Gesundheitsleistungen. Eine Ausrichtung von Therapieempfehlungen an der „Best Medical Practice“ wäre für den behandelnden Arzt wenig sinnvoll, wenn diese überhaupt nicht finanzierbar ist für die breite Masse der Patienten. Doch auch bei gesicherter Finanzierung im Einzelfall ist zu überlegen, ob die zusätzlich eingesetzten Ressourcen an anderer Stelle einen größeren Output ergeben können.

Evidence Based Medicine und Managed Care

Managed Care (MC) hat auf den ersten Blick einige Gemeinsamkeiten mit Evidence Based Medicine. So thematisiert auch MC das Verhältnis zwischen Arzt und Patienten und möchte unter Umständen die Therapiewahl beeinflussen. Auch bei MC werden die Kosten der Behandlung thematisiert. Dennoch ergeben sich bei genauerem Hinsehen entscheidende Unterschiede.

Während Evidence Based Medicine den wissenschaftlich unabhängigen Blick eines neutralen Vermittlers zwischen Arzt und Patienten einnimmt, bezieht MC auch die Sicht der Krankenversicherer mit ein. Die Sicht auf die Kosten der Behandlung ist dadurch zwangsläufig unterschiedlich. Evidence Based Medicine gibt Hinweise zur Behandlung konkreter Patienten, um für die Gesellschaft als ganzes eine Optimierung des Outputs der medizinischen Behandlung zu erreichen. MC verfolgt demgegenüber auch wirtschaftliche Interessen und berücksichtigt gezwungenermaßen den Blick einer Krankenversicherung, deren Zielsetzungen weder mit denen der Gesellschaft noch mit den individuellen Bedürfnissen der Patienten übereinstimmen müssen.

Mit anderen Worten wird im MC-Ansatz nicht die Relation zwischen zwei oder mehr Behandlungsmethoden verglichen, um den höchsten Output pro Geldeinheit zu er-

halten, sondern es werden die absoluten Kostendifferenzen betrachtet, wobei der medizinische Output als weitgehend konstant oder eine bestimmte Schwelle nicht unterschreitend angenommen wird.

Bei MC handelt es sich demnach eher um eine Managementmethode, die unter starker Betonung ökonomischer Aspekte das Arzt-Patient-Verhalten beeinflussen möchte. Dies kann unter Bezugnahme auf Evidenz-basierte Medizin oder auch Evidenz-basierte Leitlinien geschehen, tut es jedoch im seltensten Fall. Da als Folge von Evidence Based Medicine vielmehr eine Kostensteigerung auftreten kann, besteht häufig gar ein Zielkonflikt zwischen Evidence Based Medicine und MC.

Kriterium	Evidence Based Medicine	Managed Care
Zielrichtung	Anwendung der besten Evidenz bei der Patientenbehandlung	Kontrolle der Kosten bei der Patientenbehandlung
(Ökonomische) Zielgröße	Output pro Geldeinheit. Ausgabesteigerung oder -senkung möglich	Absolute Kostendifferenzen. Ausgabenbegrenzung angestrebt
Zielgruppe	Arzt und Patienten	Krankenversicherung, Arzt und Versicherter
Art der Gütekriterien	Explizit vorgegeben, kontrollierbar und öffentlich zugänglich	Nicht vorgegeben, nicht kontrollierbar, teilweise zugänglich
Instrumente	Medizinische und ökonomische Reviews, Evidenz-basierte Leitlinien	Utilization Review, Physician Profiling, Gate Keeping, Capitation, Case Management, Arzneimittellisten (Drug Formularies)

Die primär von MC eingesetzten Methoden sind die Überprüfung des Ressourcenverbrauchs (Utilization Review), die Gegenüberstellung von Behandlungsergebnissen verschiedener Leistungsanbieter (Physician Profiling), die Beschränkung des Zugangs zu medizinischen Leistungen (Gate Keeping) und die generell verstärkte Nutzung von Anreizen zur Erreichung wirtschaftlicher Vorgaben (wie z.B. über den Capitation Ansatz, der Kopfpauschalen pro Patient vorsieht).

Die Förderung oder der Einsatz von Evidence Based Medicine gehört nicht zu den bevorzugten Methoden von Managed Care-Organisationen. Wenn derzeit dennoch einige Versicherungsunternehmen ihre Unterstützung von Evidence Based Medicine herausstellen, so beruht dies darauf, daß

der Begriff in den USA in der Öffentlichkeit positiv besetzt ist.

Dies ist beim Begriff Managed Care nicht mehr der Fall. Die Nachteile von Managed Care wie Risiko-selektion, mangelnde Transparenz der Methoden und die aus betriebswirtschaftlichen Gründen drohende Vorenthaltung von medizinisch sinnvollen Leistungen hat zu einem starken Vertrauensverlust geführt. Dieser konnte auch nicht dadurch aufgehoben werden, daß MC im Durchschnitt gesehen keine schlechtere Versorgungsqualität als der Sektor außerhalb von Managed Care liefert.

Die Tabelle auf dieser Seite stellt die Argumente und Instrumente von Evidence Based Medicine und Managed Care gegenüber.

Die aktuellen Entwicklungen in den USA lassen es wenig ratsam erscheinen, den Weg über MC hin zu Evidence Based Medicine in Deutschland zu wiederholen. Vielmehr erscheint es sinnvoller, die durch Evidence Based Medicine möglichen Vorteile anzustreben, ohne die Nachteile von MC vorher zu erleiden.

Die Vorteile von Evidence Based Medicine setzen in der Praxis vor allem bei dem Arzt-Patienten-Verhältnis an. So ist es unverständlich, warum Patienten mit gleichen Erkrankungen unterschiedlich wirksame Therapien erhalten, obwohl die beste Evidenz zur Therapie in Studien geklärt wurde und eventuell sogar darauf basierende Leitlinien mit konkreten Handlungsempfehlungen vorliegen.

Es besteht großer Nachholbedarf in der Verbreitung und Anwendung von neuesten medizinischen Erkenntnissen in die medizinische Praxis, wobei eine alleinige Veröffentlichung der neuesten Studienergebnisse oder die Verteilung von Leitlinien nicht ausreicht. Studien haben nachgewiesen, daß die meisten Ärzte keine Holschuld in Bezug auf die Anwendung neuester medizinischer Erkenntnisse erkennen können, sondern auf eine Bringschuld von Forschungsinstituten, Fachgesellschaften und der Politik vertrauen.

Dies kann bei einer Weiterentwicklung des Gesundheitssystems nicht ignoriert werden und muß durch aktive und wirkungsvolle Verbreitung der Ideen und Inhalte von Evidence Based Medicine beantwortet werden. Wenn dies gelingt und dadurch die optimale medizinische Versorgung auch unter der Bedingung begrenzter Ressourcen verbessert werden kann, wäre ein wesentliches Lernziel aus dem Studium der US-amerikanischen Entwicklungen erreicht.

Literatur bei den Autoren.

schalabteilungen (Kopf-, Fall- oder Abteilungspauschalen).

- Neue Strukturen und Organisationsformen wie Ärztenetzwerke, HMOs, berufs- und institutionsübergreifende integrierte Versorgungsnetze.
- Neue Methoden der Prozeßgestaltung wie abteilungs- und institutionsübergreifende Patientenzugänge, Disease-Management.
- Neue Formen des Umgangs mit Wissen wie Evidence Based Medicine, elektronische Vernetzung,

Neue Instrumente im Orchester der Gesundheitspolitik

Das Gesundheitswesen steckt in einer kulturellen Krise. Diese zu überwinden, erfordert einen echten Kulturwandel und nicht bloß Spielereien mit ökonomischen Anreizen.

von **Christian Marti***

Managed Care“ ist im Begriff, das bisherige System der Gesundheitsversorgung, die „unmanaged care“, abzulösen. Warum?

Qualität und Kosten der Gesundheitsversorgung stimmen nicht mehr überein. Patienten stellen fest, daß sie qualitativ weniger gut betreut werden als ihnen dies weisgemacht wird. Bürger, Versicherungen und Politiker klagen über die jährlich steigenden Gesundheitskosten. Das jetzige System ist geprägt durch eine extreme Zersplitterung der medizinischen und ökonomischen Verantwortung. Die medizinischen Möglichkeiten werden systematisch übertrieben. Wohlmeinende Experten bevormunden die Laien. Anreize für einen haushälterischen Umgang mit knappen Ressourcen fehlen. Liefert Managed Care das Rüstzeug, diese zahlrei-

chen Systemkrankheiten zu kurieren?

Neue Instrumente

Managed Care stellt verschiedenste Instrumente zur Steuerung der Gesundheitsversorgung bereit. Beispiele solcher Instrumente sind:

- Patient Empowerment: dieses schafft Rahmenbedingungen, welche es den Patienten erlauben sollen, vermehrt mitzuzuscheiden und Eigenverantwortung zu übernehmen.
- Neue Finanzierungsformen wie Bonus-Prämienysteme oder Pau-

Neue Töne

Einige dieser Instrumente wendet die Ärztengruppe WintiMed im Praxisalltag an. Zusammen mit einigen Krankenversicherern hat sie 1994 das erste Hausarztmodell der Schweiz verwirklicht. Seither haben sich die 25 WintiMed-Ärztinnen und -Ärzte aus Einzelkämpfern zu einer lern- und konfliktfähigen Gruppe entwickelt. Mit ihren neuen Instrumenten sorgt die WintiMed-Gruppe für neue Töne im Orchester der lokalen und nationalen Gesundheitspolitik.

Im Sinne des Patient Empowerment versucht WintiMed erstmals mit einem Rundschreiben, die Versicherten und Patienten zu kritischen Fragen zu ermutigen, beispielsweise zur Kataraktoperation. In der Schweiz werden noch viele Kataraktoperationen stationär und mit überflüssiger ärztlicher Assistenz durchgeführt, besonders wenn der Patient Zusatzversichert ist. Beides führt zu erheblichen Mehrkosten ohne überzeugenden Qualitätsgewinn. Die Kataraktoperation ist ein Musterbeispiel dafür, wie stark nicht nur medizinische, sondern auch finanzielle Gründe manchmal Operations- und andere

Das schweizer Hausarztmodell

In den schweizer Hausarztmodellen verpflichten sich die Patienten, mit allen gesundheitlichen Problemen ihren Hausarzt aufzusuchen, der sie bei Bedarf an Spezial- oder Krankenhausärzten weiterverweist. Im Gegensatz zu Deutschland erhalten die Hausarztmodell-Versicherten in der Schweiz prinzipiell einen Prämienrabatt. Verträge können direkt zwischen Ärztengruppen und Versicherungen ausgehandelt werden. Das Einverständnis der ärztlichen Standesorganisationen ist nicht erforderlich.

*Dr. med. Christian Marti ist Präsident des „Forum Managed Care“ und Geschäftsführer der hausärztlichen Vereinigung WintiMed AG in Winterthur, Schweiz.