
Koordinationsbedarf leistungsintensiver Patienten

Zusammenfassung

Studie im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit

Beat Brüngger (Helsana)

Barbara Fischer (Polynomics)

Mathias Früh (Helsana)

Dr. Roland Rapold (Helsana)

Dr. Oliver Reich (Helsana)

Dr. Harry Telser (Polynomics)

Dr. Maria Trottmann (Polynomics)

Impressum

Vertragsnummer: 14.007634

Laufzeit: 20.08.2014 – 31.01.2015

Leitung Forschungsprojekt im BAG: Tamara Bonassi, Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

Der vorliegende Bericht wurde vom BAG extern in Auftrag gegeben, um eine unabhängige und wissenschaftlich fundierte Antwort auf zentrale Fragen zu erhalten. Die Interpretation der Ergebnisse, die Schlussfolgerungen und allfällige Empfehlungen an das BAG und andere Akteure können somit von der Meinung, respektive dem Standpunkt des BAG abweichen.

Der Entwurf des Berichts war Gegenstand einer Qualitätskontrolle unter der Federführung der Fachstelle E+F des BAG.

Bezug: Fachstelle Evaluation und Forschung (E+F)

Bundesamt für Gesundheit, 3003 Bern

forschung@bag.admin.ch

www.bag.admin.ch/forschung

In Kürze

Studienziel

Die vorliegende Arbeit ist eine von fünf Studien, mit denen das Bundesamt für Gesundheit (BAG) derzeit im Hinblick auf die anfangs 2015 stattfindende zweite nationale Konferenz «Gesundheit2020» Wissen zum Thema koordinierte Versorgung sammelt. Der Fokus in dieser Studie liegt auf der Auswertung von Versicherungsdaten im Zusammenhang mit koordinierter Versorgung. Insbesondere soll die Studie Indizien liefern, welche leistungsintensiven Patientengruppen bestehen, durch welche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sich diese charakterisieren und ob ein Koordinationsbedarf abgeleitet werden kann.

Deskriptive Profile leistungsintensiver Patientengruppen

Eine Übersicht über die relevante Literatur hat gezeigt, dass zwei Faktoren verantwortlich sein können, dass eine Krankheit sehr hohe Gesundheitsausgaben nach sich zieht. Zum einen können sehr viele Personen davon betroffen sein, d. h. die Krankheit hat eine hohe Prävalenz, und zum anderen kann die Behandlung eines einzelnen Patienten sehr teuer sein. Bei den Krankheiten, die in der Schweiz insgesamt die höchsten Gesundheitsausgaben nach sich ziehen, gibt es sowohl hochprävalente Krankheiten mit eher niedrigen Behandlungskosten pro Patient (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) als auch etwas weniger verbreitete Krankheiten, die aber in der Behandlung sehr teuer sind (z. B. Krebs). Aus diesem Grund haben wir uns entschieden, sowohl die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen der fünf Krankheitsgruppen mit den höchsten Gesamtausgaben als auch der fünf Krankheitsgruppen mit den höchsten mittleren Individualausgaben zu analysieren.

Versicherungsdaten sind für eine Analyse der Ausgaben pro Krankheit nur eingeschränkt nutzbar. Das grösste Problem liegt darin, dass die Versicherer im ambulanten Bereich keine Diagnosedaten erhalten und deshalb die Erkrankungen der Versicherten nicht bekannt sind. Die einzige Möglichkeit für eine Analyse von verschiedenen Krankheitsgruppen ist deshalb eine Klassifizierung der Patienten in sogenannte pharmazeutische Kostengruppen (PCG). Die Idee hinter den PCG ist, dass die Versicherten mit einer (chronischen) Krankheit an ihren Abrechnungen für Medikamente zu erkennen sind, von denen bekannt ist, dass sie vorwiegend für eine bestimmte Erkrankung verschrieben werden. So werden beispielsweise Patienten, die im Vorjahr Insulin bezogen haben, in eine Diabetikergruppe eingeteilt. Dabei kann ein Patient mehreren PCG zugeteilt werden. Diese Methode wird in empirischen Arbeiten häufig angewendet, kann aber zum Teil ungenau sein, denn manche Medikamente werden für unterschiedliche Indikationen eingesetzt und es ist unklar, ab welcher Medikamentenmenge ein Versicherter in eine PCG eingeteilt werden soll, um z. B. nur chronische Erkrankungen zu identifizieren. Die absoluten Prävalenzahlen von so ermittelten Krankheitsgruppen müssen deshalb mit Vorsicht interpretiert werden.

Im Helsana-Datensatz haben wir auf diese Weise zehn krankheitsbasierte Gruppen von leistungintensiven Patienten definiert. Die *fünf pharmazeutischen Kostengruppen mit den höchsten Gesamtausgaben* sind

1. Psychische Erkrankungen
2. Schmerzen
3. Kardiovaskuläre Erkrankungen
4. Rheumatische Erkrankungen
5. COPD/Asthma

Die *fünf pharmazeutischen Kostengruppen mit den höchsten mittleren Individualausgaben* sind

6. HIV
7. Krebs
8. Psychosen
9. Diabetes Mellitus
10. Parkinson

Zusätzlich haben wir noch *drei krankheitsübergreifende Gruppen* definiert, von denen hohe Behandlungskosten zu erwarten sind. Es handelt sich dabei um:

11. Multimorbide ältere Personen (ab 65 Jahren mit 2 oder mehr chronischen Erkrankungen bzw. PCG)
12. Personen im letzten Halbjahr vor dem Tod (alle, < 70-Jährige und ≥ 70-Jährige)
13. Vom Sozialdienst unterstützte Personen

Die deskriptive Analyse dieser Gruppen zeigt als erstes, dass *Multimorbidität* vor allem im Alter stark verbreitet ist. Während unter 65-Jährige durchschnittlich 1.3 Erkrankungen aufweisen bzw. pharmazeutischen Kostengruppen zugeordnet werden, liegt dieser Wert bei den über 64-Jährigen bei 3.2 Erkrankungen. Multimorbidität ist zudem in den hochprävalenten Krankheitsgruppen stark verbreitet. Die Mehrheit der Patienten mit psychischen Erkrankungen werden beispielsweise zusätzlich mit Medikamenten gegen Schmerzen sowie kardiovaskulären und rheumatischen Erkrankungen behandelt. Als Folge dieser Multimorbidität sind die meisten Patienten auch bei mehreren Ärzten in Behandlung, was einen Bedarf an Koordination mit sich bringt.

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen unterscheidet sich innerhalb der ersten fünf Gruppen mit hohen Gesamtkosten nicht wesentlich. Alle Gruppen beanspruchen zwar eindeutig mehr Leistungen als der Durchschnitt, die Anzahl Konsultationen bei Grundversorgern und Spezialisten, die Anzahl involvierter Leistungserbringer sowie die Aufenthaltsdauern im Spital unterscheiden sich jedoch nicht wesentlich zwischen den Gruppen. Dies liegt zum einen an der hohen Prävalenz in diesen Gruppen. Dadurch gibt es grosse Kollektive, in denen einzelne Un-

terschiede ausgeglichen werden. Zum anderen sorgt der hohe Anteil der Multimorbiden dafür, dass viele Patienten in mehreren Gruppen vertreten sind, was die Unterschiede zwischen den Gruppen reduziert. Eine genauere Zuteilung der Inanspruchnahme auf die einzelnen Krankheiten ist aufgrund der fehlenden Diagnosedaten leider nicht möglich.

Die fünf Krankheitsgruppen mit den hohen Patientenkosten (Gruppen 6-10) unterscheiden sich untereinander stärker. Die aufgrund der geringeren Prävalenz kleineren Gruppen sind in sich homogener und Unterschiede zwischen den Gruppen treten deshalb stärker zu Tage. Beispielsweise beanspruchen Personen mit Krebs, Psychosen oder Parkinson im Durchschnitt deutlich mehr Leistungen (Anzahl Konsultationen und Spitalaufenthalt) als der Durchschnitt. Zudem werden auch mehr unterschiedliche Ärzte konsultiert. HIV-Patienten beanspruchen, abgesehen von der Anzahl Besuche in Spitalambulatorien, im Gegensatz zu den übrigen Gruppen deutlich weniger ärztliche Leistungen. Bei dieser Gruppe machen die Medikamentenausgaben einen Grossteil der Gesundheitsausgaben aus.

Bei der krankheitsübergreifenden Gruppe der Personen im letzten Halbjahr vor dem Tod fällt vor allem die starke Inanspruchnahme der stationären Infrastruktur auf. Rund 70% weisen Hospitalisationen auf. Insbesondere zeigen sich im Vergleich zum Durchschnitt sehr lange Spitalaufenthaltsdauern. Des Weiteren zeigt sich, dass Sozialhilfeempfänger deutlich leistungsintensiver sind als der Durchschnitt. Sie finden sich häufiger in den Krankheitsgruppen rheumatische Erkrankungen, Schmerzen, Magenenerkrankungen sowie psychische Erkrankungen und sind öfter multimorbid. Insgesamt verursachen sie jährlich durchschnittlich rund 1'700 CHF höhere Gesundheitsausgaben als Versicherte, die nicht vom Sozialamt unterstützt werden.

Empirische Analyse des Koordinationsbedarfs

Koordinationsbedarf ist ein empirisch kaum fassbares Konzept. Es lässt sich zwar grundsätzlich sagen, wann ein Koordinationsbedarf überhaupt besteht, nämlich wenn (i) die Koordination mangelhaft ist und (ii) durch bessere Koordination die Behandlungsqualität gesteigert oder der Ressourcenverbrauch vermindert, d. h. die Effizienz der Behandlung verbessert werden könnte. Um den Koordinationsbedarf aber tatsächlich zu bestimmen, müsste man zum einen die Koordination der bestehenden Behandlungen messen können und zum anderen wissen, welches Niveau die optimale Koordination aufweisen sollte. Beides ist nur ansatzweise möglich.

Diese Einschränkungen treffen auch auf diese Studie zu. Als Alternative analysieren wir deshalb Patientengruppen, von welchen erwartet wird, dass sie sich hinsichtlich ihres Koordinationsbedarfs unterscheiden. Eine aus früheren Studien gut etablierte und in den Krankenversicherungsdaten identifizierbare Form der Versorgungskoordination sind Managed-Care-Verträge. Es ist davon auszugehen, dass die Versorgung der Patienten mit Managed-Care-Verträgen besser koordiniert ist als die Versorgung anderer Patienten. Unterscheiden sich die «gut koordinierten Patientengruppen» anhand der Behandlungsqualität oder anhand des Ressourcenverbrauchs von anderen Gruppen, liegt die Vermutung nahe, dass dies – zumindest teilweise – auf die verbesserte Koordination zurückzuführen ist.

Im Helsana-Datensatz haben wir die Unterschiede von Managed-Care-Versicherten in Bezug auf Qualitätsindikatoren (verschiedene Arten der Medikamentenverschreibung), Effizienzindikatoren (Häufigkeit von bildgebenden Verfahren und Behandlung von Bagatellerkrankungen) sowie bei der Inanspruchnahme von Leistungen bei chronischen Krankheiten untersucht. Es zeigt sich, dass bei den meisten Indikatoren Managed-Care-Versicherte besser abschneiden. Dies gilt auch, wenn wir in einer umfangreichen statistischen Analyse für Patientenunterschiede zwischen den beiden Gruppen wie Alter, Geschlecht, Gesundheitsausgaben im Vorjahr etc. kontrollieren, um so einen Effekt der Patientenselektion herauszufiltern. So haben Managed-Care-Versicherte beispielsweise weniger Antibiotikaverschreibungen oder sie erhalten weniger lange Benzodiazepine verschrieben. Ältere Managed-Care-Patienten weisen zudem weniger häufig potenziell inadäquate Medikationen auf, bei denen Medikamente verschrieben werden, die gemeinsam eingenommen zu unerwünschten Nebenwirkungen führen können. Bagatellerkrankungen werden bei Managed-Care-Versicherten weniger häufig in Spitalambulatorien behandelt, was auf eine effizientere Behandlungsform schliessen lässt. Zudem fallen bei der Behandlung von ausgewählten Chronikergruppen deutlich geringere Gesundheitsausgaben an. Einzig bei den bildgebenden Verfahren zeigen sich keine Unterschiede zwischen Managed-Care- und Standard-Versicherten.

Die Analyse zeigt allerdings auch, dass nicht alle Managed-Care-Modelle gleich gut abschneiden. Grundsätzlich schneiden vor allem Modelle gut ab, bei denen die Ärzte Budgetmitverantwortung haben und die bereits lange existieren sowie Telemedizin-Modelle, bei denen der Erstkontakt der Patienten telefonisch erfolgen muss. Im ersten Fall könnten sich gewisse Abläufe bereits seit längerem herausgebildet haben. Telemedizin auf der anderen Seite weist keine finanziellen Anreize für die Leistungserbringer in Form von Budgetmitverantwortung auf. Hier steht vielmehr die Gatekeeperfunktion des Erstkontakts im Vordergrund, was ein Koordinationselement enthält. Andere Managed-Care-Formen wie z. B. Listenmodelle zeigen nur vereinzelt Verbesserungen gegenüber der Standardversicherung.

Es ist allerdings nicht ausgeschlossen, dass ein Selektionseffekt bei den Ärzten für die gefundenen Unterschiede verantwortlich sein könnte, indem bisher vor allem Ärzte in Managed-Care-Modelle gewechselt haben, denen solche integrierte Versorgungsformen wichtig sind und die eine Auffassung von Medizin haben, die sich von der Mehrheit der Ärzte unterscheiden könnte.

Neben der Auswertung von Managed-Care-Versicherten haben wir zusätzlich geografische Unterschiede über die sieben vom Bundesamt für Statistik definierten Grossregionen der Schweiz untersucht. Es zeigt sich, dass vor allem im Tessin und in der Genferseeregion deutlich häufiger Benzodiazepine, Antibiotika und potenziell inadäquate Medikationen verschrieben werden. Ein Rückschluss auf Koordinationsdefizite in diesen Regionen ist damit aber noch nicht möglich. Es könnten auch andere Faktoren wie z. B. Unterschiede im Verständnis der optimalen medizinischen Behandlung dafür verantwortlich sein. Eher mit Koordinationsproblemen könnte hingegen in Verbindung gebracht werden, dass im Tessin und in eingeschränkterem Mass in der Nordwestschweiz Bagatellerkrankungen deutlich häufiger in Spitälern behandelt werden als dies in den anderen Regionen der Fall ist.

Schlussfolgerungen

Die in dieser Forschungsarbeit präsentierten deskriptiven Profile zeigen zwar, dass eine Mehrheit der leistungsintensiven Patienten bei unterschiedlichen Leistungserbringern in Behandlung ist. Es kann in dieser Studie anhand der Krankenversicherungsdaten allerdings nicht beurteilt werden, ob und wie die Leistungserbringer ihre Aktivitäten koordinieren und relevante Informationen austauschen. Diese Aktivitäten sind aber gerade essenzielle Bestandteile in Managed Care-Modellen und werden von uns als wichtiges Element erwartet bzw. vorausgesetzt. Nimmt man den Vergleich von Managed-Care- und Nicht-Managed-Care-Versicherten als Basis zur Messung allfälligen Koordinationsbedarfs, liefert diese Studie Hinweise, dass die medizinische Versorgung in der Schweiz in den vorhandenen Managed-Care-Netzwerken besser koordiniert wird als im «ungesteuerten» Teil des Gesundheitswesens. Gerade bei den chronischen Erkrankungen und damit, wegen der demografischen Entwicklung, vor allem bei der älteren immer multimorbiden werdenden Bevölkerung bietet diese Versorgungsform gewisse Effizienz- und Qualitätsvorteile.

Es zeigen sich jedoch Unterschiede zwischen den verschiedenen Arten von Managed-Care-Verträgen. Es kann daher nicht gefolgert werden, dass jede Initiative zur Verbesserung der Koordination immer zwangsläufig zum Erfolg führt. Dieser wird in jedem Fall von der konkreten Ausgestaltung der Koordination sowie von den beteiligten Akteuren abhängen. Es kann vermutet werden, dass die Eigenschaften und die höhere Motivation der beteiligten Ärzte wie auch die Vertragsgestaltung für die Unterschiede zwischen Managed-Care- und anderen Versicherten verantwortlich sind, so dass sich die Resultate in dieser Studie nur beschränkt verallgemeinern lassen.

Bei der vulnerablen Gruppe der von der Sozialhilfe unterstützten Personen ist eine verbesserte Koordination durch Ärztenetzwerke oder andere Koordinationsmassnahmen zu prüfen, um die Disparitäten zwischen den Gruppen auszugleichen. Insbesondere ist zu analysieren, wie die Koordination zwischen dem Gesundheitswesen und den sozialen Diensten stattfindet und ob diese verbessert werden könnte.



Polynomics AG
Baslerstrasse 44
CH-4600 Olten
www.polynomics.ch
polynomics@polynomics.ch
Telefon +41 62 205 15 70
Fax +41 62 205 15 80
