

Der Wert der koordinierten Versorgung in der Hausarztmedizin

Managed Care kann unnötige Herzkatheter verhindern

Corinne Chmiel^a, Oliver Reich^{b,c}

^a Institut für Hausarztmedizin, Universität und Universitätsspital Zürich; ^b Helsana-Gruppe; ^c santé24, SWICA Gesundheitsorganisation

In einem nicht Notfall-Setting empfehlen Guidelines eine nicht-invasive Ischämie-Diagnostik für die Mehrheit von Patienten, bei der eine koronare Herzerkrankung vermutet wird. Dennoch wird bei einem substanziellen Anteil dieser Patienten – ohne vorgängige nicht-invasive Ischämie-Diagnostik – eine invasive diagnostische Koronarangiographie durchgeführt; ohne dass daraus eine therapeutische Intervention resultiert.

Eine Frage der Kostenverantwortung und Koordination

Wie ist der Einfluss alternativer Versicherungsmodelle auf die Anzahl unnötig durchgeführter Koronarangiographien im Vergleich zur Standard-Grundversicherung (obligatorische Krankenpflegeversicherung, OKP)? Diese Frage wurde vom Institut für Hausarztmedizin Zürich anhand von Krankenversicherungsdaten zusammen mit der Helsana-Gruppe untersucht.

Eine Frage der Steuerung

In einem Gesundheitswesen wie dem der Schweiz, wo die Grundversicherung grundsätzlich freien Zugang zu allen Stufen der Gesundheitsversorgung garantiert, ist eine Steuerungsfunktion mit dem Ziel der optimalen medizinischen Versorgung schwierig zu koordinieren. Bei alternativen Versicherungsmodellen (AVM) nimmt der Versicherte freiwillige Einschränkungen in Bezug auf den Zugang zur medizinischen Versorgung in Kauf und erhält als Gegenleistung eine Prämienreduktion. AVM haben unterschiedliche Möglichkeiten der Steuerungsfunktion und können grundsätzlich in zwei Gruppen eingeteilt werden:

1. *Gate Keeping*(GK)-Modelle mit Steuerungsmechanismen, wie zum Beispiel telemedizinische Modelle und Hausarztmodelle ohne Budgetmitverantwortung;
2. *Managed Care*(MC) – respektive Hausarztmodelle mit Budgetmitverantwortung der partizipierenden Ärzte.

Eine Frage der Reihenfolge

In der Studie [1] wurden die Versicherungsdaten von 11250 Patientinnen und Patienten (>18 Jahre) analysiert, die in den Jahren 2012 bis 2015 eine elektive Koronarangiographie erhalten hatten. Als solche galten Koronarangiographien ohne zeitgleiche/nachfolgende Angioplastie (Stenting) oder kardiochirurgischen Eingriff – also invasive, diagnostische Untersuchungen ohne therapeutische Konsequenzen. Ausgeschlossen waren Patienten mit einem akuten Myokardinfarkt bzw. Notfalleingriffe. Erhoben wurde, ob diese Patienten zuvor eine angemessene nicht-invasive Diagnostik erhalten hatten, das heisst konkret eine oder eine beliebige Kombination der folgenden Untersuchungen:

- Belastungs-EKG;
- Transthorakale Ruhe-Echokardiographie;
- Stress-Echokardiographie;
- Myokard-Szintigraphie;
- Computertomographie des Herzens;
- Magnetresonanztomographie des Herzens.

Eine Frage der Notwendigkeit

Die Studie zeigte, dass von den untersuchten Patientinnen und Patienten 3044 (33,2%) eine Koronarangiographie ohne therapeutische Konsequenz und ohne vorausgehende nicht-invasive Untersuchung erhalten hatten. Im Vergleich zur Patientenpopulation in der Standard-Grundversicherung hatten MC-versicherte Patientinnen und Patienten signifikant häufiger eine vorgängige nicht-invasive kardiale Ischämietestung

($p < 0,001$; OR 1,17; 95%-CI 1,045–1,312). Diese Assoziation blieb unabhängig statistisch signifikant nach Korrektur für folgende potenziellen Störfaktoren: Alter, Geschlecht, Zusatzversicherungen, stationäre Behandlung, kardiovaskuläre Medikation, chronische Komorbiditäten, Hochrisikostatus (Patienten mit therapeutischer kardialer Intervention während eines Monats nach, oder 18 Monaten vor diagnostischer Koronarangiographie). Im Vergleich zu den MC-versicherten Patientinnen und Patienten zeigten diejenigen in GK-Modellen keinen Unterschied im Anteil nicht-invasiver Untersuchungen im Vergleich zu den OKP-versicherten Patienten ($p = 0,07$; adj. OR 1,11; 95% CI 0,991–1,253).

Diese Untersuchung zeigt, dass MC-Modelle mit hausärztlicher Koordination und Kostenverantwortung zu einer Reduktion unangemessener diagnostischer Koronarangiographien führt, im Vergleich zur Standard-Grundversicherung mit unlimitedem Zugang zur Gesundheitsversorgung oder auch zu GK-Modellen

Diese Untersuchung zeigt, dass MC-Modelle mit hausärztlicher Koordination und Kostenverantwortung zu einer Reduktion unangemessener diagnostischer Koronarangiographien führt.

ohne Kostenverantwortung. Ein MC-Versicherungsstatus kann somit potenzielle Risiken eines unnötigen Eingriffs verhindern helfen. Die Tatsache, dass MC-versicherte Patientinnen und Patienten häufiger nicht-invasive Tests hatten, widerlegt zudem die Annahme, dass eine Kostenmitverantwortung der Ärzteschaft bei MC-Patienten in einer Unterversorgung respektive weniger diagnostischer Prozeduren resultiert.

Eine Frage der Ursache

Die Studie vermag die Frage nicht zu beantworten, weshalb MC-Patienten einem adäquateren diagnostischen Prozess unterzogen werden. Eine mögliche Erklärung ist, dass MC-Versicherungsmodelle nur in

Hausärztenetzwerken angeboten werden können. Diese Netzwerke verpflichten sich zu internen Massnahmen der Qualitätssicherung und -förderung. Kontroll- und Steuerungsmechanismen innerhalb der Netzwerke haben zum Ziel, die Adhärenz der Netzwerkmitglieder für evidenzbasierte Empfehlungen zu erhöhen.

Eine Frage der Zukunft

Ob neben MC weitere Steuermechanismen existieren, um eine angemessenere Betreuung von Patientinnen und Patienten zu erzielen, ist Gegenstand der aktuellen Versorgungsforschung. Beispielsweise hat die *Choosing Wisely*-Initiative in Ihrer Kampagne unnötige Koronarangiographien als einer ihrer Hauptinterventionenpunkte publik gemacht. Als Konsequenz haben Versicherungsgesellschaften die Angemessenheit für die Koronarangiographie in ihre *Pay-for-Performance* Vergütungssysteme aufgenommen und weniger bezahlt, wenn die Kriterien nicht erfüllt wurden. Diese Kombination aus der Implementierung von Registern, kombiniert mit Qualitätsinitiativen war derart effektiv, dass die Rate an nicht adäquaten Koronarangiographien um 26,6% reduziert werden konnte [2]. Ob ein solches Vorgehen auch in der Schweiz umsetzbar wäre, sei hier dahingestellt. Jedenfalls bleibt es spannend zu beobachten, wie sich die Kosten- und Qualitätsdiskussion in der Schweiz entwickeln wird. Derartige Studien ermöglichen eine valide wissenschaftliche Basis für politische Diskussionen und für die Erarbeitung von konstruktiven Lösungsansätzen.

Literatur

- 1 Chmiel C, Reich O, Signorell A, et al. Effects of managed care on the proportion of inappropriate elective diagnostic coronary angiographies in non-emergency patients in Switzerland: a retrospective cross-sectional analysis. *BMJ Open* 2018;8:e020388. doi:10.1136/bmjopen-2017-020388.
- 2 Desai N, Bradley S, Parzynski C, et al. Appropriate Use Criteria for Coronary Revascularization and Trends in Utilization, Patient Selection, and Appropriateness of Percutaneous Coronary Intervention – Findings From the NCDR- CathPCI Registry. *Circulation* 2015;132:2278–78.

Korrespondenz:
PD Dr. med. Corinne Chmiel
Institut für
Hausarztmedizin
Universität und
Universitätsspital Zürich
Pestalozzistrasse 24
CH-8091 Zürich