

Wie effektiv und effizient sind Hausärzte als Lotsen im Gesundheitssystem?



EIN SYSTEMATISCHER REVIEW ZUM KONZEPT GATEKEEPING

**DR. MED. ANNETTE ZENTNER MPH
MARCIAL VELASCO GARRIDO
PROF. DR. REINHARD BUSSE MPH FFPH**

**FACHGEBIET MANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN
TECHNISCHE UNIVERSITÄT BERLIN**



Das Konzept Gatekeeping



- Jede Behandlungsepisode beginnt mit einem Besuch bei einem Primär- bzw. Hausarzt.
- in anderen Ländern Bestandteil von Primärarztsystemen oder Versorgungsmodellen
- in Deutschland in Modellen der hausarztzentrierten Versorgung
- sektorübergreifende Koordination, optimierte Behandlungsprozesse, Leistungssteuerung, Kostensenkung



Fragestellung

- **Gesundheitliche Ergebnisse** der medizinischen Versorgung?
- **Lebensqualität** der Patienten?
- **Zufriedenheit der Patienten** mit der Versorgung?
- **Prozessqualität** der Versorgung?
- Änderung der **Inanspruchnahme** von spezialisierter (ambulanter oder stationärer) Versorgung?
- **Kosten** der medizinischen Versorgung?
- **Zufriedenheit** der betroffenen **Hausärzte** und **Fachspezialisten**?

Methodik

Systematischer Review

Systematische **Literaturrecherche** (April 2008), Handsuche in Referenzlisten



Studienselektion anhand vordefinierter Ein- und Ausschlusskriterien



Bewertung der **Validität** der Studien



Zusammenfassung der Studienergebnisse



Methodik

Ein- und
Ausschlusskriterien

- Vergleich von Gatekeeping und freiem Zugang zur Versorgung
- Gatekeeping durch Ärzte
- Erwachsene und Kinder
- Ergebnisparameter
- Studiendesign

Methodik

Studiendesign und Studienqualität

Eignung des Designs	Design	Durchführungs- und Publikationsqualität
greatest	I RCT	I-good / I-fair / I-poor
	II-1 controlled trials	II-1-good / II-1-fair / II-1-poor
	II-2 prospective cohort	II-2-good / II-2-fair / II-2-poor
	II-3 controlled before after	II-3-good / II-3-fair / II-3-poor
moderate	III-1 retrospective cohort	III-1-good / III-1-fair / III-1-poor
	III-2 case-control	III-2-good / III-2-fair / III-2-poor
	III-3 time series	III-3-good / III-3-fair / III-3-poor

nach Cochrane EPOC-Group und USTFCPS



Ergebnisse

Literaturrecherche

Suche in bibliografischen Datenbanken
n=5594



Ausschluss Duplikate
n=1524

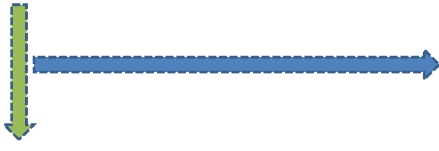
Titel- und Abstractscreening
n=4070 + n=66 (HS)

Handsuche (HS)



ausgeschlossen
n=3872 + 37 (HS)

Screening der Volltexte
n=198 + 29 (HS)
davon 7 nicht lieferbar



ausgeschlossen
n=191

eingeschlossene Publikationen
n=29
entspricht **24 Studien**



Ergebnisse

Studiencharakteristika

- 67% der Studien aus den USA (n=16), sonstige in CH (n=5), UK (n=1), DK (n=1), NL/D (n=1)
- Gatekeeping-Modelle sehr heterogen
- Ärzte in Lotsenfunktion aus unterschiedlichen Fachgebieten
- Population 40-60% weiblich
- Spezifische Erkrankungen / Konditionen bei 30% der Studien (n=7)

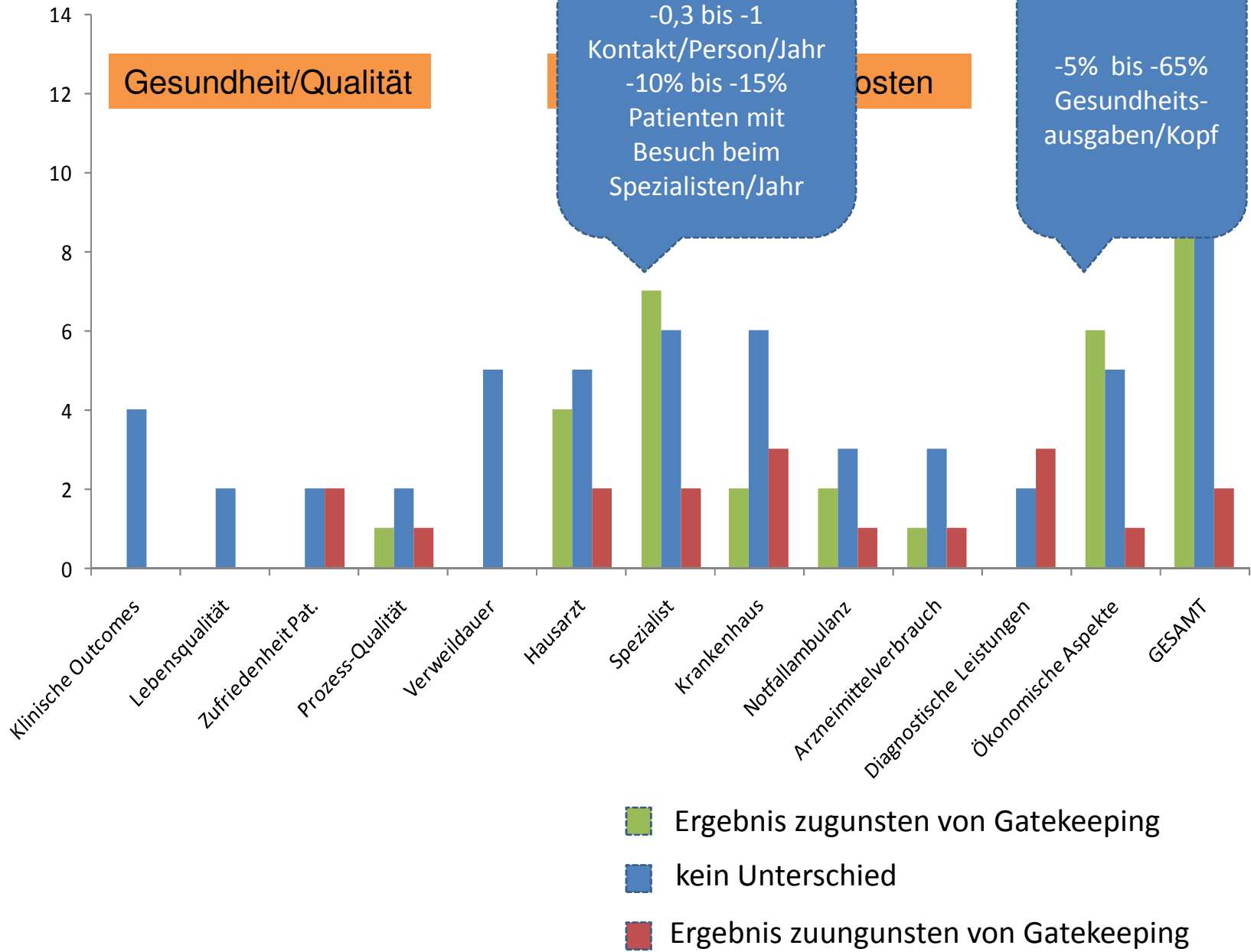
Ergebnisse

Studiendesign und
Studienqualität

Studie	Qualität
<i>Martin 1989</i>	<i>I-poor</i>
Schillinger 2000	II-1-poor
Meyer 1996	II-1-poor
Forrest 1999 K	II-2-poor
Holdsworth 2007 §	II-2-poor
<i>Linden 2003 §</i>	<i>II-2-poor</i>
<i>Etter 1997 §</i>	<i>II-3-poor</i>
<i>Etter 1998</i>	<i>II-3-poor</i>
Ferris 2001 K	II-3-poor
Hurley 1991 K §	II-3-poor
<i>Perneger 1996</i>	<i>II-3-poor</i>

Studie	Qualität
Schwenkglenks 2006	III-1-good
Escarce 2001	III-1-good
1996	III-1-poor
<i>Rask 1999</i>	<i>III-1-poor</i>
Hurley 1989	III-1-poor
<i>Laditka 2001 §</i>	<i>III-1-poor</i>
<i>Olivarius 1994 §</i>	<i>III-1-poor</i>
Paone 1995	III-1-poor
<i>Shatin 1998 K §</i>	<i>III-1-poor</i>
Swetter 2007	III-1-poor
Werblow 2005	III-1-poor
Ferris 2001a	III-3-poor
Ferris 2002 K	III-3-poor

Anzahl Studien mit Ergebnis





Limitationen der Evidenz

- hohes Risiko verzerrter Ergebnisse u.a. durch fehlende Berücksichtigung von Confoundern
- wenige Studien zu Gesundheitsindikatoren
- Angemessenheit der Senkung von Inanspruchnahme und Kosten nicht belegt
- Effekte des Gatekeeping nicht isolierbar
- Gesundheitssysteme und Versorgungsstrukturen in den Studien unterscheiden sich z.T. erheblich von der deutschen Situation.

FAZIT I

Es gibt Hinweise, dass Gatekeeping die **Inanspruchnahme** der ambulanten, fachspezialisierten Versorgung sowie die **Gesundheitsausgaben senkt**, ohne jedoch deren **Angemessenheit** zu berücksichtigen.



FAZIT II

Es ist möglich aber wenig gesichert, dass **Gesundheitsergebnisse** und **Lebensqualität** von Patienten in Versorgungskonzepten mit Gatekeeping **vergleichbar** mit jenen des freien Zugangs sind.



FAZIT III

Die Studien beantworten **widersprüchlich** oder **nicht**, ob die **Prozessqualität** der Versorgung, die **Zufriedenheit** der Patienten oder der Leistungserbringer beeinflusst wird.

FAZIT IV

- Stand der internationalen wissenschaftlichen Forschung zu Effekten des Gatekeeping ist durch geringe Qualität der Studien und eingeschränkte Übertragbarkeit gekennzeichnet.
- Mangels belastbarer internationaler Evidenz bedürfen Auswirkungen der hausarztzentrierten Versorgung in Deutschland einer sorgfältigen Begleitforschung.



**Danke für Ihre
Aufmerksamkeit!**

mehr...

Zentner A, Velasco Garrido M, Busse R (2009).

Effekte des Gatekeeping durch Hausärzte – Systematischer Review für das Sondergutachten 2009 „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“ des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: 798-810 und im Anhang zu 7.7.2.3. www.svr-gesundheit.de

Zentner A, Velasco Garrido M, Busse R (2009).

Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger? Ein systematischer Review zum Konzept Gatekeeping. Das Gesundheitswesen 71 (*in Druck*) www.thieme.de/fz/gesu/