

# Gatekeeping in Managed Care



## EIN SYSTEMATISCHER REVIEW DER PUBLIZIERTEN STUDIEN

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

FACHGEBIET MANAGEMENT IM GESUNDHEITSWESEN  
TECHNISCHE UNIVERSITÄT BERLIN



# Managed Care Plan Performance Since 1980

## A Literature Analysis

Robert H. Miller, PhD, Harold S. Luft, PhD

### CONCLUSIONS

Compared with indemnity plans, HMO plans exhibit significantly lower utilization of hospital services and of more expensive or discretionary procedures and tests, likely more physician office visits, increased preventive services use, and mixed results on health outcomes. The HMOs may have reduced system-level hospital costs according to the sole well-designed study with more recent data. Although generally satisfied with their care, some HMO plan enrollees accepted the tradeoff of less satisfaction with their care in return for lower out-of-pocket premium and service costs.

(*JAMA*. 1994;271:1512-1519)



## Managed Care

- Closed Panel – HMO
- Group – HMO
- Open Panel – HMO
- IPA – Independent Practice Association
- POS – Point of Service
- PPO – Preferred Provider Organization
- PSP – Physician Sponsor Plan
- Provider Networks
- Physician Hospital Organisations
- ...

## Managed Care

- **Finanzielle Mitverantwortung**
  - **Provider**
    - ✦ Kopfpauschalen
    - ✦ Budgetierung
    - ✦ Fallpauschalen
    - ✦ Überschuss- / Verlustbeteiligung
  - **Patienten**
    - ✦ Selbstbeteiligung
    - ✦ Wahl-Tarife
    - ✦ Bonus-Malus
- **Leitlinien**
- **Utilization Review, second opinion**
- **Fall-Management**
- **Gatekeeping**





## 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?

## Methodik

Systematischer  
Review

Systematische **Literaturrecherche** (April 2008, Januar 2010), 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
- Relevante Ergebnisparameter
- Akzeptables 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= 4070 (Apr 2008) 1916 (Jan 2010)

Nicht relevant  
n=5776

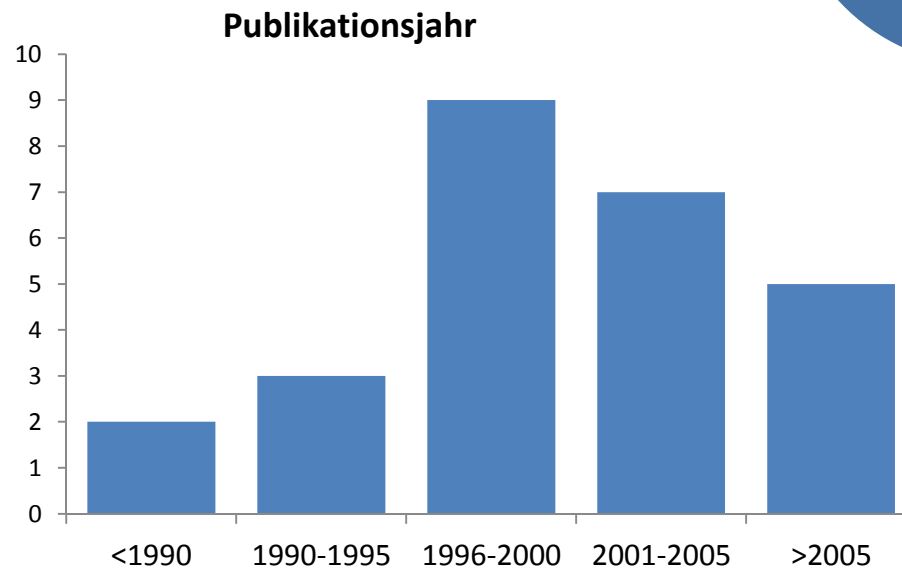
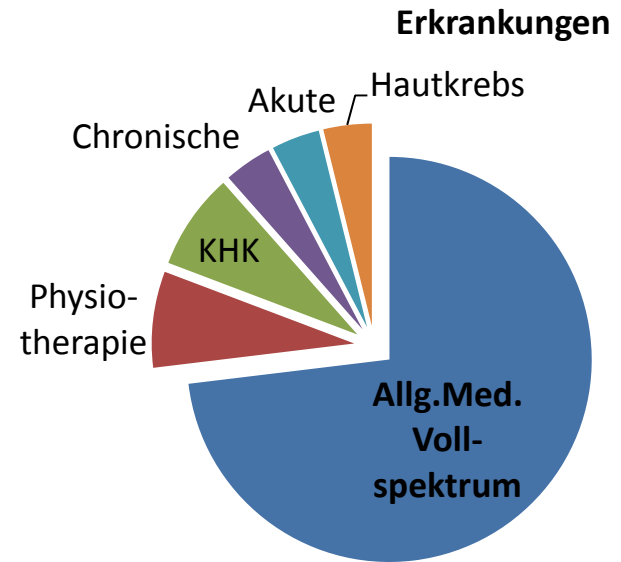
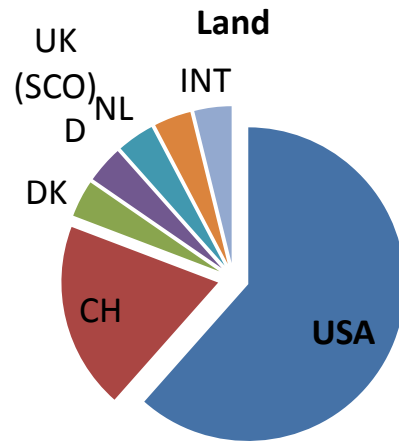
Volltext Überprüfung  
n=196 (Apr 2008) 14 (Jan 2010)

Handsuche  
n=66

ausgeschlossen  
n=227

eingeschlossene Publikationen  
n=32  
entspricht **26 Studien**

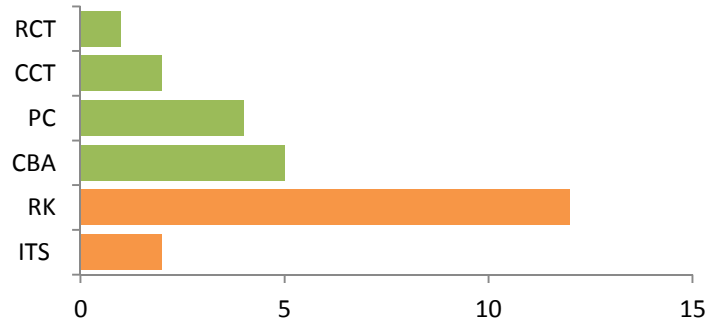
# Studien Charakteristika



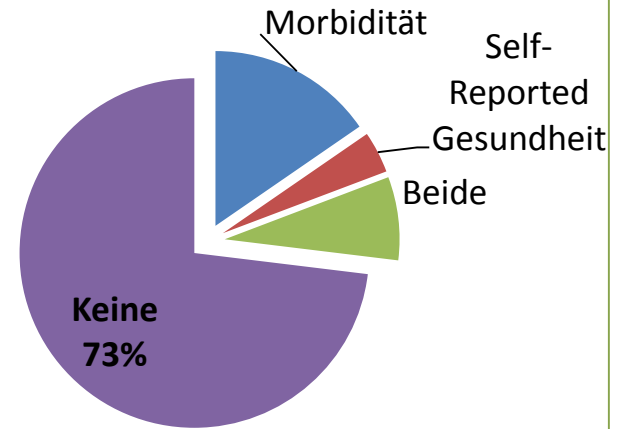
**Größe**  
3722 [234-4.000.000]

# Studiendesign

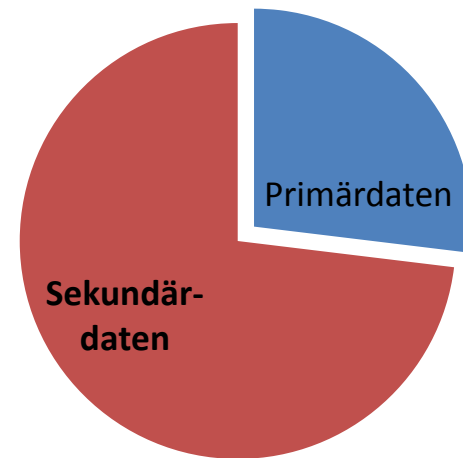
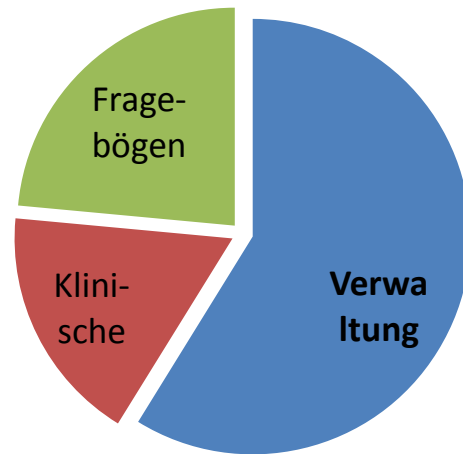
## Studiendesign



## Adjustierung

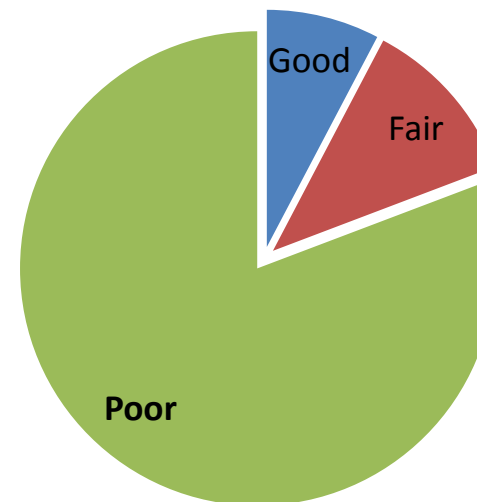


## Datenquellen



## Studien- qualität

- Fehlende / unzureichende Adjustierung
- Fehlklassifikation
- Kontamination
- Selektion
- Unzureichende Berichterstattung
  - Gatekeeping Modelle
  - Kosten-Gerüste



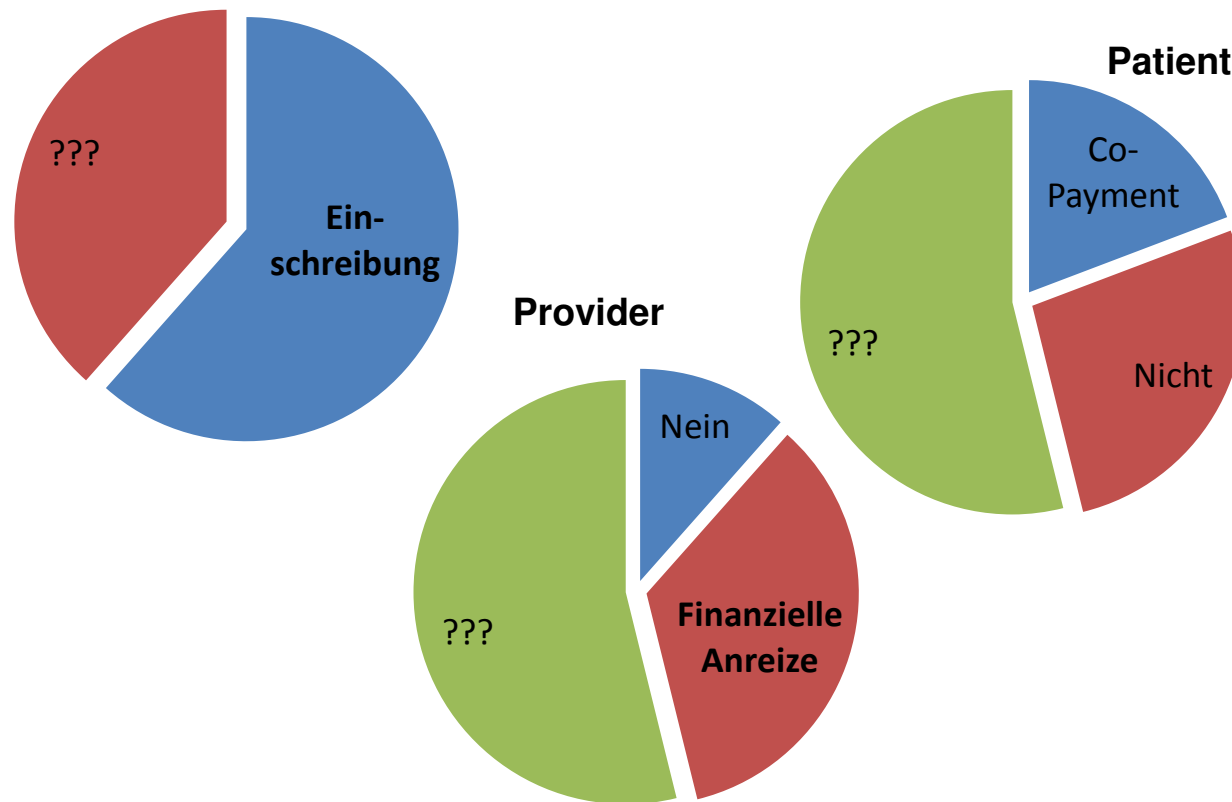
# Gatekeeping

Modelle

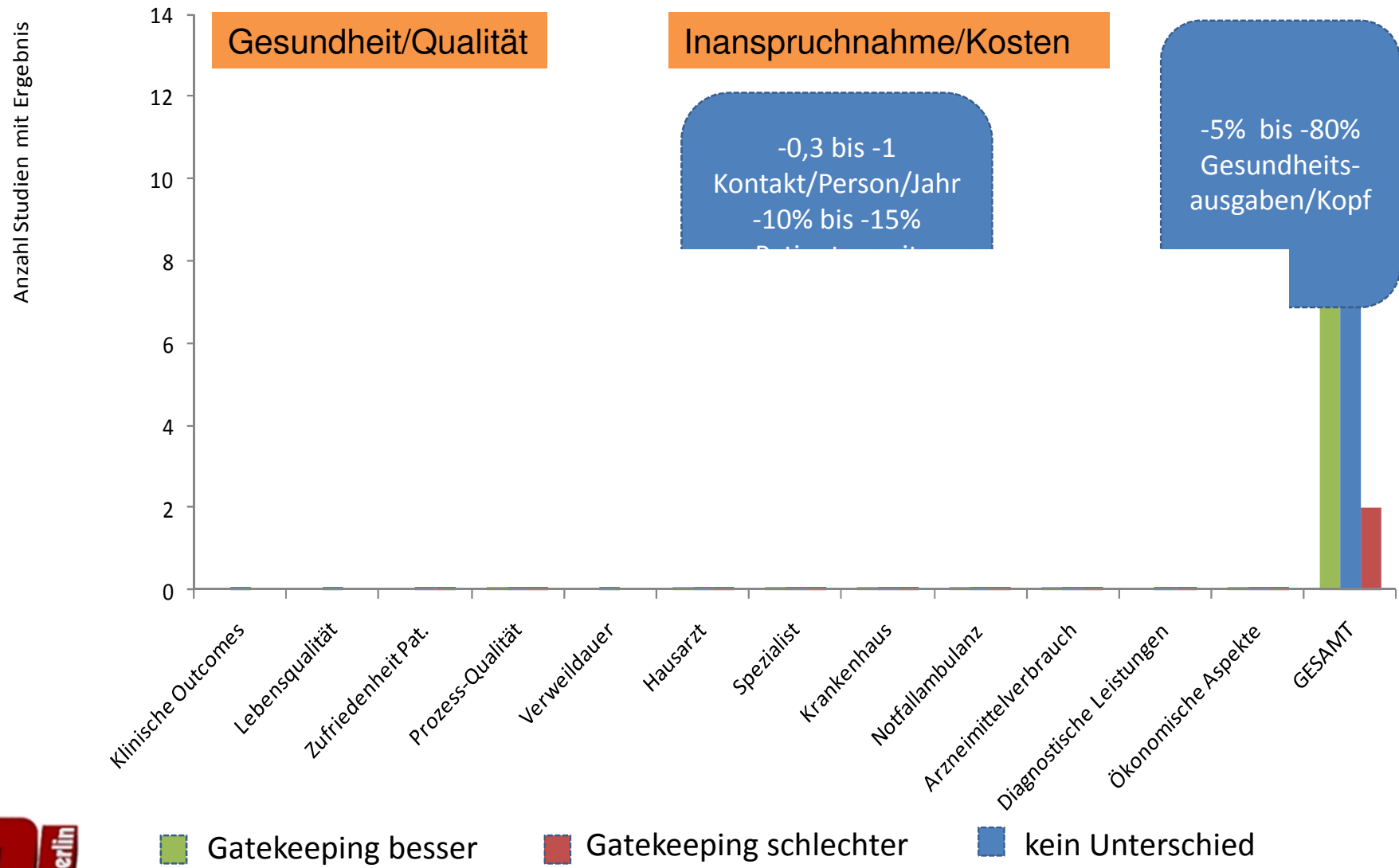
- Gatekeepers

Allgemeinmedizin, Innere Medizin,  
Kindermedizin, Gynäkologen

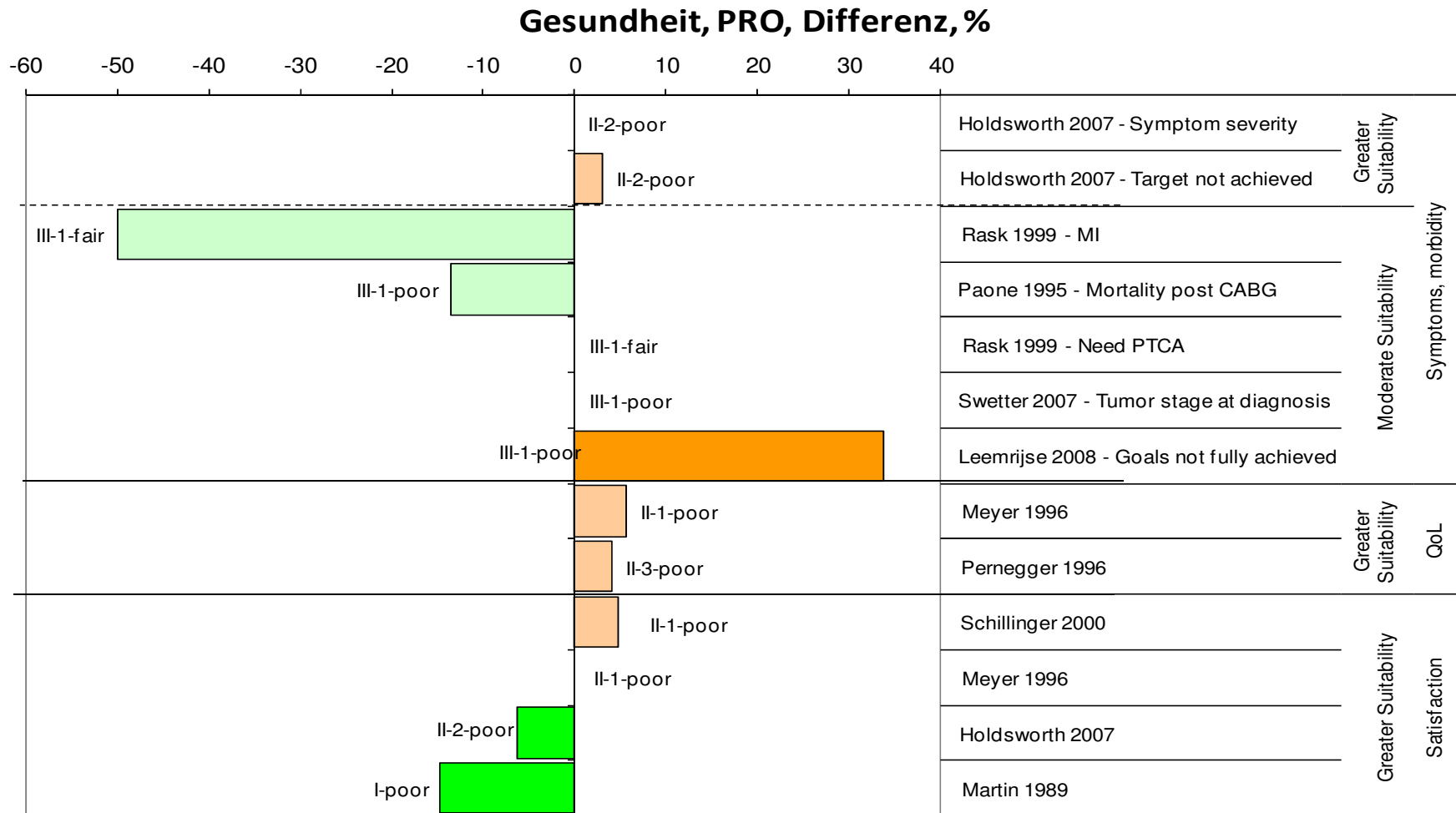
- Gatekeeping-Modelle sehr heterogen



# Ergebnisse



# Ergebnisse



■ Gatekeeping besser, stat. sig.

■ Nicht-Gatekeeping besser, stat. sig.

■ Gatekeeping besser, stat. nicht sig.

■ Nicht-Gatekeeping besser, stat. nicht sig.

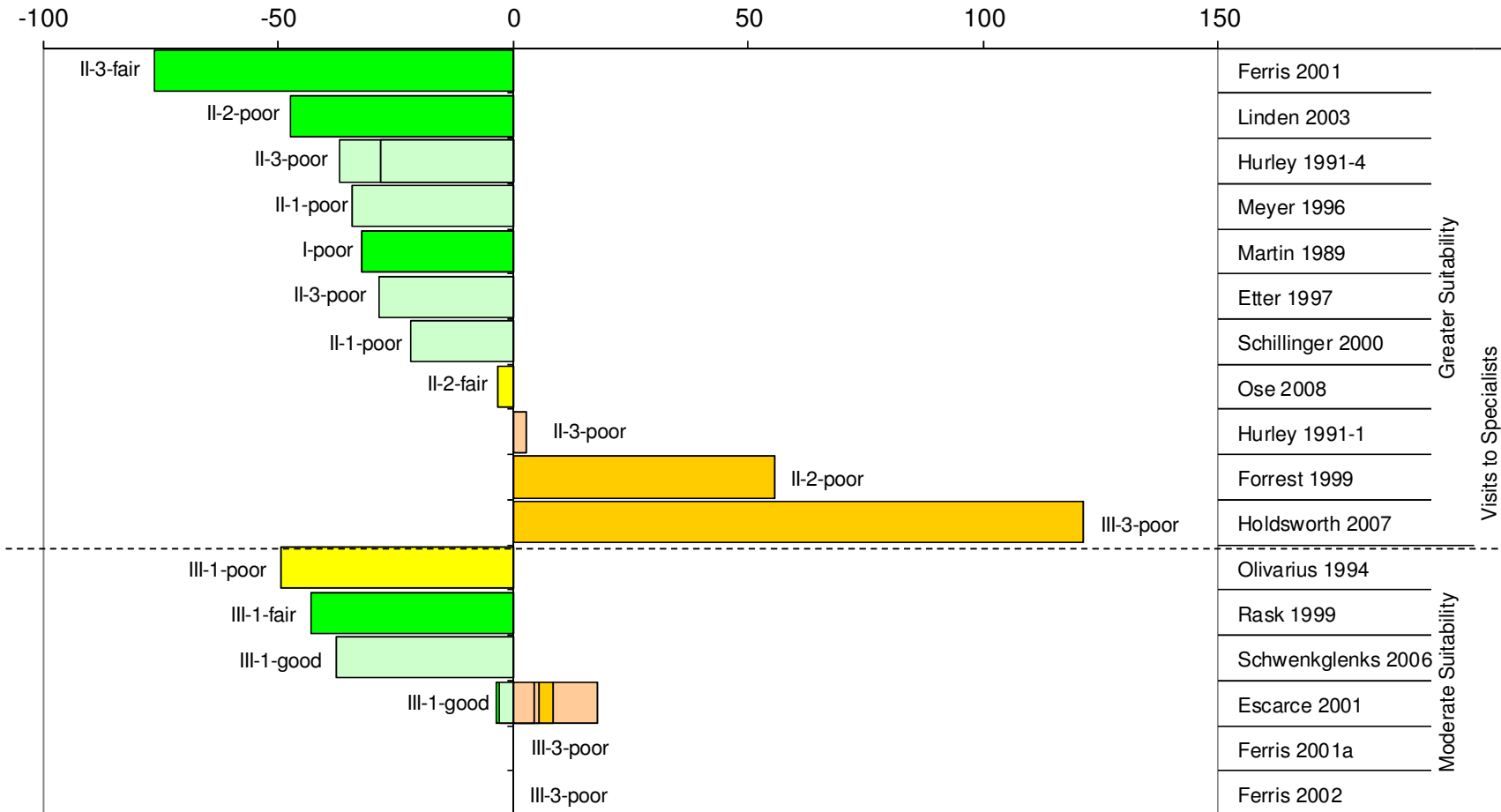
■ Signifikanz nicht berichtet





# Ergebnisse

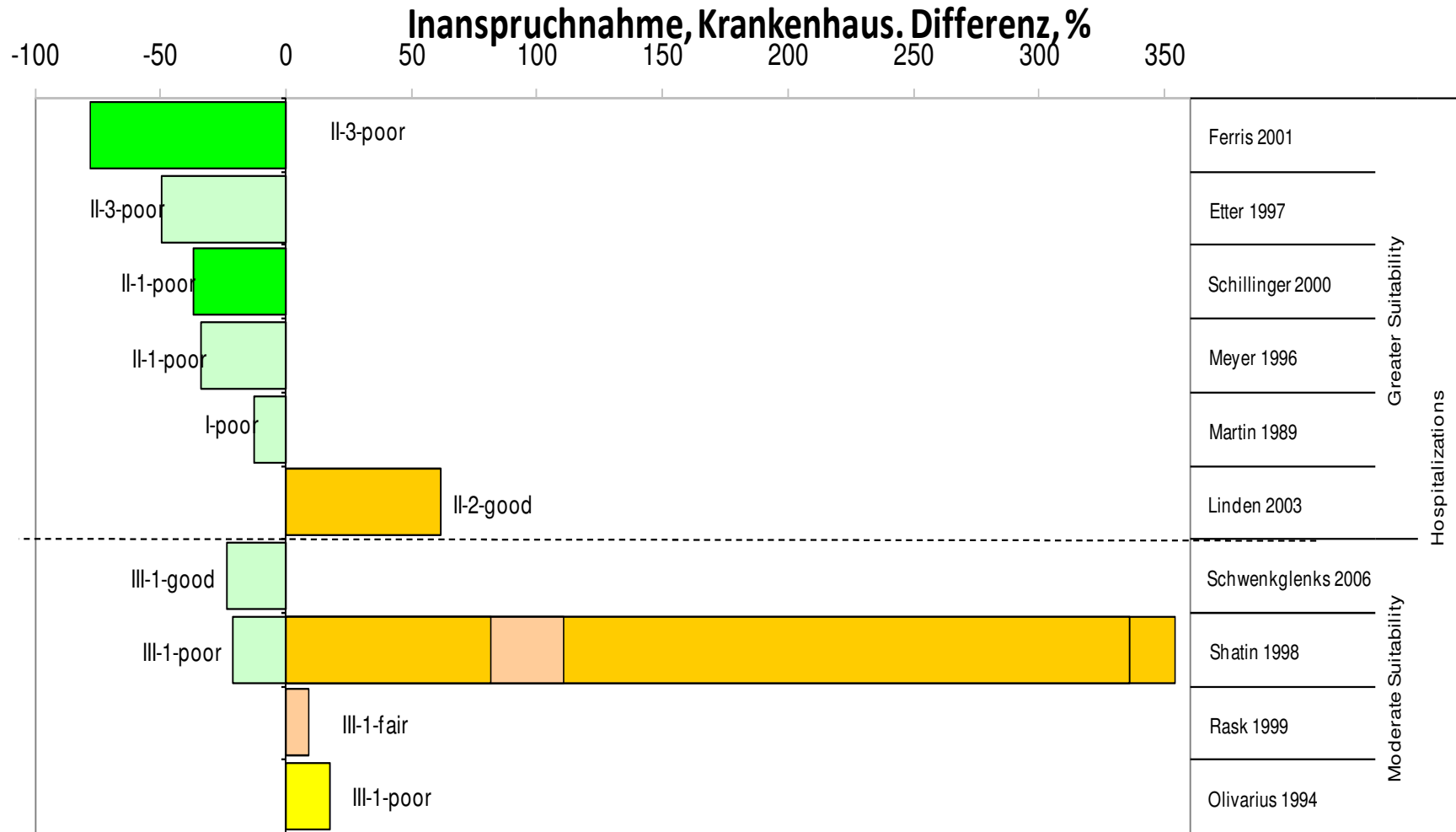
## Inanspruchnahme, Fachärzte. Differenz %



- Gatekeeping besser, stat. sig.
- Nicht-Gatekeeping besser, stat. sig.
- Gatekeeping besser, stat. nicht sig.
- Nicht-Gatekeeping besser, stat. nicht sig.
- Signifikanz nicht berichtet



# Ergebnisse

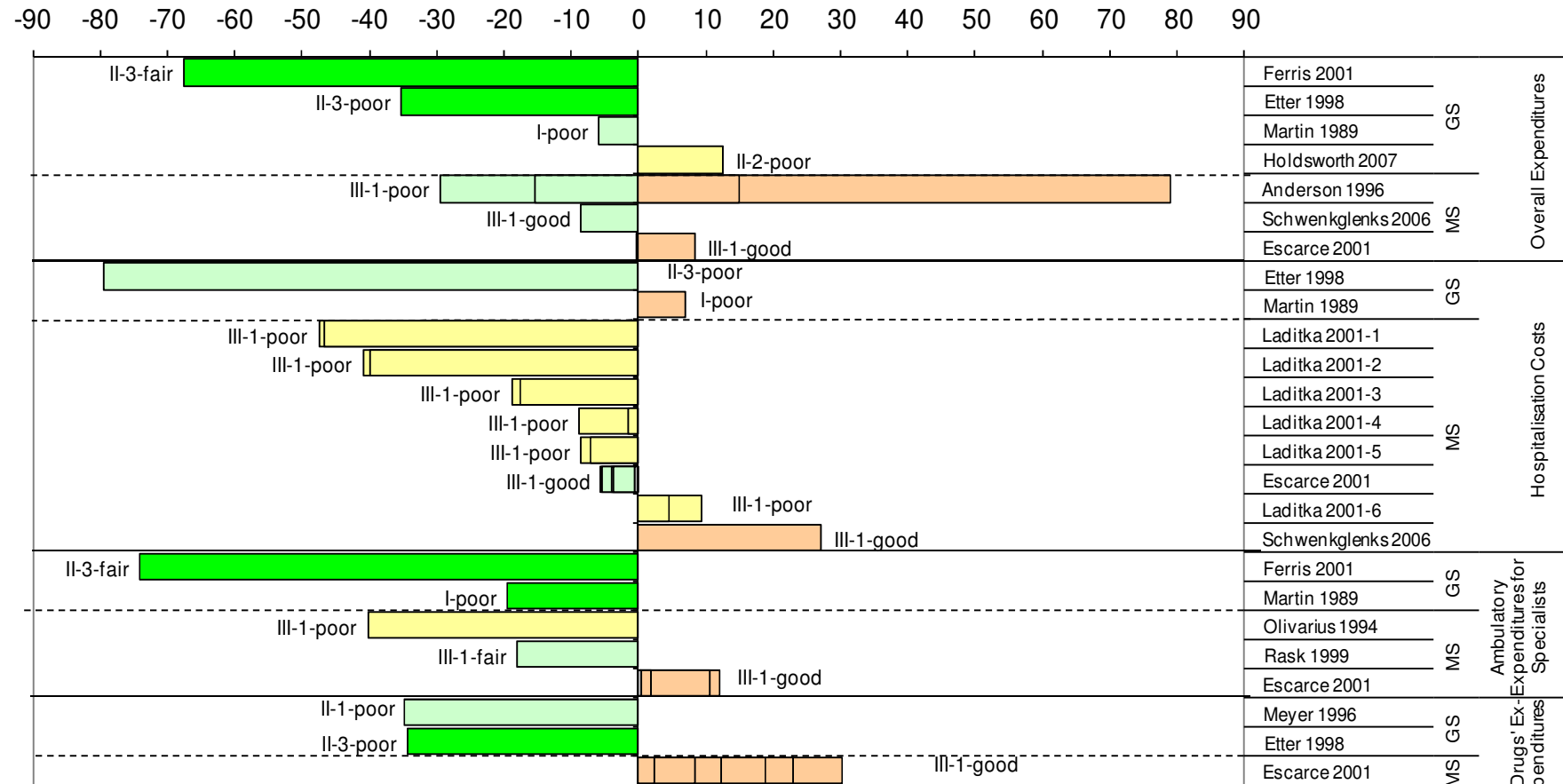


- Gatekeeping besser, stat. sig.
- Nicht-Gatekeeping besser, stat. sig.
- Gatekeeping besser, stat. nicht sig.
- Nicht-Gatekeeping besser, stat. nicht sig.
- Signifikanz nicht berichtet



# Ergebnisse

## Ausgaben, Differenz, %



- Gatekeeping besser, stat. sig.
- Nicht-Gatekeeping besser, stat. sig.
- Gatekeeping besser, stat. nicht sig.
- Nicht-Gatekeeping besser, stat. nicht sig.
- Signifikanz nicht berichtet





## 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**.

Aber, ist die Senkung angemessen?

## FAZIT II

Es gibt Hinweise dafür, dass **Gesundheitsergebnisse** und **Lebensqualität** von Patienten in Versorgungskonzepten mit Gatekeeping **vergleichbar** mit jenen des freien Zugangs sind.

Aber wenig untersucht!



## FAZIT III

Die Studien beantworten **widersprüchlich**, wie die **Prozessqualität** der Versorgung, und wie die **Zufriedenheit** der Patienten beeinflusst werden.

## 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  
Auf-  
merksamkeit!**

mehr...

Velasco Garrido M, Zentner A, Busse R.  
**The effects of Gatekeeping. A systematic review of the literature.** Scand J Primary Health Care 2011; 29: 28-38

Zentner A, Velasco Garrido M, Busse R.

**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](http://www.svr-gesundheit.de)

Zentner A, Velasco Garrido M, Busse R.

**Macht der Hausarzt als Lotse die Gesundheitsversorgung wirklich besser und billiger?** Ein systematischer Review zum Konzept Gatekeeping. Das Gesundheitswesen 2010;72:e38-e44 (DOI: 10.1055/s-0029-1234126)