

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort und Danksagung .....	V
Inhaltsverzeichnis .....	VII
Abbildungsverzeichnis .....	XI
Tabellenverzeichnis .....	XI
Abkürzungsverzeichnis .....	XIII
1 Einleitung .....	1
2 Schlüsselprobleme in der Leistungserbringung vor der Einführung der Reformansätze .....	5
2.1 Strukturelle Probleme der Versorgung .....	5
2.2 Prozessuale Probleme .....	9
2.3 Qualitäts- und Effizienzprobleme .....	10
2.4 Fehlende Anreiz- bzw. Sanktionssysteme .....	14
2.5 Spezifische Mängel in der Chronikerversorgung .....	16
2.5.1 Probleme bei Chronikern .....	17
2.5.2 Über-, Unter- und Fehlversorgung als Folge der Probleme .....	21
2.6 Zwischenfazit .....	22
3 Reformansätze zur Verbesserung der medizinischen Versorgung .....	25
3.1 Reformansätze im deutschen Gesundheitswesen .....	25
3.1.1 Überblick über die Reformen zwischen 1977 und 2000 .....	25
3.1.2 Probleme dieser Reformen .....	27
3.1.3 Handlungsempfehlungen des Sachverständigenrates .....	28
3.1.4 Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2002) .....	29
3.2 Managed Care und Integrierte Versorgung als struktureller Rahmen für Disease Management .....	32
3.2.1 Grundzüge von Managed Care .....	33
3.2.1.1 Definition und Ziele .....	33
3.2.1.2 Kennzeichen von Managed-Care-Organisationen .....	34
3.2.1.3 Organisationsformen von Managed Care .....	40
3.2.1.4 Voraussetzungen .....	42
3.2.1.5 Nutzen/Vorteile .....	43
3.2.1.6 Schwierigkeiten und Nachteile .....	43
3.2.1.7 Managed Care in Deutschland .....	44
3.2.2 Darstellung der Integrierten Versorgung .....	45
3.2.2.1 Definition und Ziele .....	45
3.2.2.2 Kennzeichen von Integrierter Versorgung .....	48

3.2.2.3	Voraussetzungen .....	50
3.2.2.4	Nutzen/Vorteile .....	51
3.2.2.5	Schwierigkeiten und Nachteile .....	51
3.2.2.6	Gegenüberstellung von Integrierter Versorgung und Managed Care .....	53
3.2.3	Vertragliche Organisationsformen der Integrierten Versorgung in Deutschland .....	53
3.2.3.1	Strukturverträge (§ 73 a SGB V) .....	53
3.2.3.2	Modellvorhaben (§§ 63–65 SGB V) .....	54
3.2.3.3	Integrierte Versorgungsformen (§ 14 a–d SGB V) .....	55
3.2.3.4	Gegenüberstellung der Formen der Integrierten Versorgung .....	56
3.2.3.5	Die hausärztliche Versorgung .....	57
3.3	Zwischenfazit .....	57
4	Darstellung von Disease Management .....	59
4.1	Operationalisierung von Disease Management .....	59
4.1.1	Definitiorische Abgrenzung von Disease Management .....	59
4.1.1.1	Definition .....	59
4.1.1.2	Abgrenzung Disease Management und Case Management .....	62
4.1.2	Entstehung .....	64
4.1.3	Ziele .....	66
4.1.4	Vergleich von Disease Management und traditioneller Versorgung .....	70
4.2	Instrumente und Elemente .....	70
4.2.1	Evidenzbasierte Leitlinien .....	72
4.2.2	Patientenintegration, -Empowerment und schulung .....	75
4.2.3	Ärztliche Fortbildung .....	78
4.2.4	Datenmanagement auf Basis von Dokumentations- und Informationssystemen .....	80
4.2.5	Messung, Bewertung und Management von Prozessen und Ergebnissen .....	83
4.2.6	Feedback-Routinen und Erinnerungssysteme .....	87
4.2.6.1	Erinnerungssysteme/Reminder .....	87
4.2.6.2	Feedback-Systeme und Reports .....	88
4.2.7	Risikostratifizierung und Patientenselektion .....	89
4.2.8	Anreize und Sanktionen .....	91
4.2.9	Ergebnisorientierte Vergütung .....	93
4.2.10	Qualitätsmanagement und -messung im Disease Management ..	94
4.3	Vor- und Nachteile von Disease-Management-Programmen .....	96
4.3.1	Vorteile .....	96
4.3.2	Nachteile .....	99
4.4	Erfahrungen mit Disease Management in den USA und der Schweiz ...	100
4.5	Zwischenfazit .....	102

5	Disease-Management-Projekte für Asthma und COPD in Deutschland . . . . .	103
5.1	Ansatzpunkte für Verbesserungsmöglichkeiten in der Versorgung von Asthmatikern und COPD-Patienten in Deutschland . . . . .	103
5.1.1	Asthma und COPD in Deutschland . . . . .	103
5.1.2	Spezifische Versorgungsprobleme bei chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen . . . . .	106
5.2	Strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen . . . . .	109
5.2.1	Rechtliche Regelungen und Ziele . . . . .	109
5.2.2	Allgemeine Anforderungen an die Programme für chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen . . . . .	110
5.2.3	Spezifische Anforderungen für Asthma bronchiale . . . . .	115
5.2.4	Spezifische Anforderungen für COPD . . . . .	116
5.3	Zwischenfazit . . . . .	118
6	Empirische Evaluation des Projekts „Atemwegserkrankungen“ . . . . .	119
6.1	Hintergrund und Zielsetzungen des Projekts . . . . .	119
6.2	Methodisches Vorgehen im Rahmen der Evaluation . . . . .	120
6.2.1	Erhebung der medizinischen und ökonomischen Auswirkungen . . . . .	120
6.2.2	Untersuchung der Schwachstellen des Projekts mittels einer Ärztebefragung . . . . .	122
6.3	Disease-Management-Elemente im Rahmen des Projekts . . . . .	123
6.4	Erfüllung der Anforderungen an strukturierte Behandlungsprogramme . . . . .	127
6.5	Ergebnisse der Evaluation . . . . .	132
6.5.1	Teilnehmende Praxen und eingeschriebene Patienten . . . . .	132
6.5.2	Die Datenbasis . . . . .	133
6.5.3	Zielerreichung im Projekt . . . . .	136
6.5.3.1	Verbesserung der medizinischen Indikatoren . . . . .	136
6.5.3.2	Koordination zwischen den Leistungserbringern . . . . .	142
6.5.3.3	Leitlinienorientierte, medikamentöse Therapie . . . . .	144
6.5.3.4	Krankenhausaufenthalte und Notfallbehandlungen . . . . .	145
6.5.3.5	Reduktion von Arbeitsausfallzeiten . . . . .	147
6.5.3.6	Reduktion von Folgeerkrankungen . . . . .	149
6.5.3.7	Steigerung der Compliance . . . . .	150
6.5.3.8	Reduktion der Kosten . . . . .	152
6.5.3.9	Entwicklung des Rauchverhaltens . . . . .	155
6.5.3.10	Zusammenfassung . . . . .	156
6.6	Probleme und Herausforderungen des Projekts . . . . .	156
6.6.1	Methodische Probleme . . . . .	156
6.6.2	Strukturelle Probleme . . . . .	159
6.6.3	Prozessuale Probleme . . . . .	160
6.6.4	Sonstige Probleme . . . . .	161
6.6.5	Anmerkungen der Ärzte zum Projekt – die Ärztebefragung . . . . .	161
6.7	Beurteilung des Projekts und Ausblick . . . . .	166

7	Erfolgsfaktoren und Probleme bei der Implementierung von Disease-Management-Programmen .....	169
7.1	Erfolgsfaktorenforschung .....	169
7.2	Indikationen für DMPs in Deutschland .....	170
7.3	Einbindung aller Beteiligten und Einsatz von Anreizsystemen .....	171
7.3.1	Ärzteseitige Aktivierung .....	171
7.3.2	Patientenseitige Aktivierung .....	174
7.4	Qualitätsmanagement .....	177
7.5	Daten- und Outcome Management .....	178
7.6	Kooperation der Beteiligten und Schnittstellenmanagement .....	180
7.7	Knowledge Management und Schulungen .....	181
8	Potentielle Auswirkungen von Disease Management auf das deutsche Gesundheitswesen .....	185
8.1	Daten- und Übertragbarkeitsprobleme .....	185
8.2	Patientenorientierte Auswirkungen .....	186
8.2.1	Reduktion der Mortalität .....	186
8.2.2	Auswirkungen auf die Lebensqualität .....	186
8.3	Gesundheitliche Auswirkungen .....	188
8.3.1	Verbesserung der Gesundheit .....	188
8.3.2	Rückgang von Krankenhausfällen .....	190
8.4	Veränderungen bei der Leistungserbringung .....	191
8.4.1	Integrierte Versorgung zwischen allen Leistungserbringern ....	191
8.4.2	Auswirkungen von Disease Management auf die Arzt-Patienten-Beziehung .....	193
8.4.3	Neue Rollendefinition und Veränderungen in der Versorgung ...	195
8.4.4	Umsetzung evidenzbasierter Leitlinien .....	196
8.4.5	Negative Auswirkungen auf die Leistungserbringung .....	197
8.5	Kostenaspekte von Disease-Management-Programmen .....	198
8.6	Sonstige Auswirkungen .....	203
8.7	Die Gesamtauswirkungen von Disease Management .....	205
8.8	Auswirkungen durch die Verbindung von Disease Management und RSA .....	207
8.9	Grenzen und Hindernisse von Disease Management .....	208
9	Zusammenfassung und Ausblick .....	211
9.1	Zusammenfassung .....	211
9.2	Ausblick .....	212
	Anhang .....	215
	Literaturverzeichnis .....	225