



Europäische Ministerkonferenz
der WHO zum Thema Gesundheitssysteme:
„GESUNDHEITSSYSTEME,
GESUNDHEIT UND WOHLSTAND“
Tallinn, Estland, 25.–27. Juni 2008

GESUNDHEITSSYSTEME UND POLITIKANALYSE

GRUNDSATZPAPIER

Wie lassen sich Disease- Management-Programme unter Einbeziehung sämtlicher Versorgungsumgebungen und –dienstleister durchführen?

Debbie Singh



Keywords:

CHRONIC DISEASE -
prevention and control

DISEASE MANAGEMENT

DELIVERY OF HEALTH CARE -
organization and
administration

HEALTH POLICY

EUROPE

© Weltgesundheitsorganisation 2008 bzw.
Weltgesundheitsorganisation im Namen des Europäischen
Observatoriums für Gesundheitssysteme und
Gesundheitspolitik 2008

Anfragen zu Veröffentlichungen des WHO-Regionalbüros
für Europa richten Sie bitte an:

Publications
WHO Regional Office for Europe
Scherfigsvej 8
DK-2100 Kopenhagen Ø, Dänemark

Oder füllen Sie auf der Website des Regionalbüros für
Europa ein Online-Formular für Dokumentation/
Information bzw. die Genehmigung zum Zitieren/
Übersetzen aus
(<http://www.euro.who.int/PubRequest?language=German>).

Alle Rechte vorbehalten. Das Regionalbüro für Europa der
Weltgesundheitsorganisation begrüßt Anträge auf
Genehmigung zur teilweisen oder vollständigen
Reproduktion oder Übersetzung seiner Veröffentlichungen.

Die in dieser Publikation benutzten Bezeichnungen und die
Darstellung des Stoffes beinhalten keine Stellungnahme
seitens der Weltgesundheitsorganisation bezüglich des
rechtlichen Status eines Landes, eines Territoriums, einer
Stadt oder eines Gebiets bzw. ihrer Regierungs-
/Verwaltungsinstanzen oder bezüglich des Verlaufs ihrer
Staats- oder Gebietsgrenzen. Gestrichelte Linien auf Karten
bezeichnen einen ungefähren Grenzverlauf, über den
möglicherweise noch keine vollständige Einigkeit besteht.

Die Erwähnung bestimmter Firmen oder Erzeugnisse
bedeutet nicht, dass diese von der
Weltgesundheitsorganisation unterstützt, empfohlen oder
gegenüber ähnlichen, nicht erwähnten bevorzugt werden.
Soweit nicht ein Fehler oder Versehen vorliegt, sind die
Namen von Markenartikeln als solche kenntlich gemacht.

Die Weltgesundheitsorganisation hat alle angemessenen
Vorkehrungen getroffen, um die in dieser Publikation
enthaltenen Informationen zu überprüfen. Dennoch wird
die Veröffentlichung ohne irgendeine explizite oder
implizite Gewähr herausgegeben. Die Verantwortung für
die Deutung und den Gebrauch des Materials liegt bei der
Leserschaft. Die Weltgesundheitsorganisation schließt
jegliche Haftung für Schäden aus, die sich aus dem
Gebrauch des Materials ergeben. Die von den Autoren,
Redakteuren oder Expertengruppen geäußerten Ansichten
sind nicht unbedingt Ausdruck der Beschlüsse oder der
erklärten Politik der Weltgesundheitsorganisation.

Dieses Grundsatzpapier wurde
für die Europäische
Ministerkonferenz der WHO
zum Thema Gesundheitssysteme
(25. bis 27. Juni 2008,
Tallinn, Estland) verfasst. Es
erscheint in einer neuen
Reihe, die sich an politische
Entscheidungsträger und
Gesundheitssystemmanager
wendet.

In ihrem Rahmen sollen
zentrale Aussagen entwickelt
werden, welche die
Gestaltung von Politik auf der
Grundlage von Erkenntnissen
unterstützen. Die Herausgeber
beabsichtigen, die Reihe durch
kontinuierliche
Zusammenarbeit mit den
Autoren auszubauen und die
Berücksichtigung von
Grundsatzoptionen und
Umsetzungsfragen weiter zu
verbessern.

Inhalt

	Seite
Zentrale Aussagen	
Kurzfassung	
Grundsatzpapier	
Das Thema	1
Was ist eine chronische Erkrankung?	1
Was ist Krankheitsmanagement?	4
Optionen für politische Maßnahmen	5
Umsetzung	16
Fazit	20
Literatur	22
Anhang 1: Strategien zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren	27

Autor

Debbie Singh, Health Services Management Centre, University of Birmingham, Vereinigtes Königreich

Herausgeber

WHO-Regionalbüro für Europa und Europäisches Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik

Redakteur

Govin Permanand

Ko-Redaktion

Josep Figueras
John Lavis
David McDaid
Elias Mossialos

Redaktionsassistentz

Kate Willows
Jonathan North

Die Autorin und die Redakteure danken den Gutachtern für die Manuskriptdurchsicht und die vielen fachlich wertvollen Beiträge.

Zentrale Aussagen

- Chronische Erkrankungen kommen in allen Ländern vor. Die wichtigsten Gründe für ihre zunehmende Verbreitung sind demographische Veränderungen, höhere Lebenserwartung, veränderte Lebensgewohnheiten, verbessertes Krankheitsmanagement, bessere Behandlungsmethoden und eine genauere Kenntnis der Faktoren, die gesundheitliche Probleme und Krankheiten verursachen.
- In der Europäischen Region der WHO sind 86% der Todesfälle auf chronische Erkrankungen zurückzuführen. 50–80% der weltweiten Gesundheitsausgaben betreffen chronische Krankheiten. Wenn die Gesundheitssysteme ihre derzeitigen Krankheitsmanagement-Praktiken beibehalten, können sie die Versorgung der rapide steigenden Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen nicht mehr finanzieren.
- Krankheitsmanagement ist ein systematisches Verfahren zur Koordination von Gesundheitsversorgungsmaßnahmen auf den unterschiedlichsten Ebenen (individuelle, institutionelle, lokale und nationale Maßnahmen). Viele Erkenntnisse sprechen dafür, dass eine solche Koordination der Versorgungsumgebungen und -dienstleister wirksamer ist als einzelne oder unkoordinierte Maßnahmen.
- Die Grundsatzoptionen für ein Krankheitsmanagement sind breit gefächert. Sie können grob in individuelle Konzepte, Konzepte für Systeme der Leistungserbringung und systemweite Konzepte unterteilt werden. In den Ländern der Europäischen Region konzentrieren sich die Maßnahmen im Allgemeinen eher auf spezielle Krankheiten und nicht auf die Faktoren, die diese Krankheiten bedingen. Häufig werden die Maßnahmen nicht ausreichend koordiniert.
- Maßnahmen wie die Einteilung der Bevölkerung in Risikogruppen, die Bildung multidisziplinärer Teams und die Unterstützung der Selbsthilfe sind potenziell wirkungsvoll, doch ihr Erfolg ist davon abhängig, ob die politischen Programme und Strukturen sowie die finanziellen und sonstigen Anreize die Beteiligten bei der Zusammenarbeit unterstützen.
- Es gibt nicht die eine richtige Lösung für ein wirksames Krankheitsmanagement. Aus den weltweit gewonnenen Erkenntnissen geht hervor, dass die politischen Entscheidungsträger die nachstehenden Ziele verfolgen sollten:
 - Entschlossenheit und klare Visionen auf nationaler, regionaler oder institutioneller Ebene

- zuverlässige Informationserhebung und umfassender Datenaustausch zwischen allen Akteuren
 - Ausrichtung der Versorgung an den Bedürfnissen der Betroffenen und Differenzierung dieser Personen anhand ihrer unterschiedlichen Bedürftigkeit
 - Fokussierung auf die wichtigsten Risikofaktoren einschließlich umfangreicher Maßnahmen zur Krankheitsprävention
 - Förderung der Selbsthilfe und Stärkung der Position chronisch kranker Menschen und
 - Einbeziehung einer Vielzahl von Akteuren, z. B. Einzelpersonen, ehrenamtlicher und gemeindenaher Sektor, Kliniker, Privatwirtschaft und öffentlicher Dienst.
-

Kurzfassung

Das Thema

Die verbesserte Gesundheitsversorgung, veränderte Lebensgewohnheiten und der demographische Wandel haben dazu geführt, dass immer mehr Menschen länger leben und dabei häufig von chronischen Krankheiten betroffen sind, die derzeit nicht geheilt werden können. Es ist zu begrüßen, dass die Fortschritte in der Gesundheitsversorgung zu einer höheren Lebenserwartung geführt haben. Allerdings sind die Gesundheitsversorgungssysteme mit dem zunehmenden Auftreten chronischer Erkrankungen und den damit verbundenen höheren Kosten überfordert. 50–80% der Gesundheitsetats der Länder werden für chronische Erkrankungen ausgegeben – unabhängig davon, ob es sich um ein Land mit niedrigem, mittlerem oder hohem Einkommen handelt. Werden keine Maßnahmen ergriffen, so werden diese Ausgaben weiter steigen, da die Risikofaktoren wie Tabakkonsum, ungesunde Ernährung und unzureichende körperliche Bewegung weiterhin vorhanden sind.

Chronische Krankheiten sind für 86% der Todesfälle in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO verantwortlich. Die Länder haben Maßnahmen ergriffen, um die sozialen, gesundheitlichen und finanziellen Auswirkungen chronischer Erkrankungen einzudämmen. Wenn diese Maßnahmen isoliert eingesetzt werden, ist ihre Langzeitwirkung jedoch begrenzt, insbesondere was die notwendige Bekämpfung der Ungleichbehandlung im Gesundheitswesen betrifft und auch im Hinblick auf die Schwierigkeit, die Initiativen auf die verschiedenen lokalen Rahmenbedingungen der Region zu übertragen.

Krankheitsmanagement ist ein systematisches Verfahren zur Koordination von Gesundheitsversorgungsmaßnahmen und zum Informationsaustausch auf individueller, institutioneller, regionaler oder nationaler Ebene. Die vorliegenden Erkenntnisse sprechen dafür, dass koordinierte Lösungen wirksamer sind als einzelne oder unkoordinierte Maßnahmen, aber es ist unklar, welche Strategien am besten geeignet sind, um die verschiedenen Dienstleister, Regionen und Finanzierungssysteme optimal in die Maßnahmen einzubinden.

Optionen für politische Maßnahmen

Bei der Suche nach geeigneten politischen Maßnahmen zur Koordination des Krankheitsmanagements stehen verschiedene Lösungsansätze zur Auswahl, die sich nach den folgenden Schwerpunkten unterteilen lassen:

- individuelle Ebene
- Systeme der Leistungserbringung oder ausgewählte Komponenten dieser Systeme

- systemweite Konzepte oder Konzepte zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung.

Initiativen, die an Einzelpersonen ausgerichtet sind (z. B. auf der Grundlage psychologischer Theorien oder Verhaltenstheorien oder im Rahmen eines reinen Fallmanagements), können kurzfristige klinische Erfolge erzielen und sich auf diejenigen Menschen konzentrieren, die jeweils am stärksten betroffen sind. Bei einem individualistischen Ansatz ist es jedoch schwierig, die Maßnahmen im Bereich der Krankheitsprävention und -behandlung zu koordinieren, die von den verschiedenen Finanzierungssystemen und Versorgungsumgebungen ergriffen werden.

Liegt der Schwerpunkt der Maßnahmen auf dem System der Leistungserbringung, werden durch Informationsverarbeitung, neue Tätigkeitsfunktionen, Organisationsentwicklung und Anleitung zur Selbsthilfe die wichtigsten Versorgungskomponenten identifiziert und ins Zentrum der Maßnahmen gestellt. Ein Beispiel für diesen Lösungsansatz ist das sog. „Chronic-Care-Modell“ (Modell zur Versorgung chronischer Krankheiten), das zuerst in den Vereinigten Staaten entwickelt wurde. Die Erkenntnisse haben gezeigt, dass sich anhand solcher Lösungen die überflüssige Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen reduzieren und die gesundheitlichen Ergebnisse verbessern lassen. Die Umsetzung solcher Programme kann jedoch sehr ressourcenaufwändig sein, und ihre Wirksamkeit hängt davon ab, wie viel Ressourcen, Motivation und Anreize vorhanden sind.

Systemweite Konzepte bauen auf den Methoden auf, die für die Systeme der Leistungserbringung entwickelt wurden, doch sie konzentrieren sich stärker auf die Grundsatzentscheidungen, Strukturen und Gemeinschaftsressourcen, die für die Umsetzung und Verwirklichung langfristiger Veränderungen erforderlich sind. Häufig liegt der Schwerpunkt auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, und Ziel ist die Einbeziehung aller Versorgungsprogramme, -umgebungen und -dienstleister. Es gibt nicht viele evaluierte Beispiele für diesen Lösungsansatz, doch die WHO unterstützt mit ihrer Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten die systemübergreifende Prävention.

Die oben beschriebenen Lösungsansätze schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern können vielmehr nebeneinander eingesetzt werden, um auf diese Weise eine Strategie zu entwickeln, die für die individuellen Umstände des jeweiligen Umfelds am besten geeignet ist.

Umsetzung

Bei der Koordination von Krankheitsmanagement ist bereits eine Vielzahl verschiedener Lösungen umgesetzt worden. Diese können nach verschiedenen

Kriterien unterschieden werden: Entscheidungsträger (Staat, Berufsverbände oder Unternehmen), Integrationsgrad (individuelle/multiple Versorgungsumgebungen und -dienstleister), Art der Finanzierung (staatlich, privat oder gemischt), Methoden (Regulierung, Risikostratifikation, Fallmanagement, Unterstützung von Entscheidungen durch Decision-Support-Systeme und Förderung der Selbstversorgung) und Zielgruppen (gesamte Bevölkerung, Nutzer von Diensten, Fachkräfte, Institutionen und Behörden).

Es gibt nicht die eine richtige Lösung, die für alle 53 Länder der Region geeignet ist und in allen Ländern mit dem gleichen Erfolg umgesetzt werden könnte. Die in diesem Grundsatzpapier enthaltene beschreibende Zusammenfassung der Forschungsergebnisse legt den Schluss nahe, dass eine erfolgreiche Einbeziehung aller Versorgungsumgebungen an die folgenden Voraussetzungen geknüpft ist: starke Führungskompetenz auf nationaler, regionaler oder institutioneller Ebene; zuverlässige Informationserhebung und umfassender Datenaustausch zwischen allen maßgeblichen Akteuren; Ausrichtung der Versorgung an den Bedürfnissen der Betroffenen und Differenzierung der Betroffenen anhand ihrer unterschiedlichen Bedürftigkeit; Fokussierung auf die wichtigsten Risikofaktoren einschließlich umfangreicher Maßnahmen zur Krankheitsprävention; Förderung der Selbsthilfe und Einbeziehung zahlreicher Akteure, z. B. Einzelpersonen, ehrenamtlicher und gemeindenaher Sektor, Privatwirtschaft und öffentlicher Dienst.

Am wichtigsten ist vielleicht die Erkenntnis, dass eine routinemäßige Einbeziehung sämtlicher Versorgungsumgebungen in das Krankheitsmanagement erst erfolgen kann, wenn alle Akteure genügend Anreize haben, um Maßnahmen zur Krankheitsprävention und Gesundheitsversorgung umzusetzen. Wie sich chronische Leiden bekämpfen und minimieren lassen, ist durch solide Erkenntnisse belegt – unabhängig von der Größe des jeweiligen Landes. Für die politischen Entscheidungsträger besteht die Herausforderung daher darin, eine optimale Umsetzung der Maßnahmen, die für ihr Umfeld geeignet sind, zu gewährleisten. Infolgedessen müssen die politischen Entscheidungsträger die wichtigsten Akteure identifizieren und ermitteln, was diese Akteure zur Umsetzung umfassender Krankheitspräventionsmaßnahmen und abgestimmter Versorgungslösungen motivieren könnte. Anschließend müssen Systeme eingeführt werden, die entsprechende Anreize beinhalten.

Grundsatzpapier

Das Thema

Fortschritte in der Gesundheitsversorgung und -technik haben dazu geführt, dass die Menschen eine höhere Lebenserwartung haben und manchmal Krankheiten überleben, die früher tödlich geendet hätten. Zusammen mit veränderten Lebensgewohnheiten haben diese Fortschritte eine steigende Inzidenz chronischer Krankheiten verursacht. 86% der Todesfälle in der Europäischen Region der WHO sind auf chronische Krankheiten zurückzuführen, und drei Viertel der Gesundheitsausgaben entfallen auf den Bereich chronische Krankheiten (1). Krankheitsmanagement hat eine hohe Priorität in allen Ländern, die die Lebensqualität steigern und die Belastung der Gesundheitssysteme senken möchten.

Es gibt zahlreiche Erkenntnisse über erfolgreiche Maßnahmen, mit denen sich die Belastung durch chronische Krankheiten verringern lässt. Weniger klar ist jedoch, welche Politik notwendig ist, um die laufende Einführung und Aufrechterhaltung solcher Maßnahmen zu gewährleisten (2). Jedes Land und jede Region unterliegt unterschiedlichen Voraussetzungen, und daher gibt es nicht die eine Grundsatzoption, die für alle Systeme und Umgebungen maßgeblich und geeignet wäre. Auf der Grundlage eines beschreibenden Überblicks über die einschlägigen Forschungsarbeiten und unter Berücksichtigung der Grundsatzoptionen und Dienstleistungen, die in verschiedenen Umgebungen erprobt wurden, bündelt dieses Grundsatzpapier die wichtigsten Ergebnisse zu der Frage, wie Krankheitsmanagement-Programme unter Einbeziehung verschiedener Umgebungen, Einrichtungen und Finanzierungsmodelle umgesetzt werden können. Es werden die erfolgsträchtigsten Komponenten von Strategien zur Bekämpfung chronischer Krankheiten hervorgehoben und die wichtigsten Aussagen zusammengestellt, damit die politischen Entscheidungsträger prüfen können, in welchem Umfang diese Faktoren derzeit in ihren Ländern berücksichtigt werden bzw. ob und wie sie einbezogen werden können.

Was ist eine chronische Erkrankung?

Die WHO definiert chronische Krankheiten als „lange andauernde und im Allgemeinen langsam fortschreitende Krankheiten“ (3) und die United States Centers for Disease Prevention and Control [Krankheitspräventions- und -kontrollzentren der Vereinigten Staaten] haben als Definition festgelegt: „Krankheiten, die nach ihrem Auftreten nicht geheilt werden, ... gelten als chronisch. ... Darüber hinaus gelten Krankheiten, die drei Monate oder länger andauern, als chronisch.“ (4). Die häufigsten chronischen Krankheiten in der Europäischen Region sind Herzkrankheit, Schlaganfälle, Krebs, Atemwegserkrankungen, Diabetes und psychische Gesundheitsprobleme (1). In diesem

Grundsatzpapier wird Krebs als chronische Krankheit behandelt, weil die WHO Krebs in ihre Prognosen und wirtschaftlichen Kalkulationen einbezieht. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass Krebserkrankungen einen besonderen Verlauf aufweisen und einige Grundsatzoptionen daher eventuell weniger relevant sind.

Laborstudien und klinische sowie bevölkerungsbasierte Studien deuten darauf hin, dass einige wenige Risikofaktoren für die meisten chronischen Erkrankungen verantwortlich sind: ungesunde Ernährung und hohe Energiezufuhr, unzureichende körperliche Betätigung und Tabakkonsum. Alkoholkonsum, Umweltverschmutzung, Alter und Erbanlagen spielen ebenfalls eine Rolle. Diese Risikofaktoren gelten sowohl für Männer als auch für Frauen (5).

Chronische Erkrankungen gehören zu den größten Herausforderungen für die Gesundheitsversorgungssysteme. Viele chronisch kranke Menschen leben trotz ihrer Krankheit noch längere Zeit weiter, doch sie müssen ständig versorgt werden. Risikofaktoren wie Adipositas, Rauchen und unzureichende Bewegung sind weit verbreitet, und daher wird die Zahl chronischer Erkrankungen weiter ansteigen, wenn keine deutlichen und nachhaltigen politischen Maßnahmen ergriffen werden. Chronische Krankheiten betreffen reiche und arme Menschen, Kinder und Senioren sowie Frauen und Männer. Sie kommen in allen Ländern vor. 80% der weltweit durch chronische Krankheiten bedingten Todesfälle ereignen sich in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Weltweit sind mittlerweile mehr Menschen von chronischen Erkrankungen als von

Abb. 1: Hauptursachen chronischer Krankheiten nach WHO



Quelle: Preventing chronic disease: a vital investment. WHO global report (1).

Infektionskrankheiten betroffen, und auf chronische Krankheiten entfällt der Löwenanteil der Krankheitslast in der Europäischen Region (Tabelle 1). Herzkrankheit und Schlaganfall sind in allen 53 Ländern der Europäischen Region die Haupttodesursachen.

Die Länder können sich eine Beibehaltung des Status Quo nicht leisten. Die Kosten für das Gesundheitswesen sind zu hoch, und darüber hinaus gehen mit den Produktivitätseinbußen beträchtliche wirtschaftliche Kosten einher (6).

Tabelle 1: Krankheitslast und Todesfälle aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten in der Europäischen Region der WHO nach Ursachen, 2005

Ursachengruppen	Krankheitslast		Todesfälle	
	DALY ^a (in Tausend)	Anteil an allen Ursachen (%)	Anzahl (in Tausend)	Anteil an allen Ursachen (%)
Ausgewählte nichtübertragbare Krankheiten				
Herz-Kreislauf- Erkrankungen	34 421	23	5 067	52
Neuropsychiatrische Erkrankungen	29 370	20	264	3
Krebs (bösartige Neoplasmen)	17 025	11	1 855	19
Erkrankungen des Verdauungsapparats	7 117	5	391	4
Atemwegs- erkrankungen	6 835	5	420	4
Erkrankungen der Sinnesorgane	6 339	4	0	0
Skelettmuskel- erkrankungen	5 745	4	26	0
Diabetes mellitus	2 319	2	153	2
Mundkrankheiten	1 018	1	0	2
Summe nicht- übertragbarer Krankheiten	115 339	77	8 210	86
Alle Ursachen	150 322	100	9 564	100

^a DALY: disability-adjusted life-years – behinderungsbereinigte Lebensjahre.

Quelle: *Preventing chronic disease: a vital investment. WHO global report (1).*

Beispielsweise werden für das Volkseinkommen der Russischen Föderation im Zeitraum zwischen 2005 und 2015 Ausfälle in Höhe von schätzungsweise 300 Mrd. internationalen Dollar¹ prognostiziert, die durch Herzkrankheit, Schlaganfälle und Diabeteserkrankungen bedingt sind (1).

Die Kosten und Folgen chronischer Krankheiten sind beträchtlich, doch chronische Krankheiten können reduziert bzw. ihr Ausbruch erheblich verzögert werden. Veränderungen müssen nicht kostspielig sein, und die Wege zur Prävention bzw. Bekämpfung der meisten chronischen Krankheiten sind bereits bekannt. Dazu zählen Maßnahmen, die sich an Einzelpersonen oder Familien richten (z. B. Informationsbroschüren und proaktive Hotlines), Initiativen zugunsten von Gesundheitsfachkräften (z. B. Decision-Support-Systeme, Vorbereitung auf neue Tätigkeitsfelder und multidisziplinäre Teams), organisatorische Veränderungen (z. B. berufliche Fortbildungen und sektorenübergreifende Projekte) und auf die Bevölkerung abzielende Strategien (z. B. Werbemaßnahmen für die Gesundheitsförderung und Einteilung der Betroffenen in Risikostufen) (7). Krankheitsmanagement konzentriert sich nicht ausschließlich auf bestimmte Maßnahmen, sondern koordiniert die Versorgung und gewährleistet, dass die Betroffenen im richtigen Moment die notwendige Unterstützung erhalten. Die vorliegende Evidenz deutet darauf hin, dass planmäßige proaktive Versorgung die Lebensqualität erhöhen und die gesundheitlichen Ergebnisse von chronisch kranken Menschen verbessern kann (8–10).

Was ist Krankheitsmanagement?

Das von Kaiser Permanente entwickelte Versorgungsdreieck wird häufig verwendet, um die Versorgung chronisch Kranker in drei Ebenen zu unterteilen (eingerahmt durch Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zugunsten der gesamten Bevölkerung):

- Förderung der Selbstversorgung bei chronisch kranken Menschen, bei denen das Risiko einer Komplikation und Hospitalisierung gering ist;
- Krankheitsmanagement für Menschen, die regelmäßige Routinefolgeuntersuchungen benötigen und einem hohen Risiko unterliegen; und
- Fallmanagement bei Menschen mit komplexen Bedürfnissen, die intensive Nutzer außerplanmäßiger Sekundärversorgung sind.

1 Ein internationaler Dollar ist eine hypothetische Währung, die als Hilfsmittel zur Übertragung und zum Vergleich von Kosten zwischen verschiedenen Ländern eingesetzt wird, indem man auf den US-Dollar als gemeinsame Referenz zurückgreift. Ein internationaler Dollar hat dieselbe Kaufkraft, die der US-Dollar in den Vereinigten Staaten hat. Dies nennt man auch Kaufkraftparität.

In diesem Grundsatzpapier wird Krankheitsmanagement als Koordination der Versorgung auf allen Ebenen definiert.

Krankheitsmanagement-Programme organisieren die Versorgung in multi-disziplinären Programmen mit vielen Komponenten, wobei ein proaktiver Ansatz verfolgt wird, der den gesamten Verlauf einer chronischen Erkrankung berücksichtigt (11). Krankheitsmanagement beinhaltet die Koordination von gesundheitsbezogenen, pharmazeutischen oder sozialen Maßnahmen, mit denen die gesundheitlichen Ergebnisse der Menschen und die Kosteneffizienz verbessert werden sollen. Dem liegt die Überzeugung zugrunde, dass eine systematische Herangehensweise der optimale und kosteneffizienteste Weg ist, um die Gesundheitsversorgung sicherzustellen (12).

Optionen für politische Maßnahmen

In den letzten zehn Jahren wurden von den Ländern in der gesamten Region Politiken und Gesetze entwickelt, um chronische Erkrankungen und deren Risikofaktoren einzudämmen und zu bekämpfen (Tabelle 2). Viele der Maßnahmen zielen jedoch auf spezielle Krankheiten wie Diabetes, Herzkrankheit und Krebs ab, und nicht auf Determinanten wie Gewichtskontrolle und ausreichende Bewegung.

Bei der Abstimmung des Krankheitsmanagements unter Einbeziehung der verschiedenen Versorgungsumgebungen und -dienstleister kann der Schwerpunkt der politischen Interventionen auf folgenden Ebenen liegen:

- individuelle Ebene
- Systeme der Leistungserbringung oder ausgewählte Komponenten dieser Systeme
- systemweite Konzepte oder Konzepte zur Förderung der Gesundheit der Bevölkerung.

Diese Lösungsansätze schließen sich gegenseitig nicht aus und werden hier lediglich als Rahmen vorgestellt, um die Überlegungen zur lokalen Umsetzung und zu den Ressourcen zu ergänzen.

Initiativen auf individueller Ebene

Maßnahmen auf individueller Ebene legen den Schwerpunkt darauf, die Versorgung der Nutzer von Gesundheitsdiensten oder ihrer Familien zu koordinieren. Sie beinhalten Lösungen, die auf psychologischen oder verhaltensbasierten Theorien beruhen, sowie einige Formen von Fallmanagement und Modelle zu den Stadien der Verhaltensänderung [Stages of Change Models]. Aus Platzgründen können die Initiativen auf individueller Ebene hier nicht näher untersucht werden, doch ein Beispiel veranschaulicht einige zentrale Elemente dieses Konzepts.

Tabelle 2: Konzepte, Programme und Gesetze zu nichtübertragbaren Krankheiten in 38 Ländern der Europäischen Region nach einer WHO-Studie (2005–2006)

Bereich	Nationale Gesundheitskonzepte	Spezielle nationale Programme	Spezielle Gesetze, Verordnungen oder sonstige Rechtsvorschriften
Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten	28	28	–
Bekämpfung des Tabakkonsums	28	25	37
Ernährung	24	20	35
Bewegung	19	17	13
Bekämpfung des Alkoholkonsums	19	17	28
Bluthochdruck	15	16	–
Diabetes	20	29	–
Herzkrankheit	20	20	–
Schlaganfall	17	14	–
Krebs	23	23	–
Chronische Atemwegserkrankungen	13	10	–
Sonstige chronische Krankheiten	10	10	–

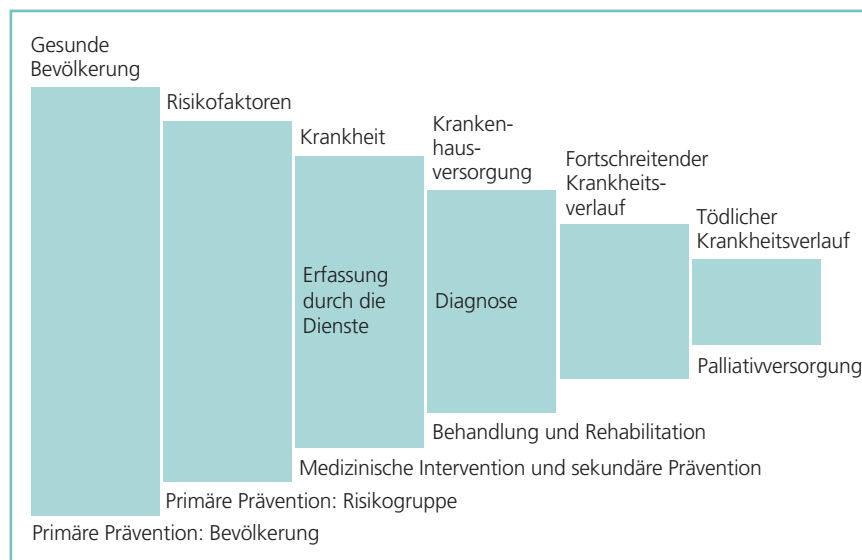
Quelle: *Zugewinn an Gesundheit: Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten* (13).

Das (transtheoretische) Stages-of-Change-Modell, das die Stadien der Verhaltensänderung beschreibt und zur Bekämpfung des Rauchens und der Drogen- und Alkoholabhängigkeit entwickelt wurde, ist auf zahlreiche andere gesundheitsbezogene Verhaltensweisen angewendet worden (14). Nach diesem Modell durchschreiten Menschen bei ihrer Entwicklung mehrere Stadien: Absichts-

losigkeit, Absichtsbildung, Entscheidung, Handlung und Aufrechterhaltung. Je nachdem, in welchem Stadium des Veränderungsprozesses sich die Betroffenen befinden, sind unterschiedliche Maßnahmen angezeigt. Diese Konzepte werden manchmal mit einem Lebensphasenkonzept verbunden, bei dem die Versorgung chronischer Erkrankungen ausgehend von der allgemeinen Bevölkerung über Menschen, die nach Risikofaktorexposition eine oder mehrere langfristige Krankheiten entwickeln, bis hin zu Menschen, die tödlich erkranken, während der gesamten Lebensphase verfolgt wird (Abb. 2). Das Konzept geht davon aus, dass in den verschiedenen Phasen der Krankheitsentwicklung unterschiedliche Präventionsprogramme, Behandlungen, Rehabilitations- und Palliativmaßnahmen erforderlich sind (15).

Die Wirksamkeit solcher individualistischen Modelle ist unklar (17). Einige Untersuchungen deuten darauf hin, dass sie bestimmte Verhaltensweisen wie Essgewohnheiten und körperliche Bewegung verändern können (18), doch es gibt nur wenige Hinweise darauf, dass solche Rahmenmodelle in der Folge zu tatsächlichen Veränderungen in Bereichen wie grundsätzlicher Lebensstil, Mammographieuntersuchungen, Einhaltung von Therapieanweisungen und Reduzierung des Tabak- und Alkoholkonsums führen (19). Dies kann jedoch auch daran liegen, dass die Maßnahmen zu kurzfristig oder nicht zielgerichtet sind oder die Teilnehmer einem falschen Veränderungsstadium zugeordnet werden.

Abb. 2: Das Lebensphasenkonzept



Quelle: Übernommen von Suñol et al. (16).

Arzneimittelhersteller und andere Unternehmen, aber auch Arbeitsplatzinitiativen setzen manchmal derartige Konzepte um. In den Vereinigten Staaten gibt es hierfür zahlreiche Beispiele. Auch in Europa gab es Versuche, einschließlich in Form von öffentlich-privaten Partnerschaften (Kasten 1). So arbeitet beispielsweise ein italienisches Arzneimittelunternehmen mit den Gesundheitsdiensten zusammen, um ein proaktives Versorgungsmanagement aufzubauen, das vom Pflegepersonal geleitet wird und auf dem Stages-of-Change-Modell basiert. Das speziell geschulte Pflegepersonal verwendet ein webbasiertes Decision-Support-System, um die Betroffenen regelmäßig zu motivieren, zu erinnern und gegebenenfalls an andere Stellen zu überweisen und um die Versorgung von Einzelpersonen durch Hausärzte zu koordinieren (20) (Kasten 1). Systematische Übersichtsarbeiten zu ähnlichen Maßnahmen in anderen Teilen der Welt kommen zu dem Schluss, dass proaktive individuelle – oftmals telefonische – Unterstützung zu kurzfristigen gesundheitlichen Erfolgen führen kann. Die Auswirkungen auf die Nutzung der Gesundheitsdienste sind jedoch ungewiss (21). Telefonisches Versorgungsmanagement, das auf Einzelpersonen abzielt, kommt für einige Länder nicht in Frage, da die Umsetzung kostspielig sein kann und eine gewisse technische Infrastruktur erforderlich macht. Außerdem kann dieses Vorgehen zu einer Ungleichbehandlung führen, da sich nicht alle Menschen ein Telefon

Kasten 1: Das Stages-of-Change-Modell in der Praxis

Eine öffentlich-private Partnerschaft zwischen der Regierung der Region Apulien und einer privaten Organisation verwendete einen teambasierten Ansatz, bei dem das Pflegepersonal (Versorgungsmanagement), Ärzte und Spezialisten partnerschaftlich zusammenarbeiteten, um 1153 Nutzer zu versorgen. Die örtliche Gesundheitsbehörde beschäftigte 30 Krankenschwestern und -pfleger in allgemeinärztlichen Praxen, wo diese persönlichen Kontakt zu den Nutzern der Gesundheitsdienste hatten und ein individualisiertes Stages-of-Change-Modell im Rahmen des Krankheitsmanagements anwendeten. Den Hausärzten wurden finanzielle Anreize geboten, die mit bestimmten Zielvorgaben bei der Teilnahme an den Programmen und bei der Bewertung sowie Indikatoren zur Messung der klinischen Ergebnisse verbunden waren.

Im Rahmen einer 18-monatigen Evaluierung auf der Grundlage von Beobachtungen, die vor und nach dem Versuch durchgeführt wurden, wurde festgestellt, dass die verordnete Medikation besser eingehalten wurde; 66% der Teilnehmer gaben an, dass sich ihr allgemeiner Gesundheitszustand verbessert habe; 59% berichteten von einer verbesserten Funktionsfähigkeit und 60% waren der Ansicht, dass sich ihr Verhältnis zum Hausarzt verbessert habe.

Dieses Modell für das Versorgungsmanagement wurde aus einem Modell aus den Vereinigten Staaten entwickelt (das US-Modell basierte auf Telefonbetreuung). Aus den vorliegenden Erkenntnissen ergibt sich, dass es bei der erfolgreichen Umsetzung von Grundsatzoptionen auf mehrere Faktoren ankommt: Eine entscheidende Rolle spielen die Finanzierung, die Ärzte und die Teilnehmer („the 3 Ps: Payers, Practitioners and Participants“) (22).

leisten können und die Verwendung eines Telefons in manchen Kulturen weniger gebräuchlich bzw. angemessen ist.

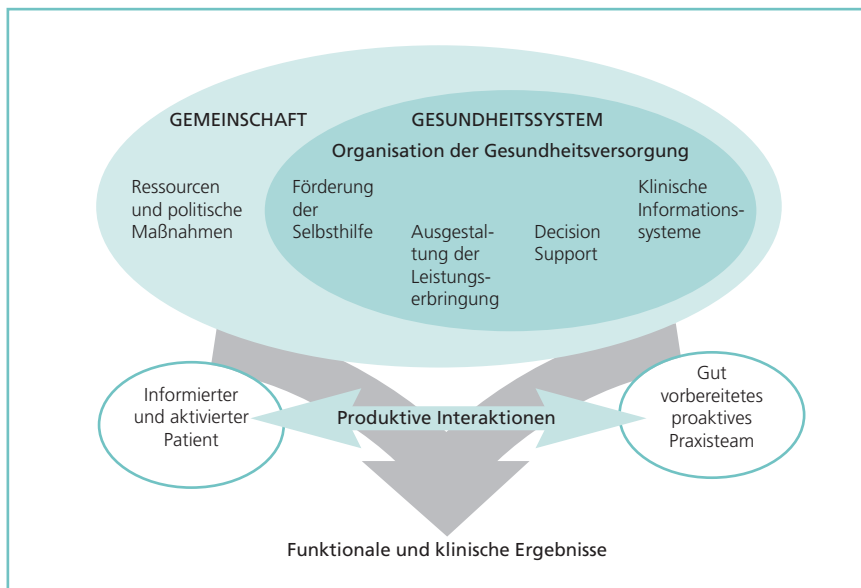
Ein individualistisches Krankheitsmanagement kann für die Motivation von Familien hilfreich sein, doch Untersuchungen haben ergeben, dass individuell ausgerichtete Lösungen auf Landes- oder Regionalebene mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht kosteneffizient oder nachhaltig sind. Normalerweise sind diese Lösungen nicht systematisch erarbeitet worden. Daher können sie nicht die Vorteile bieten, die bei der gleichzeitigen Organisation der Versorgung einer größeren Zahl von Einzelpersonen entstehen (23). Programme, die sich an individuellen Bedürfnissen orientieren, sind zwar wichtig, aber sie sind möglicherweise dann wirksamer, wenn sie in ein systemweites Krankheitsmanagement eingebunden werden.

Initiativen zum System der Leistungserbringung

Grundsatzoptionen, die am System der Leistungserbringung ansetzen, streben eine Koordination des Krankheitsmanagements durch verschiedene Komponenten der Leistungserbringung an. Eines der weitest verbreiteten Modelle ist das allgemeine Chronic-Care-Modell, das zuerst in den Vereinigten Staaten entwickelt wurde. Nach diesem Modell basiert Krankheitsmanagement auf sechs wesentlichen, sich gegenseitig bedingenden Komponenten: Organisation der Gesundheitsversorgung, Ausgestaltung der Leistungserbringung, Ressourcen und Politik der Gemeinschaft, Förderung der Selbsthilfe, Unterstützung von Entscheidungen (Decision Support) und klinische Informationssysteme (24) (Abb. 3). Dänemark, Deutschland, England, Frankreich, Irland, Italien, Schottland, Schweden und Wales haben sich für eine Politik entschieden, die in gewissem Umfang auf diesem Modell basiert und die Erbringung der Gesundheitsleistungen in den Vordergrund stellt (25). Dabei verfolgen die einzelnen Länder sehr unterschiedliche Lösungsansätze. Gemeinsam ist ihnen jedoch die Verankerung des Krankheitsmanagements auf der Ebene der Leistungserbringung.

Konzepte, die das System der Leistungserbringung in den Mittelpunkt stellen, sind auf nationaler Ebene und durch lokale oder regionale Gruppen getestet worden, die im Rahmen eines bestimmten Versorgungsprogramms oder in einer bestimmten Versorgungsumgebung Leistungen erbringen (Kasten 2). Beispielsweise hat sich in Deutschland die Ärzteschaft zunächst gegen ein Chronic-Care-Modell gewehrt, das auf evidenzbasierten Richtlinien und Datenaustausch beruht, doch mittlerweile werden krankheitsspezifische Programme umgesetzt (26). Es wurden Gesetze eingeführt, die Anreize für Leistungserbringer enthalten, Lösungen zu entwickeln, mit denen die Versorgung von langfristig erkrankten Menschen koordiniert werden kann. Darüber hinaus werden neue Instrumente zum Risikostrukturausgleich getestet (27).

Abb. 3: Das Chronic-Care-Modell



In den Niederlanden setzt die Regierung seit über 10 Jahren (noch bevor das Modell formal entwickelt war) Komponenten des Chronic-Care-Modells um. Transmural-Care-Programme [integrierte Versorgung durch verschiedene Institutionen einschließlich Krankenhausversorgung, Hauskrankenpflege und sozialer Dienste] sollen die Versorgungslücke zwischen Krankenhausversorgung und gemeindenaher Versorgung schließen (Übergangsvorsorge), doch in der Fachliteratur gibt es Stimmen, denen zufolge dieser Ansatz nicht breit genug ist, um langfristige Wirkungen zu entfalten (28).

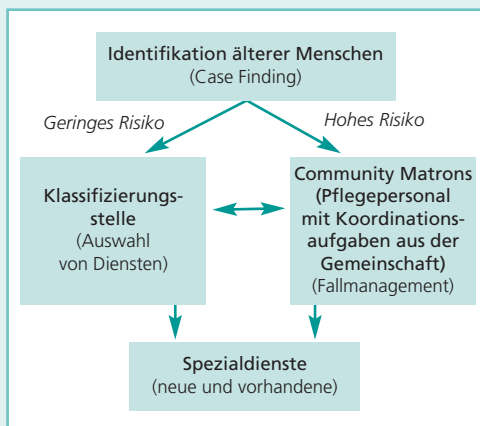
Die Wirksamkeit von Konzepten, die auf dem System der Leistungserbringung basieren, ist vielfach untersucht worden, wengleich viele Studien und Übersichtsarbeiten sich mehr auf einzelne Komponenten und nicht auf das Gesamtmodell konzentriert haben. Die überwiegend beschreibenden Studien haben festgestellt, dass Organisationen, die neue Konzepte für das System der Leistungserbringung eingeführt haben, bessere Verfahren und Ergebnisse sowie eine Kostensenkung erreichen konnten (29,30). Die Studien enthalten jedoch keine Aussage dazu, ob solche Modelle wirksamer sind als andere Lösungen oder ob sie Schwachstellen aufweisen.

Einige Hinweise (31–33) deuten darauf hin, dass Konzepte, deren Schwerpunkt auf der Leistungserbringung liegt, die Qualität der Versorgung für Menschen

Kasten 2: Beispiele für Versuche mit neuen Optionen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen

In verschiedenen Regionen Englands wurden innovative Optionen für die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen getestet, mit denen ältere Menschen, die an langfristigen Krankheiten litten, unterstützt wurden. Eine Kommune übernahm die Federführung bei einer Partnerschaft zwischen Gesundheits- und Sozialdiensten sowie gemeindenahen und ehrenamtlichen Diensten. Dies beinhaltete auch gemeinsame Finanzierungsmodelle und die gemeinsame Erbringung der Dienstleistungen. Ziel ist die Integration präventiver und spezialisierter Versorgung im Rahmen eines zusammenhängenden Servicepakets, das es älteren Menschen ermöglicht, weiterhin in ihren bisherigen Wohnungen zu bleiben und ihre Unabhängigkeit zu bewahren. Zentrale Bestandteile dieser Lösung sind die proaktive Identifikation der Nutzer, spezialisierte Dienstleistungen für Menschen, bei denen die Gefahr groß ist, dass sie ins Krankenhaus eingewiesen werden müssen, und die Überweisung an andere Dienste, soweit die Betroffenen weniger versorgungsbedürftig sind.

Durch individuelle Risikobeurteilung anhand von Case-Finding-Tools und Überweisungen von Gesundheitsfachkräften wurden ältere Menschen identifiziert, die besondere Unterstützung benötigen könnten. Ergab die Bewertung, dass das Risiko einer notwendigen Krankenhauseinweisung hoch war, so wurden die Betroffenen an spezialisiertes Pflegepersonal und andere Dienste überwiesen. Menschen mit geringerem Risiko wurden von einer Klassifizierungsstelle beurteilt, die von ehrenamtlichen Kräften betrieben wurde. Darüber hinaus entwickelte man spezialisierte Präventivdienste, z. B. zur



Vermeidung von Stürzen, Bewertungsverfahren für Demenz im Anfangsstadium, Teams für Sozialarbeit in Krankenhäusern, Modelle für das Medikamentenmanagement und Teams zur Vermeidung von Rettungssanitätäreinsätzen (s. Abb.).

Der innovative Ansatz dieses Modells beruht auf den folgenden Aspekten:

- Integration (Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialdiensten und Steuerung der Finanzierung durch die Kommune)
- Erweiterung der Kapazitäten durch Ersetzung von Dienstleistungen (Einsatz ehrenamtlicher Kräfte in der Klassifizierungsstelle)
- Verlegung des Ortes der Versorgung (Hausversorgung und gemeindenaher Dienste)
- Einteilung der Nutzer in Gruppen mit hohem und niedrigem Risiko und
- neue Arten der Leistungserbringung (Hausbesuche durch Mitarbeiter der Klassifizierungsstelle und Apotheker)

In ganz England wurden 29 ähnliche Pilotprogramme durchgeführt. Die Finanzierung wurde von der britischen Regierung übernommen, die die Gelder an die einzelnen Dienstleister überwies und diese ersuchte, als Konsortium zusammenzuarbeiten. Die Auswirkungen auf die klinischen Indikatoren, die Stimmung unter den Mitarbeitern und die Inanspruchnahme der Dienste (einschließlich der Zahl der Einweisungen) wurden überwacht. Erste Erkenntnisse deuten darauf hin, dass in den Regionen, die integrierte präventive Krankheitsmanagement-Lösungen umgesetzt hatten, weniger Hospitalisierungen zu verzeichnen waren als in anderen Gebieten.

Bei diesem integrierten Programm lag die größte Schwierigkeit darin, geeignete Instrumente zu entwickeln und anzuwenden, mit denen sich die Betroffenen identifizieren ließen und eine Risikostratifikation durchgeführt werden konnte. Der organisationsübergreifende Austausch von Daten aus der Gesundheits- und Sozialversorgung war mit den vorhandenen Informationssystemen nicht möglich, und es konnte für die betroffene Bevölkerung keine Liste erstellt werden, auf der alle Personen über 65 Jahren samt Stratifizierung ihres Hospitalisierungsrisikos anhand von Algorithmen aufgeführt waren. Die beteiligten Gesundheitsdienste entwickelten jeweils ihre eigenen Kriterien für die Priorisierung und Einbeziehung, so dass die Umsetzung des Programms nicht so koordiniert erfolgte wie ursprünglich geplant.

mit langfristigen Krankheiten verbessern können, doch die Erkenntnisse zu den klinischen Ergebnissen sind sehr uneinheitlich (34). Einige Untersuchungen (35,36) kommen zu dem Schluss, dass Lösungen, deren Schwerpunkt auf der Leistungserbringung liegt, die klinischen Ergebnisse verbessern, das Hospitalisierungsrisiko verringern und die Kosten senken können. In einer Übersichtsarbeit (24) wurde festgestellt, dass Konzepte zur Erbringung von Gesundheitsleistungen für Patienten mit langfristigen Erkrankungen, z. B. kongestiven Herzerkrankungen, Asthma und Diabetes, eine Kostensenkung in der Gesundheitsversorgung oder eine geringere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zur Folge hatten. Im Hinblick auf die Wirkung, die diese Konzepte bei den klinischen Ergebnissen oder der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entfalten, gibt es jedoch einige Gegenstimmen (37,38). Auch die wirksamsten Konzepte und Maßnahmen im Bereich der Leistungserbringung haben tendenziell nur geringe Auswirkungen (39).

In mehreren Übersichtsarbeiten wurden die wirksamsten Komponenten von Konzepten, die an der Leistungserbringung ansetzen, untersucht. So wurde in einer Meta-Analyse (40) festgestellt, dass es für eine Verbesserung der Ergebnisse nicht auf einzelne Elemente des Chronic-Care-Modells ankam, sondern dass eine veränderte Ausgestaltung des Systems der Leistungserbringung sowie die Förderung von Selbsthilfe dazu führten, dass die Verfahren und Ergebnisse deutlich verbessert werden konnten. In den Vereinigten Staaten hat die RAND Corporation eine formale Evaluierung des Chronic-Care-Modells unter Einbeziehung von mehr als 40 Organisationen durchgeführt. Es wurde festgestellt, dass das Modell die Verfahren und Versorgungsergebnisse, einschließlich klinischer Ergebnisse, Zufriedenheit und Kosten, verbessern kann (41). Vier Komponenten

wurden identifiziert, bei denen die größte Wahrscheinlichkeit gegeben war, dass nachhaltige Veränderungen erzielt werden könnten: Organisation von Praxisteams; gemeinsame Entscheidungsfindung mit langfristig erkrankten Menschen; Förderung der Teilnahme von Dienstleistern an den Verbesserungsinitiativen; und umfassendere Methoden zur Patientenaufklärung. Im Mittelpunkt aller vier Komponenten standen Kommunikation, Beteiligung und Engagement – allesamt Kernelemente von Grundsatzoptionen, die sich an der Bevölkerungsgesundheit oder an einem systemweiten Ansatz orientieren. Solche Ergebnisse sind wichtig, weil sie genau untersuchen, welche Komponenten des Rahmenmodells den größten Nutzen aufweisen und ob das gesamte Modell oder nur einige Komponenten übernommen werden sollten.

Viele Forschungserkenntnisse zu diesen Rahmenmodellen sind rein deskriptiv und können nicht für kausale Schlussfolgerungen herangezogen werden. Es gibt Versuche und Übersichtsarbeiten zu einzelnen Komponenten wie Patientenaufklärung oder Selbsthilfe, doch zu den Wirkungen des grundsätzlichen Konzepts, sich auf die Ebene der Leistungserbringung auszurichten, gibt es nur wenige qualitativ hochwertige Studien. Die wenigen Studien, die diesen Bereich untersuchen, erfassen nur eine relativ geringe Teilnehmeranzahl, wurden von der Industrie gefördert oder analysieren nicht die Inanspruchnahme von Leistungen und deren Kosten (42,43). Die meisten Erkenntnisse stammen aus den Vereinigten Staaten. Neuere Studien aus der Europäischen Region untermauern jedoch diese Tendenzen (25).

Systemweite Initiativen

Systemweite Krankheitsmanagement-Konzepte bauen auf den Methoden auf, die für die Systeme der Leistungserbringung entwickelt wurden, doch sie konzentrieren sich stärker auf die Grundsatzentscheidungen, Strukturen und Gemeinschaftsressourcen, die für die Umsetzung und Verwirklichung eines langfristigen Wandels erforderlich sind. Häufig liegt der Schwerpunkt auf Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, und Ziel ist die Einbeziehung aller Versorgungsprogramme, -umgebungen und -dienstleister. Die Ratifikation der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (13) deutet darauf hin, dass sektorenübergreifende und systembasierte Lösungen grundsätzlich unterstützt werden. Außer dem Integrierten Länderprogramm zur Intervention bei nichtübertragbaren Krankheiten (CINDI) gibt es nur wenige gut evaluierte Beispiele für diesen Lösungsansatz (Kasten 3). Anscheinend möchten die Länder gern systemweite Lösungen einführen, doch derzeit setzen die meisten Staaten Konzepte um, die an der Erbringung der Gesundheitsdienste ansetzen (23,25).

Eine weitere systemweite Lösung ist das WHO-Rahmenmodell Innovative Care for Chronic Conditions, das im Gegensatz zum Chronic-Care-Modell seinen

Kasten 3: Maßnahmen zur Umsetzung einer systemweiten Initiative

Das CINDI-Netzwerk umfasst über 30 Länder in der Europäischen Region der WHO sowie Kanada. Sein Ziel besteht in der Bereitstellung eines integrierten Mechanismus, mit dem Maßnahmen zur Vermeidung und Bekämpfung von Risikofaktoren und zur Einbeziehung ihrer sozialen und umweltbedingten Determinanten geprüft werden sollen. Das Programm beruht auf der Annahme, dass integrierte Maßnahmen gegen gängige Risikofaktoren auf lokaler, nationaler und regionaler Ebene die Zahl langfristiger Erkrankungen reduzieren und den allgemeinen Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessern können. Grundlage ist eine Vier-Punkte-Strategie: Sie richtet sich auf vier langfristige Krankheiten (Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische obstruktive Lungenerkrankungen und Diabetes), berücksichtigt die Wirkungen von vier lebensstilbezogenen Faktoren und vier sozialen Determinanten und verwendet vier Hauptstrategien zur Herbeiführung von Veränderungen, die mit einer Reihe von integrierten Lösungskonzepten verknüpft sind.

CINDI legt den Schluss nahe, dass die folgenden zentralen Komponenten auf regionaler, nationaler und internationaler Ebene gefördert werden müssen:

- Überwachung der Entwicklung langfristiger Krankheiten und ihrer Determinanten
- Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung zur Senkung vorzeitiger Morbidität, Mortalität und Invalidität
- innovative Gesundheitsversorgung und wirksames Management, das auf die lokalen Gegebenheiten zugeschnitten ist.

Dänemark, Frankreich und Kanada sind dabei, Teile dieses Konzepts umzusetzen (44), doch fehlt es noch an Erkenntnissen zur Wirksamkeit und an Vergleichen mit anderen Rahmenmodellen. Das Konzept wird hier als Bausteinmodell vorgestellt, auf das die politischen Entscheidungsträger zurückgreifen können, wenn sie ein integriertes lokales Krankheitsmanagement-Modell unter Einbeziehung verschiedener Dienstleister einrichten wollen. Die meisten Länder verfügen über nicht genügend Ressourcen, um alle diese Bereiche gleichzeitig anzugehen. Als Erstes sollten Aktivitäten implementiert werden, die sich am leichtesten in die Praxis umsetzen lassen. Wichtig ist jedoch, dass der Schwerpunkt auf die außerhalb des Gesundheitssektors liegenden Determinanten chronischer Krankheiten gelegt wird.

Quelle: A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision (44).

Schwerpunkt nicht in der Primärversorgung hat, sondern sich auf die Frage konzentriert, wie sich die Versorgung chronisch Kranker durch gemeindenaher und grundsätzliche Konzepte verbessern lässt (Abb. 4). Nach diesem Modell muss sich Krankheitsmanagement an der Mikroebene (Einzelpersonen und Familien), Meso-Ebene (Einrichtungen der Gesundheitsversorgung und Gemeinschaft) und Makroebene (Politik) ausrichten.

Das umweltbasierte oder Public-Health-Modell für chronische Krankheiten ist ebenfalls den systemweiten Konzepten zuzuordnen. Es beruht auf dem

Abb. 4: Das Rahmenmodell Innovative Care for Chronic Conditions


Quelle: *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action* (45).

Grundsatz, dass die Belastung durch chronische Krankheiten Maßnahmen erforderlich macht, die durch grundsätzliche Konzepte für die gesamte Bevölkerung, gemeindenahen Aktivitäten und durch die Gesundheitsdienste zu ergreifen sind. Prävention und Versorgung sind feste Bestandteile dieses Modells. Es hebt die Determinanten von Krankheit hervor und berücksichtigt darüber hinaus soziale, kulturelle und wirtschaftliche Faktoren, die die Qualität und Quantität der Versorgung beeinträchtigen könnten. Umweltbasierte Konzepte legen den Schwerpunkt auf die Interaktionen und Interdependenzen zwischen den Faktoren sämtlicher Ebenen der Gesundheitspolitik. Darunter fallen auch die Interaktionen der Betroffenen mit ihrem physischen und sozio-kulturellen Umfeld. Dabei werden die Ungleichbehandlung im Gesundheitsbereich und ihre Ursachen berücksichtigt (46).

Evaluierungen individueller Initiativen, die dieses Modell verwenden, haben ergeben, dass es mit Vorteilen für die Nutzer der Leistungen verbunden ist und

zu einer Verbesserung der Leistungserbringung führt (47–49). Demnach kommt es bei der Umsetzung eines Krankheitsmanagements, das unterschiedliche Versorgungsprogramme einbezieht, auf die folgenden Faktoren an: Führungskompetenz, Epidemiologie und Überwachung, Partnerschaften, staatliche Programme, zielgerichtete Interventionen, Evaluierungen und gute Steuerung der Programme (50).

Umsetzung

Es gibt keine Hinweise darauf, dass es die *eine* einzig richtige Lösung für wirksames Krankheitsmanagement gäbe. Die Komponenten von Krankheitsmanagement-Programmen variieren je nach örtlichen Bedürfnissen, finanziellen Ressourcen und Ungleichbehandlungen im Gesundheitsbereich. Der Schlüssel zum Erfolg scheint in der gemeinsamen Entwicklung von Konzepten zu liegen, die den lokalen Bedürfnissen Rechnung tragen und eine systematische Umsetzung einschließlich regelmäßigem Monitoring vorsehen (51). Derzeit wird davon ausgegangen, dass strategische systemweite Initiativen nachhaltiger sind als individualistische Lösungen (13).

Es liegen solide Erkenntnisse zu wirksamen und kosteneffizienten Lösungen vor. Fraglich ist, wie diese Lösungen umfassend und integrativ umgesetzt werden können. Unter anderem sind die folgenden Möglichkeiten denkbar:

- Einem bestimmten Versorgungsplan oder Dienstleister können angemessene finanzielle Ressourcen und Budgetverantwortung übertragen werden, damit dieser das gesamte Krankheitsmanagement mit Bezug auf eine bestimmte Person koordiniert, selbst wenn weitere Stellen ebenfalls Leistungen erbringen. Dabei kann es sich um ein Regulierungsmodell handeln, bei dem den koordinierenden Stellen relativ viel Gestaltungsspielraum eingeräumt wird, wie z. B. den Gesundheitsmanagementstellen (HMO) und privaten Krankenversicherungen in den Vereinigten Staaten, oder um eine breiter angelegte Strategie mit staatlichem Schwerpunkt, z. B. den National Health Service in England, der zahlreiche Einrichtungen im Rahmen eines staatlichen Krankenversicherungsprogramms zusammenfasst.
- Das Krankheitsmanagement kann an staatliche Mindeststandards geknüpft werden, die für alle Versorgungspläne und Dienstleister gelten. Bei diesem Regulierungsmodell nimmt der Staat größeren Einfluss. Es wird in Deutschland, Frankreich, Italien und den Niederlanden praktiziert.
- Es kann ein Markt eingerichtet werden, der auf Krankheitsmanagement-Guthaben beruht und in dem Anbieter von Versorgungsplänen und Dienstleister Guthaben kaufen oder verkaufen, wenn sie Versorgungsleistungen erbringen. Dieser marktorientierte Ansatz wird in den Vereinigten Staaten praktiziert.

- Der Schwerpunkt des Krankheitsmanagements kann darin liegen, den Nutzern Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten und elektronische Gesundheitsakten und -systeme bereitzustellen, auf die die Nutzer zugreifen können, um bestimmte Maßnahmen, die für sie geeignet sind, sowie die Anbieter dieser Maßnahmen zu identifizieren. Derartige Systeme sind in einigen Teilen Skandinaviens getestet worden.

Insgesamt mangelt es noch an Erkenntnissen zu den relativen Vor- und Nachteilen sowie den Kosten dieser unterschiedlichen Umsetzungsmodelle. Die wenigen vorliegenden Erkenntnisse deuten jedoch darauf hin, dass die Hauptprioritäten, die bei der Umsetzung von Krankheitsmanagement zu berücksichtigen sind, bei allen Modellen und in allen Ländern dieselben sind, unabhängig davon, wie groß das Land ist und in welchem Entwicklungsstadium es sich befindet (25). Bei allen Umsetzungsoptionen sind die folgenden zentralen Elemente zu berücksichtigen:

- Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung sind zentrale Komponenten des Krankheitsmanagements.
- Die Auswahl der richtigen Zielgruppen ist entscheidend (z. B. durch Risikostratifikation).
- Wenn verschiedene Dienstleister an der Umsetzung von Krankheitsmanagement-Programmen beteiligt sind, müssen einheitliche Informationen und Lösungsmodelle zugrunde gelegt werden. Informationstechnologiesysteme, Datenverwaltung durch die Nutzer und Decision-Support-Tools können ein einheitliches Vorgehen fördern. Es handelt sich dabei jedoch lediglich um ergänzende Instrumente im Rahmen eines übergeordneten Verfahrens, die nicht im Vordergrund stehen dürfen, wenn es darum geht, die Beteiligten für das Krankheitsmanagement zu motivieren und es am Laufen zu halten.
- Multidisziplinäre Teams und das Engagement der Krankenhäuser sind zentrale Faktoren. Dabei kommt es entscheidend auf die beteiligten Akteure an: öffentlicher und privater Sektor, Gesundheits- und Sozialdienste, ehrenamtliche und gemeindenaher Gruppen sowie Nutzer und deren Familien.
- Unabhängig vom Umfeld, in dem Krankheitsmanagement realisiert wird, sind die Nutzer der Dienstleistungen stets ein wichtiger Faktor; daher kommt es entscheidend darauf an, sie zur Selbstversorgung zu motivieren.

In Anhang 1 sind zahlreiche Initiativen aufgeführt, mit denen die vorstehenden zentralen Erfolgsfaktoren positiv beeinflusst werden können.

Da die Länder der Europäischen Region unterschiedliche Regelungsmodelle sowie unterschiedliche Rahmenbedingungen für Gesundheitsberufe und

-finanzierung aufweisen, sind Beispiele für potenzielle Umsetzungslösungen wahrscheinlich wenig hilfreich. Stattdessen kann es förderlich sein, den politischen Entscheidungsträgern eine Reihe zentraler Elemente an die Hand zu geben, die bei der umfassenden Umsetzung eines Krankheitsmanagements berücksichtigt werden müssen. Kasten 4 enthält eine solche Auflistung. Da die Veränderungen beim Krankheitsmanagement nicht alle auf einmal umgesetzt werden können, sollten sich die Länder laut Forschungsergebnissen auf die in Kasten 4 dargestellten kurzfristig umzusetzenden Ziele konzentrieren, da sie auf diese Weise wahrscheinlich die stärksten und dauerhaftesten Veränderungen erzielen können (52).

Kasten 4: Maßnahmen zur Realisierung des Krankheitsmanagements

Kurzfristig

- Sensibilisierung von Öffentlichkeit, Fachwelt und Politik für die Bedeutung von Krankheitsmanagement
- Fokussierung auf die öffentliche Gesundheit durch Untersuchung der Determinanten und Risikofaktoren chronischer Krankheiten
- Schaffung von Anreizen für die interinstitutionelle Kooperation und Vermeidung einer Konkurrenzsituation zwischen primärer Gesundheitsversorgung, Krankenhäusern, sozialen Diensten und ehrenamtlichem Sektor
- stärkere Betonung der Gesundheitsförderung durch die Gesundheitsdienste und Fokussierung auf gesunde Ernährung, Nichtraucherkampagnen und körperliche Betätigung
- Schaffung neuer Perspektiven der Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention durch Hebelwirkung von Bildungs- und Finanzierungsmaßnahmen
- Einbeziehung von Patienten und Familien in das Versorgungsteam und Einsatz der Patienten als Kräfte im Rahmen von Selbsthilfe, Selbstkontrolle und ehrenamtlichen Tätigkeiten
- Einrichtung von Service-Netzwerken und -kanälen unter Einbeziehung sämtlicher Gesundheits-, Sozial- und sonstiger Sektoren
- Bereitstellung angemessener Systeme zum Informationsaustausch zwischen Dienstleistern
- Bereitstellung von Instrumenten zur Identifikation von Menschen mit unterschiedlicher Bedürftigkeit und entsprechende Ausrichtung der Dienste
- Bereitstellung gemeindenaher Dienste

Mittelfristig

- Umsetzung nationaler Rahmenkonzepte zur Bekämpfung der Ursachen chronischer Erkrankungen und zum spezifischen Management bestimmter Krankheiten
- Einsatz von Steuer-, Subventions- und Handelsabkommen zur preislichen Steuerung von gesunden Nahrungsmitteln, Tabak, Alkohol und Sportgeräten
- Änderung des baulichen Umfelds zur Förderung körperlicher Aktivitäten

- Einsatz von Indikatoren zur Bewertung des Gesundheitssystems sowie Verwendung von Qualitätssicherungsinstrumenten zur Messung und öffentlichen Berichterstattung hinsichtlich der Qualität der Versorgung
- Berücksichtigung erkenntnisbasierter Optionen für die Erbringung von Gesundheitsleistungen wie z. B. ausdrückliches Fallmanagement (assertive case management) oder multidisziplinäre Teams
- Nutzung sozialer und kultureller Hebelwirkungen zur Förderung einer gesunden Ernährung und Lebensweise
- Nutzung finanzieller Anreize z. B. durch Kopplung von Honoraren an bessere ärztliche Leistungen
- Entwicklung von Diensten zur Förderung von Gleichbehandlung, Finanzierbarkeit und Zugänglichkeit für anfällige Gruppen
- Einbeziehung von Patienten und Versorgern bei der Planung, Erbringung und Überwachung der Leistungen

Langfristig

- Bereitstellung von Decision-Support-Tools zur Erleichterung der Umsetzung von Praxisleitlinien durch Fachkräfte
- Einbindung der Arbeitgeber als zentrale Partner im Rahmen des Krankheitsmanagements
- Stärkung nützlicher Kräfte innerhalb der Gemeinschaft (z. B. ehrenamtliche und religiöse Gruppen)
- Ressourcenverteilung innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems auf der Grundlage der Krankheitslast
- Verbesserung der Fähigkeiten und Erhöhung der Zahl der auf allen Ebenen speziell für Krankheitsmanagement ausgebildeten Arbeitskräfte
- Fokussierung der Ausbildung von Gesundheitsfachkräften auf Krankheitsprävention und Palliativversorgung sowie Behandlung

Damit alle Ärzte, Krankenhäuser, Sozialdienste und sonstige Leistungserbringer ein integriertes Krankheitsmanagement-Programm umsetzen können, müssen entsprechende Anreize geschaffen und ein solider politischer Rahmen festgelegt werden. Möglicherweise sind Gesetzesänderungen erforderlich. In vielen Ländern ist es unwahrscheinlich, dass die Institutionen wirksam zusammenarbeiten, wenn es keine klare politische Federführung gibt und die Versorgungsstrukturen und Finanzierungsmodelle nicht geändert werden. Denkbar sind gemeinsame Budgets, die von mehreren Organisationen genutzt werden, Geldprämien für eine reduzierte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, Prämien für das Erreichen von Gesundheitszielen und das Angebot, zu innovativen Diensten beizutragen. So müssen die Länder austesten, mit welchen Initiativen die Organisationen am wirksamsten dazu gebracht werden können, im Rahmen von Krankheitsmanagement zusammenzuarbeiten.

Die finanziellen Auswirkungen solcher Veränderungen sind erheblich. Werden allerdings keine Veränderungen vorgenommen, hat dies noch einschneidendere Konsequenzen. Für Umstrukturierung, finanzielle Anreize, Ausbildung von Arbeitskräften und Monitoring-Maßnahmen müssen Gelder bereitgestellt werden. Die Dienstleister müssen vielseitige klinische, evaluative und interpersonelle Fähigkeiten aufweisen und dabei einen weiten Bereich abdecken, angefangen bei der Gesundheitsförderung bis zur Palliativversorgung. Möglicherweise muss interdisziplinär gearbeitet werden, und die Arbeitskräfte müssen ihre Kenntnisse im Bereich Datenanalyse und Monitoring erweitern.

Die Gesundheitssysteme sind nicht immer offen für Veränderungen, was den politischen Entscheidungsträgern das Handeln erschwert. Alle Akteure müssen erkennen, wie wichtig diese Aufgabe ist und dass ein tief greifender Wandel stattfinden muss (51).

Fazit

In diesem Grundsatzpapier wurden wichtige Faktoren herausgearbeitet, die die politischen Entscheidungsträger berücksichtigen sollten, wenn sie Krankheitsmanagement-Programme planen, die in unterschiedlichen Umgebungen angewendet werden. Weder unter gesundheitlichen Aspekten noch im Hinblick auf die wirtschaftlichen Produktivitätseinbußen können die Länder es sich leisten, den Status Quo aufrechtzuerhalten.

Krankheitsmanagement kann Leben retten und Ressourcen sparen helfen. Die vorliegenden Erkenntnisse deuten jedoch darauf hin, dass die in vielen Ländern der Region eingeführten individualistischen oder an der Leistungserbringung orientierten Modelle weniger wirksam sind als systemweite Lösungen, deren Bezugspunkt die Gesundheit der Bevölkerung ist. Will man auch die Gesundheitsdeterminanten im weiteren Sinne untersuchen und eine proaktive Prävention anstreben, so sind Vorabinvestitionen und Weitblick erforderlich. Auch wenn die Beschäftigung mit den Risikofaktoren nicht unbedingt unmittelbare Veränderungen zur Folge haben mag, muss jedoch die langfristige Perspektive bestehen, chronische Erkrankungen zu reduzieren und vorhandene Erkrankungen optimal zu versorgen.

Politische Entscheidungsträger wünschen sich Botschaften, die sich in die Tat umsetzen lassen, doch es gibt keine Patentlösung für die Realisierung von Krankheitsmanagement, da die Modelle an den jeweiligen Kontext gebunden sind. Strategien, die sich nur auf die Art und Weise konzentrieren, wie Leistungen angeboten werden, können jedoch nicht die gewünschten langfristigen Wirkungen erzielen. Vielmehr sind systematische Lösungen erforderlich, die sich mit den Ursachen chronischer Krankheiten beschäftigen. Sie sind an die folgenden Voraussetzungen gebunden:

- Führungskompetenz auf nationaler, regionaler oder institutioneller Ebene
- zuverlässige Informationserhebung und umfassender Datenaustausch
- Ausrichtung der Versorgung an den Bedürfnissen der Betroffenen und Differenzierung dieser Personen anhand ihrer unterschiedlichen Bedürftigkeit
- Fokussierung auf die wichtigsten Risikofaktoren einschließlich umfangreicher Maßnahmen zur Krankheitsprävention
- Förderung der Selbsthilfe und Stärkung der Position chronisch kranker Menschen und
- Einbeziehung zahlreicher Akteure, z. B. Einzelpersonen, ehrenamtlicher und gemeindenaher Sektor, Klinikärzte, private Arbeitgeber und öffentlicher Dienst.

Literatur

1. *Preventing chronic disease: a vital investment. WHO global report.* Geneva, World Health Organization, 2005 (http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/en, eingesehen am 15. Mai 2008).
2. Singh D. *Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions.* Birmingham, University of Birmingham, 2005.
3. Chronic diseases [Website]. Geneva, World Health Organization, 2008 (http://www.who.int/topics/chronic_disease/en, eingesehen am 15. Mai 2008).
4. National Center for Health Statistics definitions: health condition [Website]. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2008 (<http://www.cdc.gov/nchs/datawh/nchsdefs/healthcondition.htm>, eingesehen am 15. Mai 2008).
5. Rabin BA, Boehmer TK, Brownson RC. Cross-national comparison of environmental and policy correlates of obesity in Europe. *European Journal of Public Health*, 2007, 17:53–61.
6. Suhrcke M et al. *Chronic disease: an economic perspective.* London, Oxford Health Alliance, 2006.
7. Göhler A et al. A systematic meta-analysis of the efficacy and heterogeneity of disease management programs in congestive heart failure. *Journal of Cardiac Failure*, 2006; 12:554–567.
8. Krause DS. Economic effectiveness of disease management programs: a meta-analysis. *Disease Management*, 2005, 8:114–134.
9. Ouwens M et al. Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews. *International Journal of Quality in Health Care*, 2005, 17:141–146.
10. Yu DS, Thompson DR, Lee DT. Disease management programmes for older people with heart failure: crucial characteristics which improve post-discharge outcomes. *European Heart Journal*, 2006, 27:596–612.
11. DMAA definition of disease management [Website]. Washington, DC, Disease Management Association of America, 2008 (http://www.dmaa.org/dm_definition.asp, eingesehen am 15. Mai 2008).
12. *Clinicians, services and commissioning in chronic disease management in the NHS. The need for coordinated management programmes. Report of a joint working party of the Royal College of Physicians of London, the Royal College of General Practitioners and the NHS Alliance.* London, Royal College of General Practitioners, 2004.

13. *Zugewinn an Gesundheit. Die Europäische Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten*. Kopenhagen, WHO-Regionalbüro für Europa, 2006 (<http://www.euro.who.int/features/2006/featurencd06/TopPage?language=German>, eingesehen am 15. Mai 2008).
14. Evers KE et al. A randomized clinical trial of a population- and transtheoretical model-based stress-management intervention. *Health Psychology*, 2006, 25:521–529.
15. Homer J et al. The CDC's diabetes systems modeling project: developing a new tool for chronic disease prevention and control. *22nd International Conference of the System Dynamics Society, 25–29 July 2004, Oxford, United Kingdom*. Albany, NY, System Dynamics Society, 2004 (http://www.systemdynamics.org/conferences/2004/SDS_2004/PAPERS/254HOMER.pdf, eingesehen am 15. Mai 2008).
16. Suñol R et al. Hacia la integración asistencial: propuesta de modelo basado en la evidencia y sistema de gestión [Hin zu einer integrierten Gesundheitsversorgung – Vorschlag für ein evidenzbasiertes und an Managementsystemen orientiertes Modell.] *Medicina Clínica*, 1999, 112(suppl 1):97–105.
17. Werch CE, DiClemente CC. A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 1994, 9:37–46.
18. Jackson R, Asimakopoulou K, Scammell A. Assessment of the transtheoretical model as used by dietitians in promoting physical activity in people with type 2 diabetes. *Journal of Human Nutrition and Diet*, 2007, 20:27–36.
19. Riemsma RP et al. A systematic review of the effectiveness of interventions based on a stages-of-change approach to promote individual behaviour change. *Health Technology Assessment*, 2002, 6:1–235.
20. Aquilino A et al. Transforming the local health care environment in southern Italy: a team based initiative to manage CVD patients using a decision support tool. *ISQua's 24th International Conference, Boston, MA, 30 September – 3 October 2007* (www.isqua.org/isquaPages/Conferences/Boston/slides/WEDNESDAY_7C8A/MORNING_1143/14_271%20ABS.pdf, eingesehen am 15. Mai 2008).
21. Barlow J et al. A systematic review of the benefits of home telecare for frail elderly people and those with long-term conditions. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2007, 13:172–179.
22. Azarmina P et al. *Transferring disease management: critical success factors*. Tadworth, Pfizer Health Solutions (im Druck).

23. Singh D. *Population health: an essential component of chronic care?* Dublin, Health Services Executive, 2007.
24. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model. Part 2. *Journal of the American Medical Association*, 2002, 288:1909–1914.
25. Knai C, Nolte E, McKee M, eds. *Caring for people with chronic conditions: experience in eight countries*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (im Druck).
26. Busse R. Disease management programs in Germany's statutory health insurance system. *Health Affairs*, 2004, 23:56–67.
27. Guterman S. US and German case studies in chronic care management: an overview. *Health Care Financing Review*, 2005, 27:1–8.
28. Temmink D et al. Rheumatology out-patient nurse clinics: a valuable addition? *Arthritis and Rheumatism*, 2001, 45:280–286.
29. Von Korff MJ et al. Collaborative management of chronic illness. *Annals of Internal Medicine*, 1997, 127:1097–1102.
30. Wagner EH, Austin BT, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 1996, 74:511–544.
31. Chin MH et al. Improving diabetes care in midwest community health centers with the health disparities collaborative. *Diabetes Care*, 2004, 27:2–8.
32. McAlister FA et al. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *American Journal of Medicine*, 2001, 110:378–384.
33. Wagner EH et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Affairs*, 2001, 20:64–78.
34. Sperl-Hillen JM et al. Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? *Joint Committee Journal of Quality and Safety*, 2004, 30:303–309.
35. Vargas RB et al. Can a chronic care model collaborative reduce heart disease risk in patients with diabetes? *Journal of General Internal Medicine*, 2007, 22:215–222.
36. Wagner EH et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 1999, 7(3):56–66.
37. Solberg LI, Crain AL, Sperl-Hillen JM. Care quality and implementation of the chronic care model: a quantitative study. *Annals of Family Medicine*, 2006, 4:310–316.

38. Philbin EF et al. The results of a randomized trial of a quality improvement intervention in the care of patients with heart failure. *American Journal of Medicine*, 2000, 109:443–449.
39. Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A. *Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (Health Evidence Network report; http://www.euro.who.int/HEN/Syntheses/DMP/20030820_1, eingesehen am 15. Mai 2008).
40. Tsai AC et al. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *American Journal of Managed Care*, 2005, 11:478–488.
41. Pearson ML et al. Assessing the implementation of the chronic care model in quality improvement collaboratives. *Health Services Research*, 2005, 40:978–996.
42. Walsh MN et al. Do disease management programs for patients with coronary heart disease make a difference? Experiences of nine practices. *American Journal of Managed Care*, 2002, 8:937–946.
43. Feifer C et al. System supports for chronic illness care and their relationship to clinical outcomes. *Top Health Information and Management*, 2001, 22:65–72.
44. *A strategy to prevent chronic disease in Europe. A focus on public health action. The CINDI vision.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004 (http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/CHHLUX/sum/20041125_24, eingesehen am 15. Mai 2008).
45. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action.* Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/index.html>, eingesehen am 15. Mai 2008).
46. Schwartz MB, Brownell KD. Actions necessary to prevent childhood obesity: creating the climate for change. *Journal of Law and Medical Ethics*, 2007, 35:78–89.
47. Gemson DH et al. A public health model for cardiovascular risk reduction. Impact of cholesterol screening with brief non-physician counseling. *Archives of Internal Medicine*, 1990, 150:985–989.
48. Gritz ER et al. A randomized trial of a self-help smoking cessation intervention in a nonvolunteer female population: testing the limits of the public health model. *Health Psychology*, 1992, 11:280–289.
49. Stewart AL et al. Evaluation of CHAMPS, a physical activity promotion program for older adults. *Annals of Behavioral Medicine*, 1997, 19:353–361.

50. *Promising practices in chronic disease prevention and control: a public health framework for action*. Atlanta, United States Centers for Disease Control and Prevention, 2003.
51. Ham C et al. *Getting the basics right*. Coventry, NHS Institute for Innovation and Improvement, 2007.
52. Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet*, 2007, 370:1939–1946.

Anhang 1: Strategien zu den wichtigsten Erfolgsfaktoren

Komponenten	Erkenntnisgrundlage	Umsetzbarkeit
Gesundheitsförderung und Förderung der Selbstversorgung		
Präventive Botschaften	<p>Informationen allein sind nicht ausreichend (1,2)</p> <p>Medienkampagnen müssen durch weitere Botschaften ergänzt werden (3)</p> <p>Aufklärung an den Schulen kann hilfreich sein.</p> <p>Laienausbilder können von Nutzen sein (4)</p> <p>Internet, Video, Telefon und andere Technologien können eingesetzt werden (5–7)</p>	<p>Hoch</p> <p>Können in jedem Umfeld umgesetzt werden</p> <p>Das Konzept muss bekannt sein</p> <p>Schwerpunkt muss nicht auf dem Gesundheitssektor liegen</p> <p>Partnerschaftliche Zusammenarbeit ist notwendig</p> <p>Erfordert Weitblick</p>
Hilfe zur Selbstversorgung	<p>Zahlreiche Erkenntnisse deuten darauf hin, dass die Stärkung der Patienten erhebliche Vorteile mit sich bringt (8)</p> <p>Gruppenfortbildungen können Ergebnisse kurzfristig verbessern (9)</p>	<p>Hoch</p> <p>Kann in jedem Umfeld umgesetzt werden</p> <p>Beteiligung verursacht Kosten (10)</p> <p>Engagement von Fachkräften ist notwendig</p> <p>Wird in Europa umfangreich umgesetzt</p>
Selbstkontrolle	<p>Blutdruck- und Blutzuckerselbstkontrollen können klinische Ergebnisse verbessern (11, 12)</p> <p>Es gibt nur begrenzte Erkenntnisse zu den Folgen, die sich für die Inanspruchnahme der Dienste ergeben.</p>	<p>Gering</p> <p>Erfordert Technologie und Infrastruktur</p>
Datenverwaltung durch Patienten	<p>Unzureichende Erkenntnisse bzgl. der Vorteile (13, 14)</p>	<p>Gering</p> <p>Einrichtung und Pflege schwierig</p>
Versorgung per Telefon	<p>Proaktiver Telefonsupport kann Ergebnisse verbessern (15)</p> <p>Es sind zuverlässige Erkenntnisse für Voice Prompt (automatischer Sprachdialog), Alarmanlagen und andere Monitoring-Systeme vorhanden (16, 17)</p>	<p>Gering</p> <p>Erfordert Technologie und Infrastruktur</p>

Komponenten	Erkenntnisgrundlage	Umsetzbarkeit
Informationssysteme und Ausrichtung der Maßnahmen auf die richtigen Zielgruppen		
Evidenzbasierte Versorgungskanäle und -richtlinien	<p>Komponente ist nur eingeschränkt wirksam, wenn sie nicht mit weiteren Maßnahmen kombiniert wird (18, 19)</p> <p>Richtlinien haben mehr Aussicht auf Erfolg, wenn sie die örtlichen Gegebenheiten berücksichtigen, ausdrücklich an vorhandene Erkenntnisse anknüpfen, durch aktive Fortbildungsmaßnahmen verbreitet werden und Erinnerungsmechanismen verwenden, die sich an der jeweiligen Person orientieren (20)</p>	<p>Durchschnittlich</p> <p>In allen Umgebungen leicht zu entwickeln</p> <p>Die Überwachung der Umsetzung ist schwieriger</p> <p>Erfordert Fortbildungsstrategien (21)</p> <p>Möglicherweise sind Sanktionen und Anreize erforderlich</p>
Decision-Support-Tools	<p>Können einheitliche Vorgehensweise fördern (22)</p> <p>Können Verschreibungspraxis und Ergebnisse verbessern (23)</p>	<p>Durchschnittlich</p> <p>Zahlreiche Formate verfügbar</p> <p>Können für jedes Budget angepasst werden, z. B. webbasierte, papierbasierte und hausärztliche Computersysteme (24)</p> <p>Erfordert Fortbildungsstrategien</p>
Krankheitsregister	<p>Wichtig für die Identifikation und Nachverfolgung von Personen (25)</p> <p>Wirksam bei der Erinnerung von Patienten und Klinikärzten (26)</p>	<p>Hoch</p> <p>Für Einrichtung und Datenpflege ist Kommunikationsinfrastruktur erforderlich</p> <p>Relativ geringe Kosten</p> <p>Kann auch in Ländern mit niedrigerem und mittlerem Einkommen gut funktionieren (27)</p>

Komponenten	Erkenntnisgrundlage	Umsetzbarkeit
Risikostratifikationsmodelle	<p>Solide Erkenntnisse für die Ausrichtung an Personen, die einem hohen Risiko unterliegen (28,29)</p> <p>Für die verschiedenen Versorgungsstufen ist es wichtig, auch Personen zu erfassen, bei denen das Risiko gering ist</p>	<p>Hoch</p> <p>Erfordert eine Infrastruktur für regelmäßige Datenerhebung und -analyse</p> <p>Manche Risikostratifikationsinstrumente sind nur eingeschränkt aussagekräftig</p> <p>Es besteht die Gefahr, sich ausschließlich auf Menschen mit hohem Risiko zu konzentrieren</p> <p>Screening-Tools können gewährleisten, dass bei kostspieligen Diensten optimale Wirkung erzielt wird (30)</p>
Multidisziplinäres klinisches Engagement		
Gemeinsame Versorgung von Einzelpersonen durch Ärzte der Primär- und Sekundärversorgung	Begrenzte Erkenntnisse bzgl. der Wirkung (31–33)	<p>Gering</p> <p>Evtl. werden nur die Verfahren und nicht die Ergebnisse verbessert</p> <p>Nur im Rahmen umfassender Systemveränderungen in Betracht zu ziehen</p>
Kombinierte Primär- und Sekundärversorgung (integrierte Versorgungskanäle)	Solide Erkenntnisse über Wirkung in den Vereinigten Staaten (34)	<p>Durchschnittlich</p> <p>Funktioniert in Verbindung mit finanziellen Anreizen</p> <p>Änderungen der Infrastruktur erforderlich</p>
Zusammenarbeit von Spezialisten und Generalisten der Primärversorgung	<p>Uneinheitliche Erkenntnisse bzgl. der Wirkung (35)</p> <p>Verlegung der Versorgung in die Gemeinschaft führt nicht unbedingt zu geringerer Inanspruchnahme der Leistungen (36)</p>	<p>Gering</p> <p>Funktioniert in Verbindung mit finanziellen Anreizen</p>

Komponenten	Erkenntnisgrundlage	Umsetzbarkeit
Multidisziplinäre Teams und Ersatz von Ärzten durch Pflegepersonal	<p>Uneinheitliche Erkenntnisse bzgl. der Wirkung (37)</p> <p>Kann die professionelle Kommunikation verbessern, doch hat evtl. nur eingeschränkte Auswirkungen auf die Gesundheitsergebnisse (38)</p> <p>Evtl. kurzfristige Vorteile (39)</p> <p>Kann zu einer geringeren Inanspruchnahme der Leistungen führen (40,41)</p>	<p>Durchschnittlich</p> <p>Verbesserung der Verfahren, doch keine Auswirkungen auf langfristige Ergebnisse</p> <p>Umsetzung kann kostspielig sein</p> <p>Kann bei Übertragung von Kompetenzen oder Funktionen kostspielig sein</p>
Angebote in gemeindenahen Umgebungen	<p>Gewisse Erkenntnisse bzgl. der Wirkung (42)</p> <p>Kann zu einer geringeren Inanspruchnahme der Leistungen führen (43)</p>	<p>Hoch</p> <p>Kann in vielen Umgebungen eingesetzt werden, ohne dass umfangreiche Änderungen der Infrastruktur erforderlich wären</p> <p>Nicht kostspielig</p>
Schulung von Fachkräften	<p>Fortbildungen, die sich am festgestellten Bedarf orientieren, können das Verhalten verändern (44,45)</p> <p>Interaktive Veranstaltungen, in denen die Kenntnisse in die Praxis umgesetzt werden können, sind am wirksamsten (46)</p> <p>Kann zu einer geringeren Inanspruchnahme der Leistungen führen (47,48)</p> <p>Konferenzen und einmalige Informationen in Papierform zeigen wenig Wirkung (49)</p> <p>Die Vorteile einer multidisziplinären Fortbildung sind ungewiss (50)</p>	<p>Durchschnittlich</p> <p>Kann an jedes Budget angepasst werden</p> <p>Gruppenfortbildungen, individuelle, telefonische und schriftliche Fortbildungen in Papierform sowie per Internet sind möglich</p> <p>Engagement der Fachkräfte ist notwendig</p> <p>Kann kostspielig sein, da optimale Wirkung nur durch ständige Fortbildung erzielt wird</p>
Audit und Feedback	<p>Gewisse Erkenntnisse bzgl. besserer Verfahrensergebnisse (51–53)</p>	<p>Gering</p> <p>Können in jedem Umfeld umgesetzt werden</p> <p>Aufsichtsorgan notwendig</p>

Literatur

1. Morrison A. Effectiveness of printed patient educational materials in chronic illness: a systematic review of controlled trials. *Journal of Managed Pharmaceutical Care*, 2001, 1:51–62.
2. Gibson PG et al. Limited (information only) patient education programs for adults with asthma. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, (2):CD001005.
3. Grilli R, Ramsay C, Minozzi S. Mass media interventions: effects on health services utilization. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, (1):CD000389.
4. Swider SM. Outcome effectiveness of community health workers: an integrative literature review. *Public Health Nursing*, 2002, 19:11–20.
5. Schaffer SD, Tian L. Promoting adherence: effects of theory-based asthma education. *Clinical Nursing Research*, 2004, 13: 69–89.
6. Savage I, Goodyer L. Providing information on metered dose inhaler technique: is multimedia as effective as print? *Family Practitioner*, 2003, 20:552–557.
7. Krishna S et al. Clinical trials of interactive computerized patient education: implications for family practice. *Journal of Family Practice*, 1997, 45:25–33.
8. Simpson EL, House AO. Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: a systematic review. *British Medical Journal*, 2002, 325:1265–1268.
9. Barlow JH et al. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Education and Counselling*, 2002, 48:177–187.
10. Appleby J, Harrison A, Devlin N. *What is the real cost of more patient choice?* London, King's Fund, 2003.
11. Guerci B et al. Self-monitoring of blood glucose significantly improves metabolic control in patients with type 2 diabetes mellitus: the Auto-Surveillance Intervention Active (ASIA) study. *Diabetes Metabolism*, 2003, 29:587–594.
12. Cappuccio FP et al. Blood pressure control by home monitoring: meta-analysis of randomised trials. *British Medical Journal*, 2004, 329:145.
13. Currell R, Urquhart C. Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, (3):CD002099.
14. Banet GA, Felchli MA. The potential utility of a shared medical record in a first-time stroke population. *Journal of Vascular Nursing*, 1997, 15:29–33.

15. Benatar D et al. Outcomes of chronic heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 2003, 163:347–352.
16. Piette JD. Interactive voice response systems in the diagnosis and management of chronic disease. *American Journal of Managed Care*, 2000, 6:817–827.
17. Montori VM et al. Telecare for patients with type 1 diabetes and inadequate glycemic control: a randomized controlled trial and meta-analysis. *Diabetes Care*, 2004, 27:1088–1094.
18. Sulch D et al. Randomized controlled trial of integrated (managed) care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke*, 2000, 31:1929–1934.
19. Kwan J, Sandercock P. In-hospital care pathways for stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (4):CD002924.
20. *Implementing clinical practice guidelines*. York, NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1994.
21. Hunt SA et al. ACC/AHA 2005 guideline update for the diagnosis and management of chronic heart failure in the adult: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Update the 2001 Guidelines for the Evaluation and Management of Heart Failure). *Journal of the American College of Cardiology*, 2005, 46:1–82.
22. Feifer C et al. System supports for chronic illness care and their relationship to clinical outcomes. *Top Health Information and Management*, 2001, 22:65–72.
23. McCowan C et al. Lessons from a randomized controlled trial designed to evaluate computer decision support software to improve the management of asthma. *Medical Informatics and the Internet in Medicine*, 2001, 26:191–201.
24. Meigs JB et al. A controlled trial of web-based diabetes disease management: the MGH diabetes primary care improvement project. *Diabetes Care*, 2003, 26:750–757.
25. Stroebel RJ et al. A randomized trial of three diabetes registry implementation strategies in a community internal medicine practice. *Joint Committee Journal of Quality Improvement*, 2002, 28:441–450.
26. Renders CM et al. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (1):CD001481.
27. Gohdes D et al. Improving diabetes care in the primary health setting: the Indian Health Service experience. *Annals of Internal Medicine*, 1996, 124(1 Pt 2): 149–152.

28. Stanley E, ed. *Managing chronic disease. What can we learn from the US experience?* London, King's Fund, 2004.
29. Stuck AE et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*, 1993, 342:1032–1036.
30. Mukamel D et al. The effect of accurate patient screening on the cost-effectiveness of case management programs. *Gerontologist*, 1997, 37:777–784.
31. Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Effectiveness of shared care across the interface between primary and specialty care in chronic disease management. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, (3):CD004910.
32. Griffin S. Diabetes care in general practice: meta-analysis of randomised control trials. *British Medical Journal*, 1998, 317:390–396.
33. Griffin S, Kinmonth AL. Systems for routine surveillance for people with diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, (3):CD000541.
34. Wagner EH et al. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quarterly*, 1999, 7(3):56–66.
35. Gruen RL et al. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2004, (1):CD003798.
36. Briggs CJ, Capdegelle P, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle- and low-income countries: effects on performance, costs and patient outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, (4):CD003318.
37. Cole MG. The impact of geriatric post-discharge services on mental state. *Age and Ageing*, 2001, 30:415–418.
38. Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes: a systematic review. *British Journal of General Practice*, 2002, 52:934–939.
39. Vliet Vlieland TP, Hazes JM. Efficacy of multidisciplinary team care programs in rheumatoid arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 1997, 27:110–122.
40. Ahmed A. Quality and outcomes of heart failure care in older adults: role of multidisciplinary disease-management programs. *Journal of the American Geriatric Society*, 2002, 50:1590–1593.
41. McAlister FA et al. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *British Medical Journal*, 2001, 323:957–962.

42. Peterson J, Atwood JR, Yates B. Key elements for church-based health promotion programs: outcome-based literature review. *Public Health Nursing*, 2002, 19:401–411.
43. Leveille SG et al. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. *Journal of the American Geriatric Society*, 1998, 46:1191–1198.
44. Robertson MK, Umble KE, Cervero RM. Impact studies in continuing education for health professions: update. *Journal of Continuing Education of Health Professionals*, 2003, 23:146–156.
45. Weingarten SR et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *British Medical Journal*, 2002, 325:925–932.
46. Davis D et al. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *Journal of the American Medical Association*, 1999, 282:867–874.
47. *Therapeutic patient education. Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 (<http://www.euro.who.int/document/e63674.pdf>, eingesehen am 15. Mai 2008).
48. Rossiter LF et al. The impact of disease management on outcomes and cost of care: a study of low-income asthma patients. *Inquiry*, 2000, 37:188–202.
49. Davis DA et al. Changing physician performance. A systematic review of the effect of continuing medical education strategies. *Journal of the American Medical Association*, 1995, 274:700–705.
50. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action.* Geneva, World Health Organization, 2002 (<http://www.who.int/diabetesactiononline/about/iccreport/en/index.html>, eingesehen am 15. Mai 2008).
51. Jamtvedt G et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (2):CD000259.
52. Johnston G et al. Reviewing audit: barriers and facilitating factors for effective clinical audit. *Quality in Health Care*, 2000, 9:23–36.
53. Mugford M, Banfield P, O’Hanlon M. Effects of feedback of information on clinical practice: a review. *British Medical Journal*, 1991, 303:398–402.

Weltgesundheitsorganisation
Regionalbüro für Europa
Scherfigsvej 8,
DK-2100 Kopenhagen Ø,
Dänemark
Tel.: +45 39 17 17 17.
Fax: +45 39 17 18 18.
E-Mail: postmaster@euro.who.int
Website: www.euro.who.int

Diese Publikation ist Teil einer gemeinschaftlich von Health Evidence Network und Europäischem Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik herausgegebenen Serie von Grundsatzpapieren. Die Serie richtet sich in erster Linie an pragmatisch orientierte politische Entscheidungsträger und behandelt Fragen wie: Ob oder warum ein Thema relevant ist, welche Konsequenzen bestimmte Strategien zu seiner Bewältigung erwarten lassen und wie sich die Strategien unter angemessener Berücksichtigung ihrer Durchführbarkeit zu tragfähigen Grundsatzoptionen kombinieren lassen.

Die Serie baut auf Berichten des Netzwerks und Hintergrundpapieren des Observatoriums auf und fußt auf einer rigorosen Durchsicht und Bewertung der verfügbaren Forschungserkenntnisse sowie der Abschätzung ihrer Relevanz in einem Kontext der Europäischen Region. Die Grundsatzpapiere bezwecken nicht die Vorgabe eines Idealtyps oder einer empfehlenswerten Herangehensweise. Vielmehr sollen sie durch die Synthese zentraler Forschungserkenntnisse und die Deutung ihrer grundsätzlichen Relevanz über mögliche Handlungsoptionen informieren.

Das **Health Evidence Network** (HEN) des WHO-Regionalbüros für Europa ist für die politischen Entscheidungsträger in den 53 Mitgliedstaaten der Europäischen Region der WHO eine glaubwürdige Quelle von Erkenntnissen. Das HEN bietet durch seine evidenzbasierten Berichte, Hintergrundpapiere, Kurzfassungen und Notizen zeitgemäße Antworten auf Grundsatzfragen im Bereich Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung und Gesundheitssysteme und seine Website ermöglicht den leichten Zugang zu den Erkenntnissen und Informationen aus einer Reihe von vernetzten Seiten, Datenbanken und Dokumenten.

Das **Europäische Observatorium für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik** unterstützt und fördert durch seine umfassenden und gründlichen Analysen von Gesundheitssystemen in Europa eine wissenschaftlich fundierte Gesundheitspolitik. Politische Entscheidungsträger, Akademiker und Praktikern aus einem breiten Spektrum analysieren hier gemeinschaftlich Entwicklungen in der Gesundheitsreform und nutzen dabei Erfahrungen aus der ganzen Region zur Erhellung der grundsätzlichen Fragen. Die Texte des Observatoriums sind auch auf seiner Website erhältlich (<http://www.euro.who.int/observatory>).