

Wie effektiv sind Disease Management-Programme?

T. Fischer¹, T. Lichte², U. Popert¹

Zusammenfassung

Derzeit werden in Deutschland Disease Management-Programme (DMPs) eingeführt, um die bestehenden Defizite in der Versorgung chronisch Kranker zu verbessern. Dieser Artikel stellt die vorhandene Evidenz zur Effektivität von DMPs auf der Basis von Meta-Analysen und Reviews dar. Demnach sind die Interventionen bisheriger DMPs sehr heterogen (Schulungen, Feedback, Erinnerungen und finanzielle Anreizsysteme). Bislang fehlen Studien, die verschiedene Interventionen kontrolliert miteinander vergleichen. Insgesamt fällt der Effekt der DMPs eher gering aus, wobei sich umfangreiche, multimodale Ansätze tendenziell als erfolgreicher erwiesen haben. Hausarztzentrierte DMPs wirken sich positiv auf Parameter wie Patientenzufriedenheit und Lebensqualität aus; die Kosten können jedoch aufgrund einer intensivierten Versorgung kurzfristig steigen. Die bisher mäßige Studienlage lässt eine wissenschaftliche Begleitung der DMP-Einführung als dringend notwendig erscheinen.

Summary

Beginning in 2002 Disease Management Programs (DMPs) are introduced in Germany, in order to improve the existing deficits in the care of chronically ill patients. This paper presents the existing evidence of the effectiveness of DMPs on the basis of meta-analyses and systematic reviews. DMP-interventions were very heterogeneous (training courses, feedback, reminders and financial incentives). Up to date there are no controlled studies, which compare different DMP-interventions. In general, the effects of DMPs were limited. Extensive, multimodal interventions tended to be more successful. General practitioner-centered DMPs were able to change parameters such as patient satisfaction and quality of life; however, costs may rise at short notice due to intensified care. As existing evidence of DMP effectiveness is poor, close scientific monitoring of the current introduction of DMPs in Germany seems to be urgently necessary.

Einleitung

Mitte der 90er-Jahre wurden Disease Management-Programme (DMPs) (Begriffsdefinitionen s. Tabelle 1) als Maßnahme zur Kostenreduktion im amerikanischen Ge-

sundheitswesen entwickelt. Maßgeblich initiiert wurde dieses Konzept durch die Pharmaindustrie, die befürchtete, die im Laufe der 80er-Jahre in den USA entstandenen Health-Maintenance-Organisationen (HMO) könnten ihre Arzneimittelausgaben ebenso reduzieren, wie sie es bereits bei den Ausgaben für ärztliche Behandlung und Krankenhausleistungen getan hatten (11). Der erste Ansatz bestand darin, über Arzneimittelverordnungs-Datenbanken Patienten mit chronischen Krankheiten zu identifizieren, die dann mit Informationen über ihre Krankheit versorgt und geschult wurden. Bereits 1999 boten über 200 kommerzielle Gesellschaften (zumeist im Besitz von Pharmafirmen) DMPs für Krankheiten wie Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und Herzinsuffizienz an. Allen gemein ist, dass sie eine Verbesserung der Versorgung von chronisch Kranken bei gleichzeitiger Kostenreduktion versprechen (4).

Im Jahr 2002 wurden auch in Deutschland DMPs zur Reduktion der bestehenden Defizite in der Betreuung chronisch Kranker eingeführt (12). Angeschoben wurde dies durch die vom Gesetzgeber festgeschriebene Verknüpfung des Risikostrukturausgleichs (RSA) mit der Einführung von DMPs (8). Unklar ist jedoch, ob die DMPs in der Lage sind, die versprochene Verbesserung der Versorgungsqualität zu geringeren Kosten zu bewirken. In diesem Übersichtsartikel wird die vorhandene Literatur dargestellt und speziell die Rolle der Hausärzte im Rahmen der DMPs beleuchtet.

Methodik

Die hier präsentierten Studien sind das Ergebnis einer Literatursuche in Medline mit folgender Suchstrategie: Suchbegriffe »case management« oder »disease manage-

Dr. med. Thomas Fischer

Abteilung Allgemeinmedizin, Georg-August-Universität Göttingen
Humboldtallee 38, 37073 Göttingen

Tel.: 05 51-39-66 05, Fax.: 05 51-39-95 30

E-mail: tfische@gwdg.de

¹ Abteilung Allgemeinmedizin der Georg-August-Universität Göttingen

² Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin der Medizinischen Hochschule Hannover

Integrierte Versorgung

ment« und der Limitierung auf Meta-Analysen. Diese Suche ergibt 23 Treffer (letzter Zugriff 31. 8. 2003). Die inhaltliche Analyse der Abstracts reduzierte die Anzahl auf 11 relevante Artikel. 2 dieser Meta-Analysen befassten (u. a.) sich mit der Rolle des Hausarztes (6, 9).

Tabelle 1: Begriffsdefinitionen (modifiziert nach (1))

Begriff	Definition
Leitlinie	systematisierte, im Idealfall evidenzbasierte Empfehlung einer offiziellen Organisation im Gesundheitswesen, z. B. Fachgesellschaft
Richtlinie	sanktionierte Leitlinie (z. B. Strafandrohung bei Nicht-Umsetzung)
Case Management	kooperativer Prozess, der auf eine optimierte Versorgung eines meist komplizierten, kostenträchtigen Einzelfalls zielt
Disease Management	kooperativer Prozess, der auf die optimierte Versorgung eines (meist häufigen oder schwerwiegenden) Krankheitsbildes zielt
Health Management	kooperativer Prozess mit präventivem Schwerpunkt (Verminderung von Risikofaktoren, Früherkennung von Krankheiten, Vermeidung von Komplikationen, Erfolgsmessung)
Managed Care	reglementierte kooperative Prozesse im Gesundheitswesen, z. B. als Case-, Disease- oder Health-Management
MCO (Managed Care Organisation)	Institution, die Managed-Care-Instrumente einsetzt, z. B. als HMO
HMO (Health Maintenance Organisation)	Organisation im Gesundheitswesen, die sowohl Versicherungs- als auch Versorgungsleistungen anbietet und koordiniert

Ergebnisse

Klassifikation von Interventionen

DMPs umfassen eine Vielzahl von verschiedenen Interventionstechniken, die arzt- oder patientenorientiert sein können oder aus einer Kombination dieser Ansätze bestehen. Unterschieden wird zudem zwischen:

- **Schulungen:** Schulungsveranstaltungen, Verteilung von Informationsmaterial und Patientenleitlinien, Handlungsanweisungen, Videodemonstrationen
- **Feedback:** Rückmeldung über spezifische Versorgungsprobleme, individuelles Ordnungsverhalten bzw. Patientenverhalten
- **Erinnerungssystemen (Reminders):** zeit- oder ereignisgetriggerte Erinnerungen an Ärzte und/oder Patienten bez. bestimmter Maßnahmen
- **finanziellen Anreizsystemen** (22).

Die meisten in Studien referierten DMPs basieren auf einer Kombination der genannten Methoden. Bislang liegen keine Studien vor, die einzelne Bausteine miteinander verglichen haben.

Patientenorientierte DMPs

Die bevorzugte Interventionsmethode patientenorientierter DMPs ist die Schulung. Weingarten et al. (22) konnten in ihrer Meta-Analyse (Zeitraum 1987–2001, s. *Tabelle 2 und 3*) hierzu 55 Studien zu verschiedensten Krankheitsbildern identifizieren, bei denen Daten zur Effektivität vorlagen. Demnach verbesserte sich bei 24 (44%) die Krankheitskontrolle (im Sinne krankheitsspezifischer, klinischer Parameter). Der Gesamteffekt (»pooled effect size«, berechnet als Differenz zwischen Behandlungs- und Kontrollarm, bezogen auf die gepoolte Schätzung der Standardabweichung) fällt mit 0,24 [95%–CI = 0,07–0,4] jedoch eher gering aus. Bezüglich Reminder-Systemen ermittelten sie 16 Studien, bei denen 6 (38%) einen positiven Effekt nachwiesen. Auch hier fiel der Gesamteffekt mit 0,27 [0,17–0,36] gering aus. In vier Studien beruhten die DMPs primär auf finanziellen Anreizsystemen. Hier wiesen immerhin 3 einen positiven Effekt auf, die Effektgröße war mit 0,40 [0,26–0,54] spürbar höher.

Arztorientierte DMPs

Bei der Beurteilung arztorientierter DMPs ist zu berücksichtigen, dass der Outcome unterschiedlich gemessen werden kann. Während patientenorientierte DMPs am Krankheitszustand der Patienten (Krankheitskontrolle) bemessen werden, können arztorientierte DMPs auch an der Übereinstimmung mit Leitlinien beurteilt werden. Auch bei arztorientierten DMPs liegen die meisten Studien zu Schulungen vor. Weingarten et al. (22) ermittelten 32 Studien zu Arztschulungen, deren Outcome sich am Krankheitszustand orientiert. Demnach waren 12 (38%) wirksam (Gesamteffekt 0,35 [0,19–0,51]). Die effektivsten Programme hierbei betrafen den Diabetes mellitus und die Depression. Von 23 nachgewiesenen Feedback-basierten Programmen waren 9 (39%) nachweisbar wirksam. Der Gesamteffekt fiel jedoch mit 0,17 [0,1–0,25] sehr niedrig aus. Reminder-basierte Programme lagen bei 14 Studien vor, von denen 6 (43%) eine positive Wirkung zeigten (Gesamteffekt 0,22 [0,1–0,37]). Arztorientierte DMPs, deren Outcome die Übereinstimmung mit Leitlinien war, zeigten bessere Ergebnisse. Demnach waren 12 von 24 schulungs-basierte Studien effektiv (0,44 [0,19–0,68]), 9 von 16 (56%) auf Feedback

beruhende Studien (0,61 [0,28–0,93]) sowie 6 von 10 Reminder-basierten Studien (0,52 [0,35–0,69]) (22).

Tabelle 2: Effekt von DMPs mit arztzentrierten Interventionen (angegeben sind die effektiven Programme in Relation zur Gesamtzahl) (modifiziert nach (22))

Krankheitsbild	ärztliche Schulung	Feedback	Erinnerungssysteme
Asthma	-/-	0/1	0/1
KHK	0/1	-/-	-/-
Herzinsuffizienz	-/-	-/-	-/-
Depression	6/15	8/15	2/5
Diabetes mellitus	2/8	0/3	2/4
Niereninsuffizienz	-/-	0/1	0/1
Hyperlipidämie	1/2	1/2	1/2
Hypertonus	2/5	0/1	1/1
Rheumatoide-arthritis und Osteoarthritis	1/1	-/-	-/-
Summe	12/32	9/23	6/14

Tabelle 3: Effekt von DMPs mit patientenzentrierten Interventionen (angegeben sind die effektiven Programme in Relation zur Gesamtzahl) (modifiziert nach (22))

Krankheitsbild	ärztliche Schulung	Feedback	Erinnerungssysteme
Asthma	-/-	-/-	-/-
KHK	1/1	1/1	-/-
Herzinsuffizienz	-/-	0/1	-/-
Depression	9/14	8/12	5/8
Diabetes mellitus	1/3	0/2	1/2
Niereninsuffizienz	-/-	-/-	-/-
Hyperlipidämie	1/2	-/-	-/-
Hypertonus	0/4	-/-	-/-
Rheumatoide-arthritis und Osteoarthritis	-/-	-/-	-/-
Summe	12/24	9/16	6/10

Krankheitsbezogene Meta-Analysen

a) Psychiatrische Erkrankungen

In einer Meta-Analyse von Ziguras und Stuart (23) wurden 44 Studien zu Erkrankungen wie z. B. Psychosen, Angsterkrankungen, affektiven Störungen bezüglich der Auswirkungen von Case-Management beurteilt. Demnach führte Case-Management im Vergleich zu der üblichen Behandlung zu einer relevanten Reduktion in den (unscharf definierten) Bereichen familiäre Belastung und familiäre Zufriedenheit aber auch der Behandlungs-

kosten. Dies ging u.a. auf eine Reduktion der Krankenhauseinweisungen zurück. Auf der Grundlage von 24 Studien zum Case-Management bei psychisch Kranken konnten Gorey et al. (10) ebenfalls einen deutlichen Effekt nachweisen; so sank u.a. die Rate an Krankenhauseinweisungen. Weingarten et al. (22) konnten in ihrer Meta-Analyse zeigen, dass Disease Management der Depression sowohl bei patienten- als auch bei arztzentrierten Ansätzen zu einer Besserung der Krankheitskontrolle führt.

b) Herzerkrankungen

Bei der Sekundärprophylaxe der koronaren Herzerkrankung konnten McAlister et al. (13) 12 Studien identifizieren, welche die Auswirkungen des Disease Managements untersuchten. Demnach lagen positive Effekte vor bezüglich der Medikation (mehr Lipidsenker, Beta-blocker und mehr Antikoagulantien) und der Reduktion von Krankenhauseinweisungen (RR 0,84 [0,76–0,94]). Die Raten an Reinfarkten (RR 0,94 [0,8–1,1]) und die Gesamt mortalität (RR 0,91 [0,79–1,04]) sanken ebenfalls, wenngleich statistisch nicht signifikant.

Auf der Grundlage von 16 Studien untersuchte Rich (17) die Auswirkungen von DMPs auf Patienten mit Herzinsuffizienz. Demnach führten die Programme zu einer signifikanten Verbesserung der Rate an Krankenhauseinweisungen, der Medikamenten-Compliance, der Lebensqualität und der Patientenzufriedenheit. Gleichzeitig ließ sich eine Kostenreduktion nachweisen. Der Autor verweist jedoch auf die artifiziiellen Bedingungen der Studien sowie auf fehlende Vergleiche einzelner Interventionsmethoden untereinander.

Ein weiterer Übersichtsartikel zum Disease Management bei Herzinsuffizienz (14) kommt (auf der Basis von 11 Studien) zu ähnlichen Ergebnissen. In 8 dieser Studien wurden als Outcome die Kosten mitbestimmt, dabei zeigte sich in 6 Arbeiten eine Kostenreduktion. Während die Rate an Hospitalisationen sank (RR 0,87 [0,79–0,96]), blieb die Mortalität nahezu unverändert (RR 0,94 [0,75–1,19]). Die Autoren konnten zudem zeigen, dass umfangreiche, multidisziplinäre Ansätze erfolgreicher waren als Programme, die allein auf telefonischer Beratung von Studienärzten basierten.

c) Diabetes mellitus

Zum Disease Management bei Diabetes mellitus liegt ein Cochrane Review vor (16). Auf der Basis von 41 sehr heterogenen Studien konnten die Autoren zeigen, dass der Effekt des Disease Managements vom Umfang der Intervention abhängt. So wiesen Studien, die verschiedene Interventionen miteinander kombinierten (Patienten- und Arztschulungen, Reminder, Feedback, etc.), größere Effekte hinsichtlich des jeweiligen Outcomes auf.

Integrierte Versorgung

Insgesamt zeigten jedoch alle Studien eine Verbesserung in der Patientenversorgung verglichen mit dem Ausgangszustand, bzw. einer üblichen Behandlung. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass DMPs bei Diabetes mellitus zwar Verbesserungen der Prozessqualität bewirken würden, die Auswirkungen für den Patienten jedoch unklar blieben.

d) Weitere Erkrankungen

Eine kürzlich erschienene Meta-Analyse zum Disease Management bei rheumatoider Arthritis konnte bei 4 von 8 eingeschlossenen Untersuchungen eine signifikante, aber nur geringfügige funktionelle Verbesserung für die Patienten nachweisen (2). In weiteren Meta-Analysen wird auf wenig hausarztrelevante Krankheitsbilder eingegangen: Die Behandlung von kindlichen Pneumonien in der 3. Welt (19), die Rehabilitation nach traumatischer Gehirnverletzung (15) und auf die Effekte von Case-Management bei HIV-Infektion (7).

Die Rolle des Hausarztes

In Anbetracht der derzeitigen Strukturreformen stellt sich die Frage nach der zukünftigen Rolle des Hausarztes in einem Medizinsystem, das chronisch Kranke zunehmend in DMPs einbindet. Über die zu erwartenden Auswirkungen auf die allgemeinmedizinische Identität ist in dieser und anderen Zeitschriften bereits ausführlich berichtet worden (18, 20, 21). Demnach kann die Etablierung hausarztorientierter DMPs durchaus als Chance für den Hausarzt betrachtet werden, mehr Einfluss auf die Patientenbetreuung zu erlangen. Wie sieht jedoch die wissenschaftliche Evidenz aus für eine Teilhabe, bzw. für eine koordinierende Funktion von Hausärzten bei DMPs?

Da DMPs ursprünglich aus den USA stammen, überwiegend US-Studien zu diesem Thema, wenngleich einschränkend darauf verwiesen sei, dass vergleichende Studien fehlen, die sich explizit mit der Rolle der Hausärzte beschäftigen. Erschwerend kommen die erheblichen Unterschiede der Medizinsysteme als Störgröße zum Tragen. Wie bereits erwähnt, sind die meisten DMPs von US-amerikanischen Pharmafirmen initiiert worden, ein Vorgang, der in Deutschland derzeit nur schwer vorstellbar ist. Deren Motivation besteht laut Bodenheimer (3) in erster Linie darin, ihre Medikamentenverkäufe zu steigern. Der finanzielle Druck auf Pharmakonzerne war in den USA in den 90er-Jahren enorm. So sanken durch Einflussnahme der amerikanischen Regierung und durch die Einkaufspolitik großer amerikanischer Krankenversicherungen die Kosten für Medikamente allein 1992/3 um 35% (3). Durch DMPs versuchen

Pharmafirmen demzufolge, Zugriff auf die Verteilung der knappen finanziellen Ressourcen zu bekommen.

Kommerzielle DMPs schalten häufig zwischen den direkten Arzt-Patienten-Kontakt eine Beratung durch Dritte, häufig in Form einer Telefonberatung, z.T. ergänzt durch Multimediaeinsatz (Internet, Video) und direkte Schulungen. Bei Abweichung von vorgegebenen Normwerten erfolgt die Weitervermittlung an spezialisierte Zentren. Die hausärztliche Komponente wird dabei an den Rand gedrängt (3). Zumindest in finanzieller Hinsicht können derartige Programme durchaus Erfolge vorweisen. Beispielhaft sei hier ein Typ-1-Diabetes-DMP der Firma Merck-Medco genannt, das eine Reduktion der Kosten um 9% erbrachte. Die Krankenhaustage sanken sogar um 20% (3).

Diesem Ansatz stehen hausarztbasierte DMPs großer Krankenversicherer wie dem Kaiser Health Plan gegenüber, deren Fokus eher auf eine Verbesserung der Patientenversorgung ausgerichtet ist (3, 5). Eine Kostenreduktion wird dabei erst mittelbar durch eine Reduktion von langfristigen Komplikationen erwartet.

Dies steht in Einklang mit einem Review von Ferguson und Weinberger (9), die sich mit Case-Management im primärärztlichen Bereich auseinandergesetzt haben. Auf der Basis von 9 Studien konnten sie keine relevante Kostenersparnis bei diesem Vorgehen nachweisen. Eine Untersuchung zeigte sogar einen Anstieg der Rate an Wiedereinweisungen. Lediglich 2 Studien (bei denen die Patienten zusätzlich durch Spezialisten betreut wurden) wiesen eine Reduktion der Krankenhaustage bzw. der Wiedereinweisung auf. Positiver fiel das Ergebnis aus, wenn Patientenzufriedenheit, Lebensqualität oder der funktionelle Status beurteilt wurden. Demnach zeigten alle 6 Studien eine signifikante Verbesserung, die diesen Outcome untersucht haben. 2 Untersuchungen, die klinische Parameter als Outcome untersuchten (Blutzucker-Kontrolle bei nicht-insulinpflichtigem Diabetes mellitus, KHK-Risikofaktoren nach Myokardinfarkt), zeigten ebenfalls positive Ergebnisse (9).

Bodenheimer et al. (6) untersuchten Arbeiten zu einer von ihnen mitentwickelten Intervention (»chronic care model«), die von verschiedenen US-amerikanischen Krankenversicherungen in ihre Versorgung integriert worden ist. Dieses hausarztzentrierte Modell beruht einerseits auf einer Optimierung der ärztlichen Organisationsstrukturen und andererseits auf einer Schulung der Patienten zur Verbesserung der Selbstbehandlung (Diät, Sport, selbständige Blutzucker- und Blutdruckmessungen, etc.). Weiterhin werden eine (Telefon-)Anbindung an Spezialisten gewährleistet und den Hausärzten evidenzbasierte Leitlinien zur Verfügung gestellt (5). Insgesamt erfassten die Autoren 39 Studien zum Thema Diabetes mellitus. Demnach weisen 20 von 28 Arbeiten eine

Besserung auf, die einen klinischen Outcome bestimmen. Eine Verbesserung des Behandlungsprozesses weisen 16 von 20 Untersuchungen, die hierzu Daten angeben. Leider machen die Autoren keine Angaben zum Ausmaß dieser Effekte. 18 von 27 Studien zu den Krankheiten Herzinsuffizienz, Asthma bronchiale und Diabetes mellitus wiesen eine Kostenreduktion nach.

Diskussion

Weniger als die Hälfte der DMPs, die Angaben zur Krankheitskontrolle und Kostenentwicklung machen, erwiesen sich als effektiv. Die Effektgröße bleibt zudem eher gering. Zu den verschiedenen Interventionstechniken kann vergleichend keine Aussage getroffen werden, da kontrollierte Studien hierzu fehlen. Abgeleitet vom Cochrane-Review zu DMPs bei Diabetes mellitus (16) und einer Übersichtsarbeit bei Herzinsuffizienz (14) kann jedoch gefolgert werden, dass sich umfangreiche, multimodale Ansätze als erfolgreicher erwiesen haben. Der Effekt fällt größer aus, wenn als Maßstab die Übereinstimmung mit Leitlinien verwendet wird und nicht die Krankheitskontrolle. Konformität zu (derzeitigen) Leitlinien sollte somit nicht automatisch mit Veränderungen klinischer Parameter beim Patienten gleichgesetzt werden. Bei patientenzentrierten Konzepten stellten sich Maßnahmen, die auf finanziellen Anreizsystemen beruhten, als besonders wirkungsvoll heraus. Provokant könnte postuliert werden, dass Patienten am ehesten über ihre Geldbörse zu erreichen sind. Hier sollte jedoch einschränkend die geringe Anzahl an Studien bez. dieser Intervention berücksichtigt werden.

Bei den DMPs kann zwischen spezialistenzentrierten (zumeist kommerziellen) Ansätzen und hausarztzentrierten Ansätzen unterschieden werden, wenngleich häufig Mischformen vorliegen. Vereinfacht kann festgestellt werden, dass sich kommerzielle Programme auf die Kostenreduktion fokussieren, während hausarztzentrierte Modelle den Effekt für den einzelnen Patienten und dessen Lebensqualität in den Mittelpunkt stellen, was unter Umständen sogar zu Kostensteigerungen führen kann. Bisherige Daten deuten an, dass eine Kostenreduktion an die Einbindung von Spezialisten in das DMP gekoppelt sein könnte, wenngleich die Datenbasis hierzu sehr schwach ist (9). Bislang fehlen randomisierte Kontrollstudien, die diese beiden konträren Ansätze miteinander vergleichen und sowohl die Krankheitskontrolle einerseits und die Kostenkontrolle andererseits berücksichtigen. Um den bestehenden Mangel an Evidenz zu beseitigen, sollten vergleichende Studien zu den methodisch verschiedenen DMP-Ansätzen durchgeführt werden, die als Outcome nicht nur Laborwerte, Ereignis-

raten und Kosten verwenden, sondern auch Patientenzufriedenheit und Lebensqualität berücksichtigen (4). Die bisherigen, positiven Ergebnisse hausarztzentrierter DMPs lassen darauf schließen, dass sich dieser Ansatz einem Vergleich durchaus stellen kann.

Die hier gezeigte eher magere Studienlage widerspricht der bedeutenden Rolle, die DMPs in unserem zukünftigen Gesundheitswesen spielen sollen. Daher muss die Frage gestellt werden, ob der hohe Aufwand, vor allem für die Arztpraxen, gerechtfertigt ist. Unter finanziellen Aspekten darf auch nicht unberücksichtigt bleiben, dass durch die Kopplung an den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen untereinander nicht mehr Geld in das System fließt, sondern nur eine Umverteilung stattfindet. Langfristig wird vom Gesetzgeber erhofft, dass DMPs die Versorgungsqualität erhöhen und eine verbesserte Kosteneffektivität (Verhältnis von ökonomischem Aufwand und medizinischem Outcome) erzielen (8). Die hier gezeigten Daten lassen zumindest Zweifel an diesem Konzept erwarten.

Literatur

1. Ameling VE, Schumacher H. Managed Care. Neue Wege im Gesundheitsmanagement. Gabler Verlag Wiesbaden, 2. Auflage, 2000; ISBN 3-409-21500-X
2. Badamgarav E, Croft JD, Hohlbauch A, Louie JS, O'Dell J, Ofman JJ et al. Effects of disease management programs on functional status of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2003; 49: 377-387
3. Bodenheimer T. Disease Management – promises and pitfalls. *NEJM* 1999; 340: 1202-1205
4. Bodenheimer T. Disease Management in the American market. *BMJ* 2000; 320: 563-566
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288: 1775-1779
6. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. The Chronic Care Model, part 2. *JAMA* 2002; 288: 1909-1914
7. Chernesky RH. A review of HIV/AIDS case management research. *Care Manag J* 1999; 1: 105-113
8. Erler A. Die Einführung von Disease Management-Programmen in Deutschland im Spiegel unterschiedlicher Interessenlagen von Krankenkassen und Kassenärztlicher Vereinigung. *Gesundheitswesen* 2002; 64: 572-577
9. Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 123-126
10. Gorey KM, Leslie DR, Morris T, Carruthers WV, John L, Chacko J. Effectiveness of case management with severely and persistently mentally ill people. *Community Ment Health J* 1998; 34: 241-250
11. Hunter DJ, Fairfield G. Disease management. *BMJ* 1997; 315: 50-53
12. Lauterbach KW, Evers T, Stock S. Prävention und Disease Management bei chronischen Krankheiten. *Dtsch Med Wochenschr* 2002; 127: 1210-1212
13. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. Randomised trials of secondary prevention programmes in coronary heart disease: systematic review. *BMJ* 2001; 323: 957-962
14. McAlister FA, Lawson FM, Teo KK, Armstrong PW. A systematic review of randomized trials of disease management programs in heart failure. *Am J Med* 2001; 110: 378-384

Integrierte Versorgung

15. Patterson PK, Maynard H, Chesnut RM, Carney N, Mann NC, Helfand M. Evidence of case management effect on traumatic-brain-injured adults in rehabilitation. *Care Manag J* 1999; 1: 87–97
16. Renders CM, Valk GD, Griffin S, Wagner EH, van Eijk J, Assendelft WJJ. Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2003. Oxford: Update Software
17. Rich MW. Heart failure disease management: a critical review. *J Card Fail* 1999; 5: 64–75
18. Rothman AA, Wager EH. Chronic illness management: what is the role of primary care? *Ann Intern Med* 2003; 138: 256–261
19. Sazawal S, Black RE. Meta-analysis of intervention trials on case-management of pneumonia in community settings. *Lancet* 1992; 340: 528–533
20. Schneider A, Szecsenyi J. Disease Management-Programme – Chance oder Bedrohung für die allgemeinärztliche Identität? *Z Allg Med* 2002; 78: 393–397
21. Szecsenyi J, Schneider A. Zwischen Individualität und »evidence based medicine« – die Rolle des Hausarztes im Rahmen der Disease Management Programme. *ZaeFQ* 2003; 97: 183–187
22. Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E, Knight K, Hasselblad V, Gano A, Ofman JJ. Interventions used in disease manage-

ment programmes for patients with chronic illness – which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; 325: 925–933

23. Ziguas SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv* 2000; 51: 1410–1421

Zur Person



Dr. med. Thomas Fischer, Jahrgang 1969, verheiratet, zwei Kinder. Facharzt für Allgemeinmedizin, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen seit Juli 2001. Forschungsschwerpunkte: Phlebologische Krankheitsbilder in der Allgemeinmedizin, Schnittstellenproblematik

Hausarzt-Spezialist und neue Formen der Lehre in der Allgemeinmedizin.

Buchtipp

Handbuch Chronischer Schmerz

Ulrich Egle, Sven Olaf Hoffmann, Klaus A. Lehmann, Wilfred A. Nix; Schattauer, 2003

Aufgrund enormer volkswirtschaftlicher Folgekosten zählt chronischer Schmerz zu den großen gesundheitspolitischen Herausforderungen. Obgleich Schmerzkranken in der hausärztlichen Praxis eine nicht unerhebliche Rolle spielen, ist die Aufgabenstellung aufgrund unzureichender Kompetenzvermittlung während des Studiums und der Weiterbildung häufig unklar. Das Thema Schmerz wurde entweder zu spezialistisch und komplex oder als unproblematisch zu behandeln wahrgenommen.

In dem vorliegenden umfangreichen Werk haben führende Wissenschaftler und Kliniker aus unterschiedlichen Fachdisziplinen auf der Basis eines bio-psycho-sozialen Schmerzverständnisses heraus den heutigen aktuellen Stand der grundlagen- und anwendungsorientierten Forschung zusammengetragen. Für Allgemeinmediziner sich als sehr wertvoll erweisend liegt ein Fachbuch vor, daß das aktuelle Wissen für die klinische Anwendung

in Diagnostik und Therapie sehr anschaulich und anregend aufgearbeitet hat. Immer wieder wird in dem Werk die Botschaft laut, daß nach dem heutigen Stand der Wissens eine optimale Diagnostik und Behandlung von chronischen Schmerzen nur als eine interdisziplinäre Aufgabe angesehen werden kann unter der Bereitschaft fachübergreifender Kooperation und der Einbeziehung der Grenzen des eigenen Fachgebietes. Das Werk ist sehr übersichtlich gegliedert in Grundlagen, Chronisches Schmerzsyndrom, Diagnostik, Therapie, ausgewählte Krankheitsbilder und Probleme der sozialmedizinischen Begutachtung. Besonders wertvoll macht es das Werk, dass in dem Kapitel Diagnostik aus der Perspektive verschiedener Fachgruppen übersichtlich dargestellt wurden. Ein Kapitel widmet sich speziell der Schmerzkranken in der Allgemeinpraxis. Der Aspekt der Langzeitbetreuung von Schmerzpatienten gerade durch den Hausarzt hätte allerdings eine noch größere Beachtung finden können.

Dr. med. Markus Herrmann MPH, M.A.