



FORSCHUNGSBERICHTE DES  
INSTITUTS FÜR GESUNDHEITSOÖKONOMIE UND KLINISCHE  
EPIDEMIOLOGIE DER UNIVERSITÄT ZU KÖLN



## STUDIEN ZU GESUNDHEIT, MEDIZIN UND GESELLSCHAFT

NR. 01/ 2011 VOM 04.01.2011 \*\*\* ISSN 1862-7412 \*\*\* WWW.IGKE.DE/SGMG

---

# Finanzierung von Disease Management Programmen in Deutschland

---

Autoren:

Christian Kunow, B. Sc.

Korrespondierender Autor: [christiankunow@googlemail.com](mailto:christiankunow@googlemail.com)

Die Reihe „Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft“ umfasst Arbeits- und Forschungsberichte des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie der Universität zu Köln sowie kooperierender Wissenschaftler und Institutionen.

Die Berichte und weitere Informationen zu den Forschungsberichten können im Volltext abgerufen werden unter

<http://www.igke.de/SGMG>

Bitte zitieren Sie vorliegenden Bericht als

*Kunow C. Finanzierung von Disease-Management Programmen in Deutschland. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft 2011; Köln: Ausgabe 01/2011 vom 04.01.2011.*

# 1 Zusammenfassung

- Disease Management hat seinen Ursprung in den 80er Jahren der USA. Dort ist es von Managed-Care-Organisationen und Pharmaunternehmen entwickelt und implementiert worden. In Deutschland kommt Disease Management seit über ein Jahrzehnt vor und weist in dieser Zeit sowohl theoretische als auch praktische Veränderungen auf. Bevor Disease Management anhand Strukturierter Behandlungsprogramme im Jahr 2002 gesetzlich auf den Weg gebracht und von gesetzlichen Krankenkassen deutschlandweit verbreitet wurde, war es anderweitig schon aufgegriffen worden.
- In Deutschland erfuhr Disease Management zu Beginn eine Analogie im Bezug auf die Stationen in den USA, da es hierzulande ebenso eine Umsetzung durch die Pharmaindustrie erlangte. In der Managed-Care-Bewegung wurde es zwar thematisiert, war jedoch in dieser Debatte nur Randthema. Des Weiteren wurde Disease Management von gesetzlichen und privaten Krankenkassen sowie von Beratungsunternehmen entwickelt und implementiert. Zudem sah man einige Akteure im Gesundheitswesen als prädestiniert an, Disease Management umzusetzen.
- Unterdessen weckte Disease Management das Interesse der Gesundheitspolitik. Im Jahr 2002 wurde dem Disease Management mit den Behandlungsprogrammen eine Zukunft im großen Stil ermöglicht. Die im Jahr 2009 in Kraft getretenen Veränderungen in der Finanzierungssystematik der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) beeinflussen gegenwärtig die von den gesetzlichen Krankenkassen abhängige Entscheidung für oder gegen die Umsetzung der Programme. Morbi-RSA und Gesundheitsfonds sind dabei die bedeutendsten Einflussgrößen, die mit sowohl positiven als auch negativen Auswirkungen ein uneinheitliches Zukunftsbild der Programmumsetzung zeigen.

## 2 Disease Management: Klärung des Terminus

### 2.1 Begriffsklärung

Der Terminus Disease Management ist ein angelsächsischer Begriff. Dabei kann das Wort Disease als „Krankheit“ und das Wort Management als „Führung“ übersetzt werden. Die Bezeichnungen „Krankheitsführung“ und „Führung von Krankheit(en)“ kommen in der Literatur als Synonyme für den Terminus Disease Management aber nicht vor.

In der deutschsprachigen Literatur kommen nur Synonyme vor, in denen das Wort Management beibehalten und nur das Wort Disease übersetzt wird wie bei den Synonymen „Management von Krankheit(en)“<sup>1</sup> und „Krankheitsmanagement“<sup>2</sup>. Die Synonyme „Integriertes Versorgungsmanagement“<sup>3</sup>, „Integriertes Krankheits-Management“<sup>4</sup> und „Integriertes Gesundheitsmanagement“<sup>5</sup> sind ebenso Beispiele dafür und besitzen zusätzlich das Wort „integriertes“.

Ein einheitliches, rein deutschsprachiges Pendant zum englischen Terminus Disease Management fehlte in den 90er Jahren, was auch beklagt wurde.<sup>6</sup> Seit 2002 jedoch hat Disease Management ein Pendant mit dem vom Gesetzgeber festgelegten Begriff „Strukturierte Behandlungsprogramme“. Obwohl der Gesetzgeber diesen Begriff vorsieht und in der Literatur weitere Synonyme vorhanden sind,<sup>7</sup> ist Disease Management der Terminus, der sich bis heute zumindest in der deutschen Literatur durchgesetzt hat.

Auch wenn sich der Terminus Disease Management in der Literatur behauptet hat, wird er dennoch kritisch gesehen. Nach Bernard und Graf von der Schulenburg et al. ist er nicht zielführend. Für sie steht beim Disease Management das Managen der Gesundheit im Mittelpunkt, nicht das

---

<sup>1</sup> Rosleff/Lister 1995, S. 28 und S. 34; Hildebrandt/Domdey 1996b, S. 12

<sup>2</sup> Wendt 1997, S. 206; Graf von der Schulenburg et al. 1998, S. 15; Wahler/Hildebrandt 1999, S. 305; Rachold 2000, S. 64; Straub 2000, S. 123; Mühlbacher 2002, S. 138; Becker-Berke/Lautwein-Reinhard 2004, S. 68; Carels/Pirk 2005, S. 58; Graf von der Schulenburg et al. 2005, S. 28; Kirchner 2005, S. 7; Cortekar/Hugenroth 2006, S. 77

<sup>3</sup> König 1995, S. 897; Kühn 1997, S. 2; Graf von der Schulenburg et al. 1998, S. 15; Haisch et al. 1999, S. 101; Preuß et al. 2002, S. 277; Graf von der Schulenburg et al. 2005, S. 28

<sup>4</sup> Welzel 1995, S. 132

<sup>5</sup> May 1996, S. 963

<sup>6</sup> Vgl. Kubitschek 1996, S. 14

<sup>7</sup> Eine Übersicht von rein englischsprachigen Synonymen findet sich in Szathmary (1999).

Managen der Krankheit.<sup>8</sup> Der Begriff „Gesundheitsmanagement“ kann geeigneter sein. Schmidlin-von Ziegler erweitert die Kritik und beanstandet sowohl das Wort Disease als auch das Wort Management. Da Krankheiten nicht managementfähig sind und nur medizinische Leistungen sich managen lassen, kann es für sie kein Disease Management geben.<sup>9</sup> Sie verwendet den Alternativbegriff „Patient Management“<sup>10</sup>. Bezüglich ihrer Kritik wäre der Begriff „Leistungsmanagement“ passender. Neben seiner Unzweckmäßigkeit wird der Terminus Disease Management auch hinsichtlich seines konzeptionellen Gehalts kritisiert. Nach Szathmary ist der Terminus die Kreierung eines neuen Namens und hat daher keinen revolutionären Charakter.<sup>11</sup> Greulich et al. sehen ihn als „modische Schlagworthülse“<sup>12</sup>. Für Preuß ist er ein „Flickenteppich von Ideen und Konzepten“<sup>13</sup>. Trotz dieser kritischen Stimmen hält der Terminus Disease Management in fachlichen Diskursen Einzug und ist dort etabliert.

## 2.2 Definitionsklärung

Neben der Kritik am Begriff gibt es Schwierigkeiten bezüglich einer Definition von Disease Management. So stellt Neuffer eine große Bandbreite von Definitionen fest, die entweder enger oder weiter gefasst sind.<sup>14</sup> Nach Porsche variieren die Definitionen in den Ansatzpunkten mittels Definitionsspektrum von einer Minimal- zu einer Maximalversion.<sup>15</sup> Die Definitionen sind vielfältig, wobei der Fokus auf dem Ansatz der (chronischen) Krankheiten liegt.<sup>16</sup> Herholz und Ollenschläger systematisieren sie nach umfassend-systemorientierte, allgemein-nichtssagende und technisch-methodenorientierte Definitionen. Zu den Merkmalen, wonach sich die Definitionen weiter unterscheiden, zählen Ziele, Elemente, Hintergründe und Organisationsformen.<sup>17</sup>

---

<sup>8</sup> Vgl. Bernard 1995, S. 48 zit. in: Neuffer 1997, S. 150; Graf von der Schulenburg et al. 1998, S. 15; Graf von der Schulenburg et al. 2005, S. 28

<sup>9</sup> Vgl. Schmidlin-von Ziegler 1998, S. 52

<sup>10</sup> Schmidlin-von Ziegler 1998, S. 52

<sup>11</sup> Vgl. Szathmary 1999, S. 170

<sup>12</sup> Greulich et al. 2000, S. 1; Greulich et al. 2002, S. 1

<sup>13</sup> Preuß 1997a, S. 320

<sup>14</sup> Vgl. Neuffer 1996, S. 53; Neuffer 1997, S. 150

<sup>15</sup> Vgl. Porsche 1996, S. 466 zit. in: Spickschen/Crisand 1999, S. 85

<sup>16</sup> Vgl. Schenk 1998b, S. 26; Nissen 2003, S. 426

<sup>17</sup> Vgl. Herholz/Ollenschläger 2001, S. 386; Nissen 2003, S. 426

Es ist festzustellen, dass eine allgemeingültig anerkannte, einheitliche, verbindliche und eindeutige Definition nicht existiert.<sup>18</sup> Dies wird mit dem Fehlen eines Einheitskonzeptes von Disease Management begründet.<sup>19</sup> Der Grund kann auch in den Kontexten liegen, aus denen Disease Management zu betrachten ist.<sup>20</sup> Nach Graf von der Schulenburg et al. liegt der Grund in der Neuartigkeit und Wandelbarkeit,<sup>21</sup> nach Abholz in der Vielzahl unterschiedlicher Konzepte und Intentionen von Disease Management.<sup>22</sup>

Da eine genaue Abgrenzung des Terminus fehlt, ist die Beschreibung eines Marktes für Disease Management schwierig. Szathmary stellt sich die Frage: Ist Disease Management eine Dienstleistung, ein Produkt oder eine Idee?<sup>23</sup> Was Disease Management ist, kann mit theoretischen Überlegungen nicht beantwortet werden. Es hängt von den Zielsetzungen und den institutionellen Bedingungen ab, unter denen Disease Management umgesetzt wird.<sup>24</sup>

Das Fehlen einer konsensfähigen Definition begünstigt den Missbrauch des Terminus und führt so zu einer definitorischen Beliebigkeit. Jeder könnte dann behaupten, er führe Disease Management durch.<sup>25</sup> Mit einer allgemeingültig anerkannten, einheitlichen, verbindlichen und eindeutigen Definition ist auch in Zukunft nicht zu rechnen. Obwohl ein Konsens fehlt, besteht zumindest in einigen Konzeptdetails Einigkeit.<sup>26</sup>

Mit Blick auf den zeitlichen Kontext wird nachfolgend die Definition von Stock et al. angeführt. Diese Definition ist für das „deutsche“ Disease Management konzipiert: „Disease Management ist ein systematischer, langfristiger, sektorenübergreifender und populationsbezogener Ansatz zur

---

<sup>18</sup> Vgl. Hildebrandt/Domdey 1996a, S. 51; Lauterbach 1997, S. 169; Graf von Stillfried 1998, S. 290; Graf von der Schulenburg et al. 1998, S. 15; Häußler et al. 2001, S. 30; Abholz 2002, S. 170; Hertel 2002, S. 55; Kühn 2002, S. 176; Lungen et al. 2002, S. 109; Neubourg 2002, S. 85; Eberlein-Gonska/Herholz 2003, S. 179; Eberlein-Gonska et al. 2003, S. 216f; Kaduszkiewicz/van den Bussche 2003, S. 13; Lungen/Lauterbach 2003, S. 285; Stock et al. 2004, S. 222; van den Bussche et al. 2004, S. 657; Graf von der Schulenburg et al. 2005, S. 28; Schreyögg et al. 2006, S. 118; Stock/Redaelli 2006, S. 141; Stock/Redaelli 2009, S. 149

<sup>19</sup> Vgl. Kühn 2002, S. 176; Stock et al. 2004, S. 222

<sup>20</sup> Vgl. Couch 1998, S. 3 zit. in: Schiller/Helm 2002, S. 15

<sup>21</sup> Vgl. Graf von der Schulenburg et al. 1998, S. 15; Disease Management gilt heute nicht mehr als neu, aber (stets) als wandelbar.

<sup>22</sup> Vgl. Abholz 2002, S. 170

<sup>23</sup> Vgl. Szathmary 1999, S. 173

<sup>24</sup> Vgl. Neuffer 1996 zit. in: Graf von Stillfried 1998, S. 290

<sup>25</sup> Vgl. Szathmary 1999, S. 165; Vorstellbar ist, dass zwar thematisch von einem Disease Management gesprochen wird, der Terminus aber keine Erwähnung findet.

<sup>26</sup> Vgl. Stock et al. 2004, S. 222; Stock/Redaelli 2006, S. 143

Förderung einer kontinuierlichen, Evidenz-basierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankheitsstadien und Aspekte der Versorgung hinweg. Der Prozess umfasst Prävention, Diagnosestellung, Therapie und Weiterbetreuung und schließt die kontinuierliche Evaluation medizinischer, ökonomischer und psychosozialer Parameter sowie eine darauf beruhende kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsprozesses auf allen Ebenen ein.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Stock et al. 2004, S. 222, Diese Definition kommt in einer kürzeren Fassung auch in Lauterbach (2001) vor. Auf eine konkretere Vorstellung des Konzeptes von Disease Management wird hier verzichtet. Als Überblicksarbeiten dienen Tophoven/Sell (2005) und Stock et al. (2005).

### 3 Disease Management: Ursprung in den USA

Die USA ist das Ursprungsland von Disease Management. Unklar ist jedoch, in welcher Zeit dort Disease Management startete und wer die Pionierarbeit leistete. Der Beginn liegt in den 80er oder 90er Jahren. Einführungspioniere sind Pharmaunternehmen oder Managed-Care-Organisationen. Einige nehmen an, dass Disease Management in den 90er Jahren der Pharmaunternehmen startete.<sup>28</sup> Konkreter wird der Start Mitte der 90er Jahre<sup>29</sup> und Anfang der 80er Jahre<sup>30</sup> vermutet. Andere sehen den Beginn Mitte der 80er Jahre in Managed-Care-Organisationen.<sup>31</sup> Die herrschende Meinung ist, dass Disease Management Ende der 80er Jahre in Managed-Care-Organisationen entstand.<sup>32</sup> Die Entwicklung und der Erfolg dieser Organisationen und die Struktur des Versorgungssystems waren die Voraussetzungen für die Entstehung von Disease Management.<sup>33</sup> Katalysatoren dafür waren der Kostendruck im Gesundheitssystem, die Konzentrationsprozesse und der erhöhte Anteil von Versicherten in Managed-Care-Organisationen sowie die steigende Zahl großer Gesundheitsanbieter.<sup>34</sup>

So stellten sich Pharmaunternehmen die Frage, ob ihre Geschäfte in Zeiten der Managed-Care-Organisationen weit genug gingen, um künftig auf dem Markt erfolgreich sein zu können.<sup>35</sup> Zudem gab es einen Gewinnrückgang im klassischen Arzneimittelbereich. Infolgedessen entwickelten die Unternehmen Disease Management mit dem Ziel des „added value“<sup>36</sup> ihrer pharmazeutischen Produkte.<sup>37</sup> Disease Management wurde als neuartiger Geschäftsbereich (Gesundheitsberatungen, -dienstleistungen) und zur Unterstützung ihrer pharmazeutischen Geschäfte (Zusatzleistungen) eingesetzt.<sup>38</sup> Für die Pharmaunternehmen wurde Disease Management zur neuen Marke-

---

<sup>28</sup> Vgl. Heimhoff 2000 zit. in: Wallace 2005, S. 31; Nadolski 2002, S. 16

<sup>29</sup> Vgl. Hunter/Fairfield 1997 zit. in: Fischer et al. 2005, S. 8

<sup>30</sup> Vgl. Szathmary 1999, S. 318; Richard 2004, S. 751

<sup>31</sup> Vgl. Greulich et al. 2000, S. 1; Greulich et al. 2002, S. 1; Szymkowiak et al. 2003, S. 201

<sup>32</sup> Vgl. Hildebrandt/Domdey 1996a, S. 50; Szathmary 1999, S. 190; Raczek et al. 2000, S. 3; Daenell 2004, S. 18; Schlette et al. 2005, S. 15

<sup>33</sup> Vgl. König 1995, S. 898; Lonsert 1995, S. 222ff

<sup>34</sup> Vgl. Anonym 1997b, S. 4

<sup>35</sup> Vgl. König 1995, S. 899

<sup>36</sup> Der Begriff added value bedeutet „zusätzlicher Wert“ oder „Mehrwert“.

<sup>37</sup> Vgl. Hildebrandt/Domdey 1996a, S. 51f;

<sup>38</sup> Vgl. Anonym 1997b, S. 4



tingstrategie.<sup>39</sup> Eine Schlüsselposition nahmen die Unternehmen auf dem Markt für Disease Management aber nicht ein.<sup>40</sup> Sowohl Pharmaunternehmen als auch Managed-Care-Organisationen entwickelten Disease Management und setzten es selbstständig oder in Kooperationen um.<sup>41</sup> Beide hatten zwar viel Geld in Disease Management investiert. Das Potential von Disease Management wurde jedoch noch nicht ausgeschöpft.<sup>42</sup>

Tabelle 1: In den USA entwickelte und erprobte Disease-Management-Programme in Bezug auf die Erkrankungen und die Unternehmen (in Anlehnung an Lonsert 1996)<sup>43</sup>

Indikationen	Unternehmen
Alzheimer	Warner-Lambert
Asthma	Caremark, Eli Lilly/PCS/IDM, Glaxo, Merck/Medco, Pfizer/Value Health, SmithKline Beecham
Atemwegserkrankungen	Eli Lilly/PCS, Merck/Medco
Depression	Caremark, Eli Lilly/PCS, Merck/Medco, Pfizer/Value Health, SmithKline Beecham
Diabetes mellitus	Bayer, Boehringer Mannheim, Caremark, Chronimed, Eli Lilly/PCS, Merck/Medco, Pfizer/Value Health
Epilepsie	Merck/Medco, Warner-Lambert
HIV-Infektionen	Chronimed, Quantum Disease Management, Caremark, US Healthcare
Kardiovaskuläre Erkrankungen	Caremark, Bristol-Myers Squibb, Merck/Medco, US Healthcare, Pfizer/Value Health, Warner-Lambert, Zeneca/Salick
Lebererkrankungen	United Healthcare
Multiple Sklerose	Quantum Disease Management
Onkologie	Axion, Bristol-Myers Squibb, Pfizer/Value Health, Warner-Lambert, US Healthcare, Zeneca/Salick
Ulkus	Eli Lilly/PCS, Merck/Medco

<sup>39</sup> Vgl. Heimhoff 2000 zit. in: Wallace 2005, S. 31

<sup>40</sup> Vgl. Anonym 1997b, S. 4

<sup>41</sup> Vgl. König 1995, S. 898f; Lonsert 1995, S. 222ff; Preuß 1997b, S. 295

<sup>42</sup> Vgl. Hildebrandt/Domdey 1996a, S. 52

<sup>43</sup> Andere Übersichten finden sich in Porsche (1996), Reuter (1997) und Smigielski (1997).

Pharmaunternehmen und Managed-Care-Organisationen boten seit den 80er Jahren Disease Management an. Ihre „Beziehungskiste“<sup>44</sup> war aber kompliziert. Aufgrund des hohen Komplexitätsgrades der Interaktion zwischen beiden erschien ihr Zusammenspiel wie ein „vorsichtiger Balztanz“<sup>45</sup>.

Disease Management war anfangs relativ neu und steckte in den „Kinderschuhen“<sup>46</sup>. Buccino soll die Situation von Disease Management wie die von Sex und Teenagern beschrieben haben: „Jeder redet davon, jeder denkt, irgendwer anderer macht es, aber nur wenige tun es wirklich, und das noch nicht gut“.<sup>47</sup> Nach CibaGeneva Pharmaceuticals fand Disease Management in der Bevölkerung nur eine geringe Akzeptanz und war im Markt wenig durchgedrungen.<sup>48</sup> Große Erfolge von Disease Management ließen zu wünschen übrig.<sup>49</sup> Seine Beendigung wurde sogar vermutet.<sup>50</sup> Gegenüber den negativen Stimmen war jedoch Disease Management für Kühn „populär“<sup>51</sup>.

Auch in Europa fand Disease Management reges Interesse für eine Konzeption und Realisierung. Disease Management hatte aber in den USA einen höheren Komplexitätsgrad als in Europa erreicht. In Deutschland lief Disease Management seit den 90er Jahren. Hierzulande handelte es sich anfänglich um eine Zusammenführung von Serviceleistungen und Produkten. Obwohl noch keine großen Durchbrüche verzeichnet wurden und Hürden überwunden werden mussten, ging der Trend zum Disease Management.<sup>52</sup> Einer Übertragung aus den USA nach Deutschland war man sich dennoch nicht sicher. Trotz der Bedenken wurde dem Disease Management eine große Rolle bescheinigt und seine Entwicklung als besiegelt erklärt.<sup>53</sup> Einführungspionier in Deutschland war die Pharmaindustrie. Sie wurde auf Disease Management aufmerksam.

---

<sup>44</sup> Fink-Anthe 1997, S. 183

<sup>45</sup> Fink-Anthe 1997, S. 183

<sup>46</sup> König 1995, S. 898; Anonym 1997b, S. 4; Fink-Anthe 1997, S. 183

<sup>47</sup> Fink-Anthe 1997, S. 183; Bölscher und Graf von der Schulenburg (2000) zitieren abweichend von Fink-Anthe auch Buccino. Die Ursprungsquelle des Zitats konnte nicht ermittelt werden.

<sup>48</sup> Vgl. CibaGeneva Pharmaceuticals 1996 zit. in: Szathmary 1999

<sup>49</sup> Vgl. IBM Pharmaceutical Consultancy & Shire Hall Communications 1995 zit. in: Szathmary 1999

<sup>50</sup> Vgl. Reissmann 1997 zit. in: Szathmary 1999

<sup>51</sup> Kühn 2002, S. 176

<sup>52</sup> Vgl. Porsche 1996, S. 467

<sup>53</sup> Vgl. König 1995, S. 898

## 4 Disease Management im Umfeld der deutschen Pharmaindustrie

### 4.1 Gründe, Chancen und Risiken

Disease Management war gegen Mitte der 90er Jahre eines der am meisten erörterten Entwicklungen in den deutschen Pharmaunternehmen.<sup>54</sup> Die Unternehmen suchten aufgrund der Veränderungen im pharmazeutischen Markt Alternativen.<sup>55</sup> Zu den Veränderungen zählten der Gewinnrückgang im traditionellen Geschäft, die Abnahme der Profitabilität des Arzneimittels, die Erhöhung des Preisdrucks sowie die zeitliche Kürze und das Auslaufen der Patente.<sup>56</sup> Weitere Veränderungen waren neue Methoden (z.B. in der Kommunikationstechnologie) und Zielgruppen (z.B. Patienten und Gesundheitsbehörden). Infolgedessen hinterfragten und durchdachten die Unternehmen ihre gewohnten Marketingstrategien.<sup>57</sup>

Einer der neuen Strategien war Disease Management.<sup>58</sup> Es wurde als „New Kids on the Block“<sup>59</sup> bezeichnet. Zudem wurde Disease Management auch als neuer Geschäftszweig und als neue Managementphilosophie angesehen.<sup>60</sup> Es sollte die traditionellen Vertriebs- und Marketingstrukturen ergänzen und zukünftig ablösen.<sup>61</sup> Die Unternehmen erhofften sich eine Verkaufsanhebung ihrer Produkte und Chancen einer Unternehmensprofilierung und -differenzierung, wobei ihnen vorgeworfen wurde, dass sie ihre verkaufsfördernden Ziele kaschierten.<sup>62</sup> Disease Management bot den Unternehmen die Möglichkeit, sich als Marken zu etablieren sowie neue Wettbewerbsakzente zu setzen. Bei Entscheidungen gegen Disease Management drohten den Unternehmen Nachteile

---

<sup>54</sup> Nicht nur in der Pharmaindustrie, sondern auch im Apothekenwesen wurde Disease Management als pharmazeutisch-ökonomischer Problemlöser angesehen. Mehr dazu in Ditzel (1995), Schaefer (1996a), Schaefer (1996b) und Wolf/Diener (1997).

<sup>55</sup> Vgl. Anonym 1995, S. 115f; König 1995, S. 901

<sup>56</sup> Vgl. König 1995, S. 900; Fießl 1996, S. 18

<sup>57</sup> Vgl. Gebhart 1996, S. 192ff; Fink-Anthe 1997, S. 181f

<sup>58</sup> Vgl. Anonym 1995, S. 115f

<sup>59</sup> Wahler/Hildebrandt 1999, S. 294

<sup>60</sup> Vgl. Lonsert 1996, S. 16; Lauterbach 1997, S. 172ff; Spickschen/Crisand 1999, S. 87

<sup>61</sup> Vgl. Wahler/Hildebrandt 1999, S. 294

<sup>62</sup> Vgl. Smigielski 1997, S. 370; Szathmary 1999, S. 182

im Wettbewerb.<sup>63</sup> Die Rolle von Disease Management wurde zugleich kritisch hinterfragt. So sah Porsche im Disease Management nicht nur ein Instrument, um Wachstum zu erschließen, sondern auch die Gefahr eines „weiteren Knebel[s] für die Unternehmen“<sup>64</sup>.

Tabelle 2: Möglichkeiten und Nutzen für die deutschen Pharmaunternehmen bei einem Einstieg in Disease Management (in Anlehnung an Fink-Anthe 1997)<sup>65</sup>

Dienstleistungsbereiche	Ansätze für die Pharmaunternehmen	Nutzen für die Pharmaunternehmen
Altprodukte	Patientenerziehung, Arztschulung/-information (Prävention, Screening, Compliance)	Marktausweitung, Wettbewerbsvorteil
Innovationen	Klinische und ökonomische Outcomes-Studien, Vorschlag für optimierende klinische Richtlinien	Marktausweitung, bessere Verhandlungsposition mit dem Preiskomitee
Beratungen	Unterstützung bei der Entwicklung, Umsetzung und Koordination von Programmen	Neue Kompetenzen
Integrierte Dienste	Disease-Management-Koordination (Disease-Management-Manager)	Nachhaltiger Wettbewerbsvorteil, mögliche Synergien

Der Weg der Pharmaunternehmen zu einem Disease Management wurde als „vom Primat der Produktpolitik klassischer Prägung stärker hin zu einer nachfrageseitig induzierten Orientierung am konkreten Krankheits- und Behandlungsverlauf“<sup>66</sup> beschrieben. Das Arzneimittel konnte so einen neuen und erweiterten Vermarktungskontext erschließen.<sup>67</sup>

Das Arzneimittel stellte als klassisches Produkt der Pharmaunternehmen nur einen kleinen Teil der Therapiekosten dar.<sup>68</sup> Wurde sonst nach der Verträglichkeit und Wirksamkeit eines Arzneimittels gefragt, war mittlerweile der Wert oder Mehrwert des Arzneimittels bedeutsam. Aufgrund

<sup>63</sup> Vgl. Porsche 1996, S. 466ff

<sup>64</sup> Porsche 1996, S. 465

<sup>65</sup> Eine andere Übersicht findet sich in Neuffer (1996).

<sup>66</sup> Greulich et al. 2000, S. 70f; Greulich et al. 2002, S. 70f

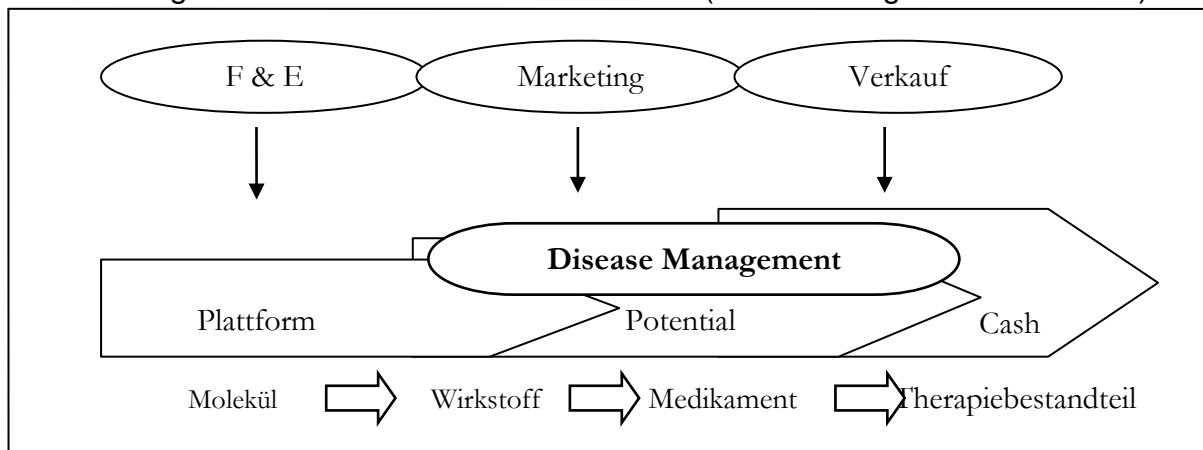
<sup>67</sup> Vgl. Greulich et al. 2000, S. 66ff; Greulich et al. 2002, S. 66ff

<sup>68</sup> Vgl. Porsche 1996, S. 466ff

der Veränderungen im Markt bestand der Trend, sich von der reinen Orientierung am Arzneimittel ab- und sich einem umfassenden Disease Management als Dienst-, Informations- und Serviceleistung zuzuwenden: Weg vom reinen Arzneimittelhersteller hin zu einem Modul- und Systemanbieter für Gesundheitsleistungen.<sup>69</sup> Somit sollten sich die Pharmaunternehmen zu einem „aktiven Player in der Gesundheitswirtschaft“<sup>70</sup> entwickeln.

Nur ganz auf Dienstleistungen zu setzen wurde als unzuweckmäßig angesehen. Fehlende pharmazeutische Innovationen können nicht durch produktferne Dienstleistungen kompensiert werden. Der Wert zusätzlicher Dienstleistungen war verbunden mit dem Vorhandensein innovativer Arzneimittel: „Null x Added Value = Null“<sup>71</sup>. Disease Management verfolgte sein Ziel in der Wertschöpfung: Von der Forschung und Entwicklung (F & E) über Marketing zum Verkauf des Produktes. Dem Wirkstoff sollten mit Disease Management marketingstrategische Attribute hinzugefügt werden, um so – vereinfacht gesagt – aus dem Wirkstoff ein Medikament zu machen.<sup>72</sup> Ein produktbezogenes Disease Management wurde jedoch als unrealisierbar betrachtet.<sup>73</sup>

Abbildung 1: Disease Management im Wertschöpfungsprozess der Entwicklung, der Vermarktung und dem Verkauf von Arzneimitteln (in Anlehnung an Weiss 1997a)<sup>74</sup>



<sup>69</sup> Vgl. König 1995, S. 898ff; May 1995, S. 355; Schwarz 1995, S. 69; Welzel 1995, S. 136; Fießl 1996, S. 18; Gebhart 1996, S. 192; Lauterbach 1997, S. 172ff; Preuß 1997a, S. 324; Wähling 1998, S. 160

<sup>70</sup> Gebhart 1996, S. 195

<sup>71</sup> Greulich et al. 2000, S. 78; Greulich et al. 2002, S. 78

<sup>72</sup> Vgl. Weiss 1997a, S. 4; Weiss 1997b, S. 156ff

<sup>73</sup> Vgl. Lonsert 1996, S. 16; Preuß 1997a, S. 324

<sup>74</sup> Mehr dazu in Gebhart (1996).

## 4.2 Voraussetzungen

Ob die Pharmaunternehmen die Voraussetzungen für ein Disease Management mitbrachten, war umstritten. Einige sahen in den Unternehmen geeignete Initiatoren für eine Konzeption und Realisierung. Dagegen waren andere diesbezüglich skeptisch. Für Porsche und Schmidlin-von Ziegler wiesen die Unternehmen Wissen und Fähigkeiten in medizinisch-therapeutischen Bereichen, Management-Know-how und finanzielle und personelle Ressourcen auf.<sup>75</sup> Fülel sah sowohl gute als auch schlechte Voraussetzungen in den Unternehmen. Als Schwächen nannte er den nicht verfügbaren Patientenzugang, die unzureichenden Arzneimittel und das Imageproblem der Unternehmen. Zu den Stärken zählte er das Know-how in Management und Wissenschaft sowie die Informationsbündelung über traditionelle Geschäftsbereiche.<sup>76</sup> Die Teilnehmer einer Fachkonferenz waren sich ebenso uneinig. Für die einen Konferenzteilnehmer verfügten die Unternehmen über Wissen, Flexibilität, Finanzkraft und eine strategische Marktposition. Für die anderen besaßen sie nicht die Erfahrung, das Know-how, die strategische Marktposition, die geeignete Strategie, die Analysefähigkeit, die Finanzressourcen und die Managementkompetenz.<sup>77</sup>

Disease Management wurde mit Anforderungen der Pharmaunternehmen verknüpft: Finanzkraft, Bestehen von Informationssystemen, Gebrauch von Informationen über Krankheits- und komplizierte Episoden, Forschung in der Pharmako- und Gesundheitsökonomie, Fähigkeit, den gesamten Markt zu bedienen, Mitwirkung an der Standardentwicklung für Diagnose- und Behandlungsmethoden und Hilfe der Ärzte bei Managementaufgaben.<sup>78</sup>

## 4.3 Umsetzung und Aussichten

Die Umsetzung von Disease Management unterschied sich zwischen den Pharmaunternehmen. Disease Management fungierte als sogenannte „Product-Service-Linien“<sup>79</sup>, „Add-on-Services“<sup>80</sup>

---

<sup>75</sup> Vgl. Porsche 1996, S. 466ff; Schmidlin-von Ziegler 1998, S. 55

<sup>76</sup> Vgl. Fülel 1996, S. 18

<sup>77</sup> Vgl. König 1995, S. 899ff

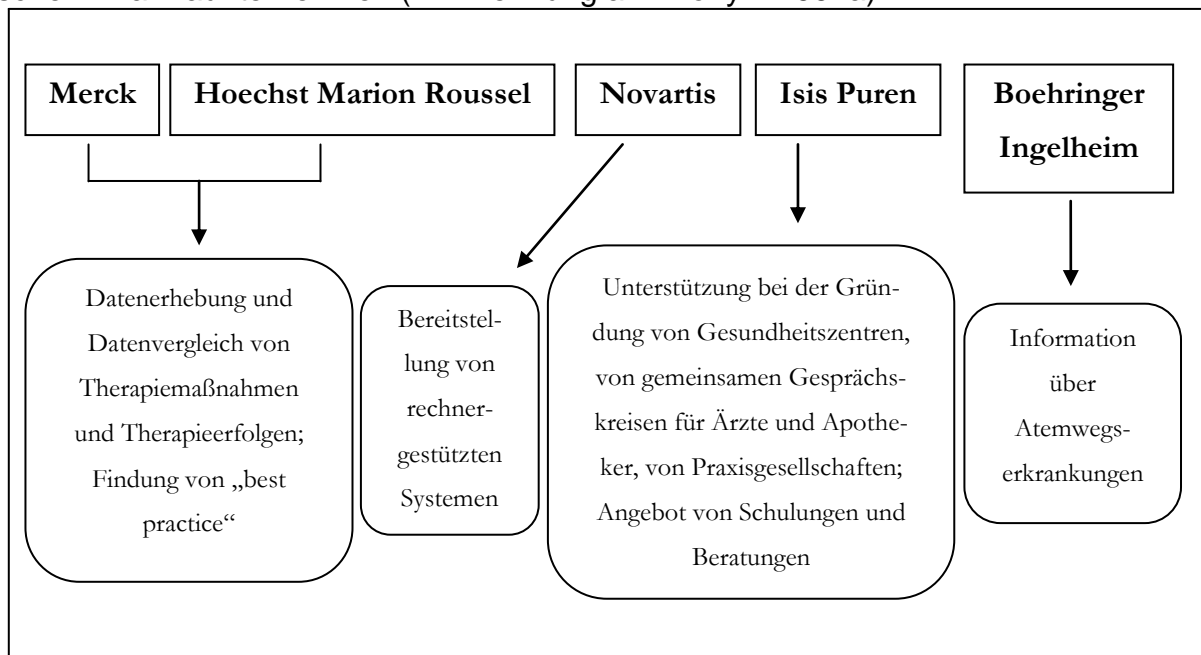
<sup>78</sup> Vgl. König 1995, S. 898

<sup>79</sup> Schaefer 1996b, S. 34

<sup>80</sup> Reuter 1997, S. 331

und „Added-Value-Services“<sup>81</sup>. Diese Services waren beispielsweise kundenorientierte und ganzheitliche Kommunikationskonzepte.<sup>82</sup>

Abbildung 2: Entwickelte oder geplante Disease-Management-Programme der deutschen Pharmaunternehmen (in Anlehnung an Anonym 1997a)<sup>83</sup>



In der Umsetzung von Disease Management unterschied Preuß fünf unterschiedliche Geschäftsaktivitäten der Pharmaunternehmen. Zu der 1. Gruppe zählten Share-Driver mit Komplettlösungen für zumeist chronische Krankheiten. Die 2. Gruppe waren innovative Unternehmen mit den besten und neuesten Behandlungsmöglichkeiten für bestimmte Krankheiten. Zur 3. Gruppe gehörten Disease-Management-Unternehmen mit den besten Lösungen für meist spezielle chronische Krankheiten. Konsortien mit Produkt- und Serviceleistungen für verschiedene Krankheiten

<sup>81</sup> König 1995, S. 900

<sup>82</sup> Vgl. Schwarz 1995, S. 69; Preuß 1997b, S. 294

<sup>83</sup> Szathmary (1999) stellt die in den europäischen Pharmaunternehmen entwickelten Disease-Management-Programme vor. Konkret beschriebene Aktivitäten zum Disease Management deutscher Pharmaunternehmen sind in Lepping (1996), Caeser (1996) und Jersch (1996) zu finden.

bildeten die 4. Gruppe. Die 5. Gruppe umfasste Generika mit Bindung zu Share-Driver, Disease-Management-Unternehmen oder Konsortien über spezielle Lieferverbindlichkeiten.<sup>84</sup>

Die Pharmaunternehmen traten in Deutschland als Pioniere im Bereich Disease Management auf. Sie versuchten mit Disease Management neue Marktnischen für sich zu gewinnen und in ihrem Auftreten im Markt einen Rollenwandel zu vollziehen.<sup>85</sup> Für eine Verbreitung von Disease Management hatten sie sich mittels Publikaufbau verdient gemacht. Zahlreiche häufig von den Unternehmen initiierte Fachkonferenzen wurden von Mitte bis Ende der 90er Jahre durchgeführt.<sup>86</sup> Trotz der Annahme eines ständigen Wachstums, des großen Marketingpotentials und der durchgeführten Konferenzen war die Umsetzung von Disease Management nicht weit verbreitet. Die „hysterische“ Stimmung war vorbei.<sup>87</sup>

Disease Management wurde zunehmend mit einem Engagement zwischen Pharmaunternehmen und Krankenkassen in Verbindung gebracht. Pharmaunternehmen und Krankenkassen initiierten zusammen Pilotprojekte von Disease Management.<sup>88</sup> Beide sahen sich dabei nicht nur als Partner, sondern auch als Konkurrenten.<sup>89</sup> Ab dem Jahr 2000 kam Disease Management nur noch vereinzelt auf der pharmazeutisch-literarischen Bildfläche vor und falls doch, dann im Kontext strukturierter Behandlungsprogramme. Für die Pharmaunternehmen waren die Behandlungsprogramme ein neuer, aber wohl abgedeckter und gesättigter Markt.<sup>90</sup>

---

<sup>84</sup> Vgl. Preuß 1997b, S. 295

<sup>85</sup> Vgl. Wähling 1998, S. 160

<sup>86</sup> Vgl. Graf von Stillfried 1998, S. 290 und S. 306

<sup>87</sup> Vgl. Weiss 1997a, S. 4; Weiss 1997b, S. 156ff; Greulich et al. 2000, S. 78; Greulich et al. 2002, S. 78

<sup>88</sup> Vgl. Arnold 1995, S. 719; König 1995, S. 898ff; Welzel 1995, S. 136; Gebhart 1996, S. 192; Fink-Anthe 1998, S. 97; Szathmary 1999, S. 392

<sup>89</sup> Vgl. Smigielski 1997, S. 370

<sup>90</sup> Vgl. Anonym 2002c; Anonym 2003; Badenhop et al. 2003; Rahner 2003; Sattlegger et al. 2003; Knorr 2007; Nach Stock und Redaelli (2006, S. 144; 2009, S. 152) erbringen die gesetzlichen und privaten Krankenkassen die Organisation für Disease Management selbst, so dass dieser (dynamische) Markt für die Teilnehmer von anderen Gesundheitsbereichen schrumpft. Um die gegenwärtige Existenz von Disease Management in den Pharmaunternehmen zu belegen, ist eine Analyse des heutigen Pharmamarktes nötig.



## 5 Disease Management in der deutschen Managed-Care-Bewegung

Disease Management wurde in Deutschland nicht nur in der Pharmaindustrie, sondern auch im Zusammenhang mit einer Einführung von Managed Care diskutiert. Managed Care entstand wie auch Disease Management in den USA. In Deutschland war eine Diskussion entbrannt, ob Managed Care auch hierzulande einzuführen ist.

Ob Managed Care aus den USA ins deutsche Gesundheitssystem übertragen werden sollte, wurde konträr debattiert. Einige waren für, andere gegen eine Übertragung. Es erfolgte größtenteils eine Debatte über eine Teilübertragung von Managed Care. Man stufte eingeführte Instrumente oder solche, die auf dem Weg zu einer Implementierung waren, schon als Managed-Care-würdig ein. Im Zuge der Debatte um Managed Care diskutierte man auch über die Einführung von Disease Management. Einige zählten Managed Care zu den Voraussetzungen einer Einführung. Für andere konnte Disease Management auch ohne Managed Care eingeführt werden. Disease Management wurde als Lösung sowohl für das aktuelle als auch für ein zukünftiges Gesundheitssystem angesehen. Zum Einen war Disease Management eine Option für eine Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Zum Anderen war es der Schlüssel für Managed Care in Deutschland. Szathmary nannte die Einführung von Disease Management ohne Managed Care als „Post-Managed-Care-Ära“<sup>91</sup>.

Die Thematik Disease Management in der Debatte um Managed Care war nach den 90er Jahren nicht mehr in der Größenordnung vorhanden wie noch in den Jahren zuvor. Zum Thema Managed Care gab es zwar noch Publikationen, diese hatten aber abgenommen. Auch das Thema Disease Management trat im Bezug zum Managed Care weniger in Erscheinung. Dies konnte an der Einführung von Strukturierten Behandlungsprogrammen liegen. Mit den Behandlungsprogrammen wurde schließlich das Gesuch der Managed-Care-Bewegung für eine Einführung von Disease Management erhört.

---

<sup>91</sup> Szathmary 1999, S. 326

## 6 Faktoren für die Verbreitung von Disease Management in Deutschland

Disease Management erfuhr neben der Pharmaindustrie und der Managed-Care-Bewegung auch in anderen Bereichen Aufmerksamkeit. Entweder zeigten Akteure für Disease Management Interesse oder sie wurden mit Disease Management in Verbindung gebracht, in dem man den Akteuren Fähigkeiten für eine Umsetzung bescheinigte.

### 6.1 Institutionelle Aufmerksamkeit

Unter anderem waren gesetzliche Krankenkassen auf Disease Management aufmerksam geworden.<sup>92</sup> Zudem sah man im Disease Management eine direkte Aufgabe für die Krankenkassen. Ob sie Disease Management durchführen konnten, war umstritten. Einerseits wurde ihnen eine Vorreiterrolle für die Umsetzung zugeschrieben, da sie über die nötigen Informationen verfügten und eine strategisch gute Marktposition besaßen.<sup>93</sup> Andererseits wurde eine Umsetzung auch kritisch beurteilt.<sup>94</sup> Die mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz 1997 fixierten Modellvorhaben und Strukturverträge waren die Grundlage für ein stärkeres Interesse der Krankenkassen an Disease Management.<sup>95</sup> Modellvorhaben und Strukturverträge wurden zum Einen als strukturelle Bedingungen für Disease Management betrachtet. Zum Anderen waren sie selbst die ersten Ansätze von Disease Management, worunter die Hausarztmodelle der AOK und die Modelle der vernetzten

---

<sup>92</sup> Vgl. Glaser 1998, S. 123; Möws 2001, S. 364ff; Disease Management wurde von Kassen auch in Kooperation mit Kassenärztlichen Vereinigungen initiiert. Tophoven (2001) gibt dazu eine Übersicht. Das Interesse der Kassen für Disease Management hielt sich aber in Grenzen. Diese Zurückhaltung beruhte auf den damals ausgestalteten Risikostrukturausgleich (RSA).

<sup>93</sup> Vgl. König 1995, S. 900; Glaeske/Graf von Stillfried 1996a, S. 204; Glaeske/Graf von Stillfried 1996b, S. 49, Hildebrandt/Domdey 1996b, S. 12f; Porsche 1996, S. 471; Preuß 1997b, S. 294; Burger/ Kasper 1998, S. 11f; Boetius 1999, S. 20; Gaertner et al. 1999, S. 378, Bölscher/Graf von der Schulenburg 2000, S. 376

<sup>94</sup> Vgl. Glaeske/Graf von Stillfried 1996a, S. 206ff; Hildebrandt/Domdey 1996a, S. 50f; Wagner 1996, S. 33; Szathmary 1999, S. 395; Bölscher/Graf von der Schulenburg 2000, S. 376

<sup>95</sup> Vgl. Rebscher 1998, S. 80f

Praxen der BKK gezählt wurden.<sup>96</sup> Disease Management sollte mit ihnen modellhaft getestet werden.<sup>97</sup> Die Weiterentwicklung der Modellvorhaben und Strukturverträge war abhängig von den entscheidungspolitischen Entfaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen und von den gesetzlichen Bestimmungen.<sup>98</sup>

Für eine Umsetzung von Disease Management wurden neben gesetzlichen Krankenkassen auch andere Akteure als prädestiniert betrachtet: MDK, IT-Fachleute, Ärzte, Krankenhäuser, Praxis-kliniken und Schwerpunktpraxen.<sup>99</sup> Akteure, die Disease Management schon theoretisch entwickelten oder praktisch umsetzten, waren Beratungsunternehmen: Innovacare, Anycare, The Boston Consulting Group, GesundheitScout24, Medicus, Mercur Assistance, Hildebrandt GesundheitsConsult und Coopers & Lybrand.<sup>100</sup> Diesen Unternehmen wurden einerseits wenig,<sup>101</sup> andererseits auch gute Chancen für die Entwicklung und Umsetzung von Disease Management bescheinigt.<sup>102</sup>

## 6.2 Gesundheitspolitische Aufmerksamkeit

Des Weiteren wurde Disease Management aufgrund steigender Kosten, knapper werdender Ressourcen, demographischer Entwicklung und des medizin-technischen Fortschritts zu den neuen politischen Lösungsstrategien gezählt.<sup>103</sup> Disease Management wurde aber nicht als *die* Strategie

---

<sup>96</sup> Vgl. König 1995, S. 900; Hilke 1996, S. 13; Nachtigal 1996, S. 56; Gerresheim 1997, S. 106; Graf von Stillfried 1997, S. 248; Lankers 1997, S. 32; Ahrens/Knieps 1998, S. 264; Klein-Lange 1998, S. 225; Mehl/Becker-Berke 1998 zit. in: Raczek et al. 2000, S. 82ff; Schenk 1998a, S. 20; Rychlik 1999, S. 68; Bölscher/Graf von der Schulenburg 2000, S. 376; Schlette et al. 2005, S. 18; van Lente 2008, S. 5

<sup>97</sup> Vgl. Geraedts 1998, S. 479

<sup>98</sup> Vgl. Bölscher/Graf von der Schulenburg 2000, S. 376; Weitere Beispiele von Disease Management in den gesetzlichen Krankenkassen finden sich in Müller (1998) und Hunsche et al. (1998). Auch private Krankenkassen entwickelten Disease Management. Mehr dazu in Anonym (2002b).

<sup>99</sup> Vgl. König 1995, S. 900; Hildebrandt/Domdey 1996a, S. 50ff; Hildebrandt/Domdey 1996b, S. 12f; Porsche 1996, S. 471; Cramer-Gesundheits-Consulting 1998, S. 77; Anonym 1999, S. 10; Lorenz et al. 2000, S. 129; Mörmel et al. 2001, S. 361ff; Möws 2001, S. 366

<sup>100</sup> Vgl. Rosleff/Lister 1995; Schenk 1998a; Döbler 2001; Mörmel et al. 2001; Müller 2001; Schenk 2001; Schönermark 2001; Anonym 2002a

<sup>101</sup> Vgl. König 1995, S. 900; Hildebrandt/Domdey 1996b, S. 12f; Porsche 1996, S. 471

<sup>102</sup> Vgl. Szathmary 1999, S. 388

<sup>103</sup> Vgl. Smigielski 1997, S. 370

angesehen.<sup>104</sup> Für Haubrock et al. gehörte es zur „Flut neuer Schlagwörter“ und war eine „sportliche Auffrischung heimischer gesundheitsökonomischer Begrifflichkeiten“.<sup>105</sup> Stieve sah in einer möglichen Einführung von Disease Management die „Illusion einer supranationalen Vergleichbarkeit gesundheitspolitischer Lösungsansätze“<sup>106</sup> und er war sich nicht sicher, ob „nomenklatorische Sprechblasen und eine Inflation der Amerikanismen“<sup>107</sup> Zukunft hätten. Da sich Deutschland im gesellschaftlichen Grundkonsens sowie im verfassungsrechtlichen Rahmen von anderen Ländern unterschied, wurde vor einer unreflektierten Einführung gewarnt.<sup>108</sup> Es gab aufgrund der nötigen Voraussetzungen Grenzen.<sup>109</sup> So wurde eine Umsetzung von Disease Management in der ursprünglichen Form und im vollen Umfang der USA als unrealisierbar angesehen.<sup>110</sup> Dennoch war man sich sicher, dass Disease Management eine immer größere Bedeutung für die Gesundheitspolitik erlangen würde und es eine sinnvolle Weiterentwicklung des deutschen Gesundheitssystems bot.<sup>111</sup>

Den Durchbruch in der Gesundheitspolitik sollte Disease Management in der Frage nach einer Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs (RSA) erlangen. Mehrere Gutachten<sup>112</sup> gaben den notwendigen Impuls dafür. Am 10.12.2001 wurde das Gesetz zur Reform des RSA verabschiedet und trat am 01.01.2002 in Kraft. Im Rahmen der neuen Gestaltung des RSA wurde die Einführung von Disease Management in Form von Strukturierten Behandlungsprogrammen festgelegt.<sup>113</sup> Seit Anfang des Jahres 2009 haben sich jedoch die Rahmenbedingungen für die Behandlungsprogramme geändert. Gesundheitsfonds und Morbi-RSA drohen heute, die Umsetzung und Zukunft der Programme in Frage zu stellen.

---

<sup>104</sup> Vgl. Greulich et al. 2000, S. 225; Greulich et al. 2002, S. 225

<sup>105</sup> Haubrock et al. 2000, S. 11

<sup>106</sup> Stieve 1995, S. 23

<sup>107</sup> Stieve 1995, S. 23

<sup>108</sup> Vgl. König 1995, S. 901

<sup>109</sup> Vgl. Glaeske/Graf von Stillfried 1996b, S. 49

<sup>110</sup> Vgl. Szathmary 1999, S. 393f

<sup>111</sup> Vgl. Cramer-Gesundheits-Consulting 1998, S. 76f

<sup>112</sup> Dazu zählt das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001), von Jacobs et al. (2001), von Lauterbach/Wille (2001), von Breyer/Kifmann (2001) und ein Konsenspapier von IGES et al. (2001) auf der Grundlage der Gutachten von Jacobs et al. (2001) und Lauterbach/Wille (2001).

<sup>113</sup> Auf eine theoretische und praktische Aufbereitung der Strukturierten Behandlungsprogramme von 2002 bis 2010 wird hier verzichtet. Als Überblicksarbeiten dienen Tophoven/Sell (2005) und Stock et al. (2005).

## **7 Strukturierte Behandlungsprogramme und Risikostrukturausgleich vor dem 01.01.2009**

Der RSA fungierte sowohl vor als auch nach seiner Verknüpfung mit den Strukturierten Behandlungsprogrammen als „Solidarfonds“. Den gesetzlichen Krankenkassen wurde aus dem RSA ein Betrag gutgeschrieben, der die Ausgleichsfaktoren Alter, Geschlecht, Einkommen, Krankengeldanspruch, Erwerbsunfähigkeits- und Berufsunfähigkeitsstatus (EU-/BU-Rentner) sowie die Zahl der beitragsfrei mitversicherten Familienangehörigen anrechnete. Somit sollten die zwischen den Kassen bestehenden Unterschiede in der ökonomischen Leistungsfähigkeit, in der Versichertenstruktur und in den Ausgabenbelastungen zu einem gewissen Grad ausgeglichen werden. Ziel war und ist ein solidarischer Wettbewerb.

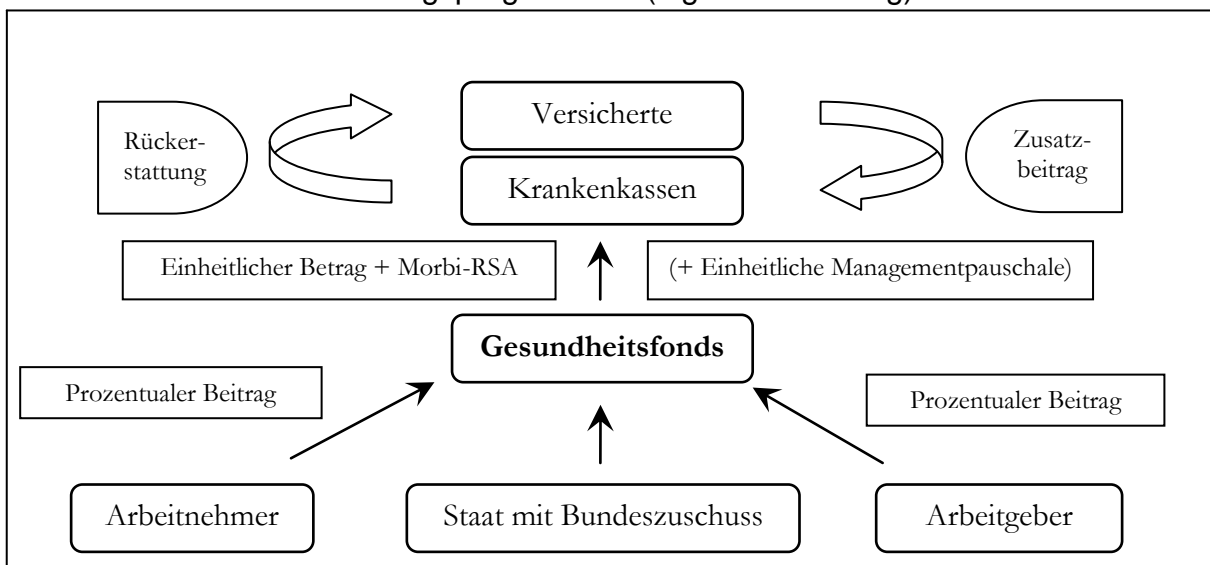
Mit der Verknüpfung mit den Behandlungsprogrammen wurde der RSA 2002 im Gesetz zu seiner Reform weiterentwickelt. Die Programme dienten als zusätzlicher Morbiditätsindikator und weiterer Ausgleichsfaktor. Eingeschriebene Versicherte in den Programmen bildeten im Chronikerpool eine eigene RSA-Gruppe. Für diese Versicherten erhielt die jeweilige Krankenkasse aus dem Chronikerpool eine standardisierte Ausgleichszahlung. Bot eine Kasse keine Programme an oder vernachlässigte die Einschreibung ihrer Versicherten in bestehende Programme, finanzierte sie die anderen Kassen mit und trug die durch ihre chronisch Kranken verursachten Kosten selber. Um im Spiel der durch den RSA verteilten Mittel den größtmöglichen Vorteil zu erzielen, war es ein Anliegen der Kassen, zum Einen Programme flächendeckend anzubieten und zum Anderen die für ein Programm in Frage kommenden Versicherten einschreiben zu lassen.

Mit der Verbindung zwischen RSA und Strukturierten Behandlungsprogrammen und auch später im Zusammenhang mit dem Morbi-RSA und dem Gesundheitsfonds sollten die folgenden Ziele erreicht werden: Fairer Kassenwettbewerb, Verhinderung von Risikoselektion sowie Wettbewerb um die Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung.

## 8 Strukturierte Behandlungsprogramme, Morbi-Risikostrukturausgleich und Gesundheitsfonds nach dem 01.01.2009

Seit Anfang des Jahres 2009 sind zwei neue Finanzierungsinstrumente der GKV eingeführt worden: Der Morbi-RSA und der Gesundheitsfonds. Beide lösten den bis Ende des Jahres 2008 bestehenden RSA ab.

Abbildung 3: Konstruktion des Gesundheitsfonds zusammen mit dem Morbi-RSA und den Strukturierten Behandlungsprogrammen (eigene Abbildung)



Mit dem Gesundheitsfonds sind die Finanzierungsstrukturen der GKV mit neuen Finanzströmen gestaltet. Im bzw. neben dem Fonds gibt es Einzahlungen, Auszahlungen, Einheits- und Zusatzbeiträge und Rückstellungen. Der Fonds fungiert dabei als Inkassostelle. Er erhält seine Mittel durch die prozentualen Beiträge der Arbeitnehmer und Arbeitgeber und durch einen staatlichen Bundeszuschuss. Die prozentualen Beiträge der Arbeitgeber sowie der Arbeitnehmer bilden den

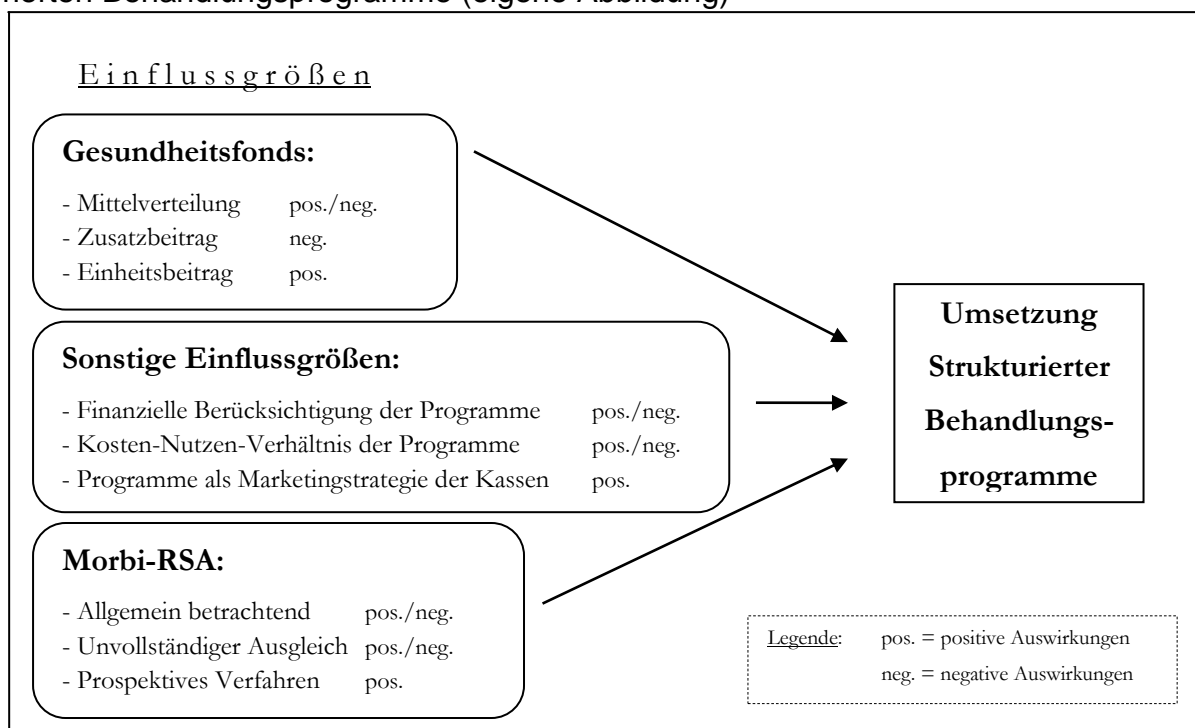
bundesdeutschen, einheitlichen Beitragssatz. Diesen von der Bundesregierung festgelegten Beitragssatz erheben die Krankenkassen von ihren Versicherten und leiten ihn an den Fonds weiter. Die Kassen bekommen aus dem Fonds einen einheitlichen Betrag zugewiesen. Darüber hinaus erhalten Kassen eine an der Morbidität ihrer Versicherten orientierte Ausgleichszahlung (Morbi-RSA). Zudem gibt es aus dem Fonds für Kassen, die eingeschriebene Teilnehmer von Strukturierten Behandlungsprogrammen aufweisen, eine einheitliche Managementpauschale. Diese Pauschale soll die Kosten für die Behandlungsprogramme berücksichtigen und verhindern, dass die Programme eingestellt werden.

Falls Kassen Überschüsse „erwirtschaften“, haben diese die Möglichkeit, die Überschüsse entweder an ihre Versicherten auszuschütten oder in weitere Leistungen zu investieren. Wenn aber die zugewiesenen Mittel aus dem Fonds nicht ausreichen, müssen Kassen einen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten einfordern. Die Zusatzbeiträge und die Beitragsrückerstattungen gehören zu den bedeutendsten Parametern im Kassenwettbewerb. Die in den Zusatzbeiträgen und den Ausschüttungen abzulesenden absoluten Euro-Beträge stellen eindeutiger und transparentere Preissignale dar als die zuvor bestehenden relativen Beitragssätze in Prozent.

## 9 Umsetzungschancen und Zukunftsaussichten der Strukturierten Behandlungsprogramme

Die in Ergebnissen von Evaluationsstudien gezeigten Programmerfolge<sup>114</sup> sprechen für eine Umsetzung Strukturierter Behandlungsprogramme. Die Programmumsetzung begründet sich jedoch hauptsächlich durch den Gesundheitsfonds und den Morbi-RSA. Beide sind die wichtigsten Einflussgrößen bei der von den gesetzlichen Krankenkassen zu treffenden Entscheidung: Für oder gegen eine Umsetzung? Vor der Entscheidung bewerten die Kassen beide Einflussgrößen. Beide besitzen Mechanismen, die sich sowohl positiv als auch negativ auf eine Umsetzung auswirken können. Nachfolgend werden beide in Beziehung zu den Programmen gesetzt und deren Verbindung herausgearbeitet. Vorab wird das gesamte Bild der Einflussgrößen vorgestellt.

Abbildung 4: Einflussgrößen und ihre Auswirkungen auf die Umsetzung der Strukturierten Behandlungsprogramme (eigene Abbildung)



<sup>114</sup> Die ermittelten Programmerfolge sind in Lungen und Rath (2008) zusammengefasst.



## 9.1 Basierend auf den Gesundheitsfonds

In der derzeitigen Finanzierung bekommen die gesetzlichen Krankenkassen ihre Einnahmen aus dem Gesundheitsfonds. Dabei kann es vorkommen, dass die aus dem Fonds zugewiesenen Mittel die anfallenden Ausgaben der Kassen nicht decken. Falls die Ausgaben ungedeckt sind, müssen die Kassen einen Zusatzbeitrag von ihren Versicherten erheben. Für die Kassen können dann Mitglieder- und Imageverluste und die Insolvenz die Folge sein. Um einen Zusatzbeitrag und mögliche Konsequenzen zu verhindern, müssen die Kassen nach Einsparpotentialen suchen. Zu den Einsparungen können Behandlungsprogramme gehören.<sup>115</sup> Falls jedoch die Einnahmen die Ausgaben überdecken, können die Kassen die erzielten Überschüsse in die Versorgung ihrer Versicherten und in Behandlungsprogramme investieren.

Neben dem von den Kassen unter bestimmten Umständen zu erhebenden Zusatzbeitrag existiert ein einheitlicher Beitragssatz. Der Einheitsbeitrag ist heute kein Parameter im Kassenwettbewerb mehr. Als wichtigster Wettbewerbsparameter gilt der Zusatzbeitrag. Er hat den von den Kassen noch variabel festlegbaren Beitragssatz als wichtigsten Wettbewerbsparameter abgelöst. Der alte Beitragssatz spielte für die Kassen bei den Entscheidungen über eine Einführung von Versorgungsmodellen eine große Rolle. Die Kassen mussten bei der Einführung von Disease Management befürchten, (multi)morbide Versicherte mit Wechselabsichten anderer Kassen anzuziehen. Da der bis zum Jahr 2008 bestehende RSA die Unterschiede zwischen den Kassen nicht adäquat ausglich, war es ein Nachteil, (multi)morbide Versicherte zu gewinnen. So hätten die Kassen die anfallenden Kosten für ihre neuen Versicherten über den unvollständigen RSA tragen müssen. Die Folgen wären die Erhöhung des Beitragssatzes und Nachteile im Kassenwettbewerb gewesen. Sowohl Versorgungsmodelle im Allgemeinen als auch Disease Management im Speziellen wurden daher kritisch beurteilt.

In der derzeitigen Finanzierung erhalten die Kassen die Kosten für ihre Versicherten durch den mit direkter Berücksichtigung von Versichertenmorbidityen arbeitenden RSA. Er gleicht gegenüber dem alten RSA die Unterschiede zwischen den Kassen besser aus. So kann es für die Kassen vorstellbar sein, Behandlungsprogramme einzuführen, auch wenn dies Versicherte von anderen

---

<sup>115</sup> Vgl. Becker 2006, S. 17; Greiner 2006, S. 447f; Gerlinger et al. 2008a, S. 25f; Gerlinger et al. 2008b, S. 113f; Geursen 2008, S. 1297; Glaeske 2008, S. 53f; Rebscher 2008, S. 554; Schlenker 2008, S. 75f; Wodarg 2008, S. 415

Kassen anziehen sollte. Die Kassen brauchen keine Abstrafung des Beitragssatzes aufgrund seiner Vereinheitlichung und keine großen Nachteile im Kassenwettbewerb befürchten.<sup>116</sup>

## 9.2 Basierend auf den Morbi-RSA

Der im Gesundheitsfonds bestehende Morbi-RSA hat die Behandlungsprogramme als einzigen Morbiditätsfaktor des alten RSA abgelöst. Der Morbi-RSA gleicht die zwischen den Kassen unterschiedlichen Versichertenmorbidity aus, indem die Kassen ihre Mittel nach der Morbidität ihrer Versicherten erhalten. Daher können die Kassen auf eine Umsetzung der Behandlungsprogramme verzichten.<sup>117</sup>

Der Morbi-RSA arbeitet jedoch nicht mit einem vollständigen Morbiditätsausgleich. So werden Anreize zur Risikoselektion gesetzt. Versicherte, die zwar krank sind, aber nicht im Morbi-RSA berücksichtigt werden, können sich in der Risikoselektion befinden. Es besteht die Gefahr, dass für diese Versicherten die Versorgungsbemühungen anhand von Behandlungsprogrammen eingestellt werden. Es muss sich dabei um eine Erkrankung der Versicherten handeln, die sowohl eine Erkrankung eines Behandlungsprogramms ist, als auch eine, die keine Berücksichtigung im Morbi-RSA findet.

Der Morbi-RSA gibt den Kassen finanzielle Anreize durch die aus dem Gesundheitsfonds zugewiesenen Mittel. Die Kassen können an Präventionsangeboten weniger oder nicht mehr interessiert sein. Dadurch können Krankheiten nicht verhindert und der Zustand der Versicherten nicht verbessert werden. So bleiben die Krankheiten weiter im Morbi-RSA und für die Kassen abrechenbar. Die Kassen können ihre Versicherten „finanziell“ nicht verlieren. Folglich sind solche Versicherte für die Kassen gute Risiken, vorausgesetzt, die Krankheiten werden im Morbi-RSA abgebildet.<sup>118</sup> Werden die Präventionsmaßnahmen von den Kassen abgelehnt, sind die Behandlungsprogramme gefährdet, nicht umgesetzt zu werden. Da es sich jedoch um einen unvollständigen Morbi-RSA handelt, kann die Ablehnung der Kassen für Präventionsangebote abgemildert sein.

---

<sup>116</sup> Vgl. Anonym 2004, S. 13; Wasem et al. 2005, S. 14

<sup>117</sup> Vgl. Jacobs/Häussler 2002, S. 26

<sup>118</sup> Vgl. Kluckhuhn 2008, S. 35; Gerlinger 2009, S. 35

Der Morbi-RSA verwendet für die Mittelverteilung im Gesundheitsfonds ein prospektives Verfahren. Die Verteilung basiert demnach auf der Versichertenmorbidity des Vorjahres. Die Leistungsausgaben der Kassen hängen aber von der Morbidity des aktuellen Jahres ab. Es kann ein Interesse für die Kassen bestehen, die Morbidity ihrer Versicherten gegenüber dem Vorjahr zu verringern.<sup>119</sup> Wenn Kassen im Jahr null die im Morbi-RSA zum Ausgleich kommenden Erkrankungen minimieren, bekommen Kassen im Jahr eins mehr Einnahmen in Verbindung mit einem Rückgang der Ausgaben. Die Mehreinnahmen basieren auf der Morbiditystruktur ihrer Versicherten aus dem Jahr null, da ihre Versichertenstruktur mehr Morbidity zeigte. Die Ausgabenverringerng resultiert aus der Abnahme ihrer Versichertenmorbidity im Jahr null bzw. der besseren Morbiditystruktur ihrer Versicherten im Jahr eins. So können die Kassen durch Behandlungsprogramme zu einer Verringerng ihrer Versichertenmorbidity beitragen.

### 9.3 Basierend auf anderen Einflussgrößen

Die Behandlungsprogramme können neben den bisher genannten Einflussgrößen aufgrund ihrer finanziellen Berücksichtigung im Gesundheitsfonds umgesetzt werden. Eine Umsetzung kann für die Kassen wirtschaftlich sein, wenn die Pauschale aus dem Gesundheitsfonds die Programmkosten mindestens decken. Effektive Behandlungsprogramme, die auf kurz- und spätestens auf mittelfristiger Sicht zu Einsparungen führen, können sich somit eine Umsetzung „verdienen“.<sup>120</sup>

Da die Ergebnisse von Evaluationsstudien aufzeigen, dass einige Behandlungsprogramme wirtschaftliche Vorteile besitzen, können die Kassen an den Programmen interessiert sein. Die Kassen müssen aber die Programmerfolge sowohl wahrnehmen und anerkennen als auch von den Erfolgen überzeugt sein. Die Umsetzung der Behandlungsprogramme ist nicht nur von einer Anerkennung der Kassen, sondern auch von einer Akzeptanz der Personen, die an den Programmen direkt beteiligt sind, abhängig. Nur mit einer breiten Identifizierung haben die Behandlungsprogramme Aussichten auf eine Umsetzung.<sup>121</sup>

---

<sup>119</sup> Vgl. Cassel/Jacobs 2008, S. 30

<sup>120</sup> Vgl. Jacobs et al. 2007, S. 426; Wasem 2007, S. 21; Straub/Dietrich 2008, S. 33; van Lente 2008, S. 6; Egger/Willenborg 2009, S. 8; Göppfarth 2009, S. 16; Jahn et al. 2009, S. 54

<sup>121</sup> Vgl. Jacobs et al. 2007, S. 426; Wasem 2007, S. 21; Jaekel 2009, S. 11; Jahn et al. 2009, S. 54

Neben dem betriebswirtschaftlichen Wert können die Kassen in den Behandlungsprogrammen auch ein Marketinginstrument sehen. Es ist möglich, dass die Programme trotz einer ungünstigen betriebswirtschaftlichen Aufstellung von den Kassen als „marketingstrategischer Schein“ umgesetzt werden.

Es ist ersichtlich, welche Einflussgrößen für und welche gegen eine Programmumsetzung sprechen. Womöglich gibt es noch weitere Einflussgrößen. Zu diesen können beispielsweise die spezifischen Entscheidungsgrundlagen der Kassen zählen, die extern nicht ersichtlich und dementsprechend auch nicht nachzuvollziehen sind.

## 10 Fazit

Eine abschließende Gesamtbetrachtung und -beurteilung der Umsetzungschancen und Zukunftsaussichten Strukturierter Behandlungsprogramme ist aufgrund unterschiedlicher Einflussgrößen nicht möglich. Die Einflussgrößen können lediglich im Einzelnen vorgestellt und in Beziehung zu den Behandlungsprogrammen gesetzt werden. Zur Frage einer weiteren Umsetzung der Programme besteht neben unterschiedlichen Einflussgrößen ein uneinheitliches Meinungsbild in den fachlichen Diskursen. Die Differenzen sind Ausdruck von Unwissenheit, von Mutmaßungen und von Interessen der Meinungsbildner.

Ob die Strukturierten Behandlungsprogramme auch in Zukunft umgesetzt werden, ist hauptsächlich von den gesetzlichen Krankenkassen abhängig. Je nachdem, wie die Krankenkassen die Einflussgrößen bewerten, werden sie dementsprechend zu einer Entscheidung gelangen. Diese Entscheidung hat entweder die Umsetzung oder ein Aus der Behandlungsprogramme zur Folge. Mit weiteren Erfahrungen werden die Kassen den Stellenwert jeder Einflussgröße neu festlegen. Somit wird auch die Umsetzung der Programme erneut in Frage gestellt.

Die Strukturierten Behandlungsprogramme sind in Deutschland gesetzlich erst vor wenigen Jahren eingeführt worden. Daher wäre es auch vor dem Hintergrund der bewiesenen Programmerfolge durch Evaluationsstudien bedauerlich, wenn ihre „Ära“ zu Ende gehen würde. Auch wenn eine klare Antwort auf die Frage der Umsetzungschancen und Zukunftsaussichten der Programme nicht möglich ist, wäre ihnen die Eröffnung einer weiteren in der Praxis realisierten Zukunft zu wünschen. Die Kassen sollten folglich ihre Entscheidung nicht gegen die Programme, sondern für die Versicherten treffen.

## 11 Referenzen

Abholz HH. Disease-Management-Programme in ihrer Auswirkung auf die ärztliche Arbeit. ZFA 2002;78(4):170-174.

Ahrens H-J, Knieps F. Neue Formen des Gesundheitsmanagements. Politisches Umfeld und instrumentelle Möglichkeiten für Managed Care in der AOK. In: Eichhorn S, Schmidt-Rettig B. Chancen und Risiken von Managed Care. Perspektiven der Vernetzung des Krankenhauses mit Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Krankenkassen. Kohlhammer 1998. Stuttgart. 260-270.

Anonym. Disease Management. Die pharmazeutische Industrie 1995;57(6):VI 115-VI 116.

Anonym. Deutsche Pharmaunternehmen gehen ans Disease Management mit unterschiedlichen Ansätzen heran. AmZ 1997a;10(10):3.

Anonym. Auch in USA steckt Disease Management noch in den Kinderschuhen. AmZ 1997b;10(3):4.

Anonym. Disease Management. Der Weg zur optimalen Gesundheitsversorgung? Die internistische Welt 1999;(2):10.

Anonym. Startbereites Chronikerprogramm. Mercur Assistance offeriert Kassen Disease-Management. Versicherungswirtschaft 2002a;57(8):594.

Anonym. Disease-Management. messbare Erfolge durch Chroniker-Programme. ZfV 2002b;53(20):640-641.

Anonym. Disease-Management-Programme. Industrie will bei Chroniker-Programmen mitmischen. DAZ 2002c;142(49):40-42.

Anonym. AOK denkt auch über neue Vertriebswege nach. Im Kontext von Disease Management-Projekten könnte die Industrie chronisch Kranke direkt beliefern. AmZ 2003;16(3):7.

Anonym. Geringer Aufwand, großer Nutzen. G+G Spezial 2004;7(10):12-13.

Arnold M. Überlegungen zu Managed Care. Modeerscheinung oder Problemlösungsansatz? Die pharmazeutische Industrie 1995;57(9):714-719.

Badenhoop R, Sattlegger C, Seiter S. Zwischen Disease Management und Patientenbindung. Positionierung der Life Sciences-Industrie. Pharma-Marketing Journal 2003;(6):208-211.

Becker J. Gesundheitsreform. Aufwändig, bürokratisch, teuer. G+G 2006;9(9):16-17.

Becker-Berke S, Lautwein-Reinhard B. Stichwort Gesundheitswesen. Ein Lexikon für Einsteiger und Insider. KomPart 2. Auflage 2004. Bonn.

Bernard S. Disease Management. A Pharmaceutical Industry Perspective. Pharmaceutical Executive 1995;15(3):48-60.

Boetius J. Disease Management für Diabetiker. Public Health Forum 1999;7(26):20.

Bölscher J, Graf von der Schulenburg J-M. Ansatzpunkte für Disease-Management-Konzepte am Beispiel des Krankheitsbildes Diabetes mellitus. AMT 2000;18(12):374-377.

Breyer F, Kifmann M. Optionen der Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs in der GKV. DIW-Diskussionspapier Nr. 236 2001. Berlin.

Burger S, Kasper, J. Versorgungsmanagement. neue Herausforderungen für die Kostenträger. Sozialer Fortschritt 1998;47(1):9-14.

Caeser M. Verbesserung der Patientenversorgung in der Praxis durch Disease Management und EDV-basierte Intervention. In: Braun W, Schaltenbrand R. Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management. Berichtsband zum 3. Symposium. Universität Witten/Herdecke 1996. Witten. 159-165.

Carels J, Pirk O. Springer Wörterbuch. Gesundheitswesen. Springer 2. Auflage 2005. Berlin, Heidelberg.

Cassel D, Jacobs K. Risikostrukturausgleich. Krankheit besser abbilden. G+G 2008;11(11):29-31.

CibaGeneva Pharmaceuticals. CibaGeneva Pharmacy Benefit Report. Trends & Forecasts. 1996.

Cortekar J, Hugenholtz S. Managed Care als Reformoption für das deutsche Gesundheitswesen. Metropolis 2006. Marburg.

Couch JB. Disease Management. An Overview. In: Couch JB. The Health Care Professional's Guide to Disease Management. Patient-Centered Care for the 21st Century. Aspen Publishers 1998. Gaithersburg, Maryland. 1-27.

Cramer-Gesundheits-Consulting. Bedeutung der Labordiagnostik für das Disease Management. Die pharmazeutische Industrie 1998;60(4):IV 76-IV 77.

Daenell N. Disease-Management-Programme. Nutzen, Maßnahmen, Erfolgsfaktoren. VDM 2004. Düsseldorf.

Ditzel P. Managed Care. wer die Daten besitzt, hat die Macht! DAZ 1995;135(46):53-59.

Döbler A-K. Mit Disease Management Kosten für Diabetiker senken. Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 2001;6(6):A 154-A 155.



Eberlein-Gonska M, Löw A, Herholz H. Curriculum „strukturierte medizinische Versorgung“. ZaeFQ 2003;97(3):215-218.

Egger B, Willenborg P. Disease-Management. Ein Erfolgsmodell geht weiter. G+G Spezial 2009;12(1):8.

Fink-Anthe C. Neue Wege zu werben. Disease Management noch in den Kinderschuhen. Die pharmazeutische Industrie 1997;59(8):VIII 181-VIII 183.

Fink-Anthe C. Evidenz-basierte Medizin (EBM). ein vielversprechender Ansatz. Die pharmazeutische Industrie 1998;60(5):V 95-V 97.

Fischer T, Lichte T, Popert U. Disease-Management-Programme. Halten sie, was sie versprechen? In: Essers M, Gerlinger T, Herrmann M, Hinricher L, Lenhardt U, Seidler A, Simon M, Stegmüller K. Disease-Management-Programme. Behandlung nach Maß? Argument 2005. Hamburg. 8-19.

Füeßl HS. Disease Management. Schlagwort oder Konzept besserer Patientenbetreuung? MMW 1996;138(31-32):13-18.

Gaertner T, von Mittelstaedt G, Jelastopulu E, Schwoerer P, Niehoff J-U, Voltz G, Krell H, Finger C, Knigge W, Sambale M, Strippel H. Managed care. eine Perspektive für die GKV? Das Gesundheitswesen 1999;61(8-9):374-379.

Gebhart KN. Disease Management. Impulse für neue Marketingstrategien in nationalen und internationalen Unternehmen. In: Braun W, Schaltenbrand R. Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management. Berichtsband zum 3. Symposium. Universität Witten/Herdecke 1996. Witten. 192-202.

Geraedts M. Wollen wir wirklich Managed Care? Das Gesundheitswesen 1998;60(8-9):473-481.

Gerlinger T. Wettbewerb und Patientenorientierung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Böckmann R. Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb. VS 2009. Wiesbaden. 19-41.

Gerlinger T, Mosebach K, Schmucker R. Risiken und Nebenwirkungen des Gesundheitsfonds. SPW 2008a;(168):22-27.

Gerlinger T, Mosebach K, Schmucker R. Mehr Staat, mehr Wettbewerb. Gesundheitsfonds ante portas. Blätter für deutsche und internationale Politik 2008b;53(10):107-116.

Gerresheim W. Gesundheitsmanagement. die neue Rolle der AOK Hessen. In: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen. Gesundheit managen. AOK Hessen 1997. Bad Homburg. 100-111.

Geursen RG. Gesundheitsfonds. Simulation unerwünscht. Die pharmazeutische Industrie 2008;70(11):1295-1297.

Glaeske G. Der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich ab 2009. Mehr Rationalität im Ausgleich der Kassen untereinander? In: Repschläger U. BARMER Gesundheitswesen aktuell 2008. Beiträge und Analysen zu Auswirkungen der Gesundheitsreform ab 2009. BARMER Ersatzkasse 2008. Wuppertal. 34-56.

Glaeske G, Graf von Stillfried D. Machbarkeit von Disease Management aus Sicht der Kostenträger. In: Braun W, Schaltenbrand R. Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management. Berichtsband zum 3. Symposium. Universität Witten/Herdecke 1996a. Witten. 203-209.

Glaeske G, Graf von Stillfried D. Einleitende Bemerkungen zum Thema Disease Management. Möglichkeiten und Grenzen aus Sicht der GKV. Die Ersatzkasse 1996b;76(2):49.

Glaser P. Löst Managed Care die Probleme des deutschen Gesundheitswesens? F&W 1998;15(2):117-123

Göpffarth D. Der neue Risikostrukturausgleich im Gesundheitsfonds. Wie der morbiditätsorientierte Finanzkraftausgleich funktioniert. Soziale Sicherheit 2009;58(1):12-17.

Graf von der Schulenburg J-M, Kielhorn A, Greiner W, Volmer T. Praktisches Lexikon der Gesundheitsökonomie. Asgard 1998. Sankt Augustin.

Graf von der Schulenburg J-M, Mittendorf T, Volmer T, Lützelberger U, Greiner W. Praktisches Lexikon der Gesundheitsökonomie. Adis International 2. Auflage 2005. Starnberg.

Graf von Stillfried D. Managed-Care-Elemente in der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arnold M, Lauterbach KW, Preuß K-J. Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. In: Robert Bosch Stiftung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 31. Schattauer 1997. Stuttgart. 229-251.

Graf von Stillfried D. Disease Management. Ein Angebot der Krankenkassen. In: Eichhorn S, Schmidt-Rettig B. Chancen und Risiken von Managed Care. Perspektiven der Vernetzung des Krankenhauses mit Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Krankenkassen. Kohlhammer 1998. Stuttgart. 290-309.

Greiner W. Reformoptionen für einen zukünftigen Risikostrukturausgleich in der GKV. Das Gesundheitswesen 2006;68(7):442-448.

Greulich A, Berchtold P, Löffel N. Disease Management. Patient und Prozeß im Mittelpunkt. Decker 2000. Heidelberg.

Greulich A, Berchtold P, Löffel N. Disease Management. Patient und Prozeß im Mittelpunkt. Hüthig 2. Auflage 2002. Heidelberg.

Haisch J, Weitkunat R, Wildner M. Wörterbuch Public Health. Hans Huber 1999. Bern.

Haubrock M, Hagmann H, Nerlinger T. Managed Care. Integrierte Versorgungsformen. Hans Huber 2000. Bern.

Häussler B, Glaeske G, Gothe H. Disease-Management in der GKV. Konzept für die Durchführung. Arbeit und Sozialpolitik 2001;55(9-10):30-34.

Heimhoff S. Getting out from under drug companies' shadows. Managed Care 2000;9(3):39-43.

Herholz H, Ollenschläger G. Notwendige Voraussetzungen. Zu Qualität und Qualitätssicherung von Disease Management Programmen in Deutschland. Forum für Gesundheitspolitik 2001;7(10):386-390.

Hertel J. Versorgungsstrukturen. Psychotherapeuten zwischen Disease-Management und Case-Management. Forum psychotherapeutische Praxis 2002;2(2):54-65.

Hildebrandt H, Domdey A. Disease Management. Effizienzsteigerung. Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung. Reorganisation der Behandlungsabläufe. Die Ersatzkasse 1996a;76(2):50-54.

Hildebrandt H, Domdey A. Disease Management. Herausforderung für unser Versorgungssystem. Berliner Ärzte 1996b;33(4):11-13.

Hilke W. Glossar zum Pharma-Marketing. Universität Freiburg 2. Auflage 1996. Freiburg.

Hunsche E, Mast O, Lauterbach KW. Diabetes Disease Management. Modellvorhaben Focus Diabeticus Leverkusen. Die BKK 1998;86(10):491-498.

Hunter DJ, Fairfield G. Managed care. Disease management. BMJ 1997;315(7099):50-53.

IBM Pharmaceutical Consultancy & Shire Hall Communications. Disease management and the NHS. a guide for potential partners. 1995. London.

IGES, Cassel D, Wasem J, Lauterbach KW, Wille E. Konsenspapier IGES/Cassel/Wasem und Lauterbach/Wille. 26. Februar 2001. Berlin, Duisburg, Köln, Mannheim.

Jacobs K, Häussler B. Disease Management im künftigen Kassenwettbewerb. GGW 2002;2(1):24-31.

Jacobs K, Reschke P, Cassel D, Wasem J. Zur Wirkung des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Untersuchung im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit 2001. Berlin, Duisburg, Greifswald.

Jacobs K, Staudt S, Wasem J. Gesetzliche Krankenversicherung. Wie kommen wir zu einem gerechten Risikostrukturausgleich? Soziale Sicherheit 2007;56(12):420-426.

Jaeckel R. Der Morbi-RSA als Katalysator für mehr Vertragswettbewerb im Gesundheitswesen? gpk 2009;50(1):9-12.

Jahn R, Staudt S, Wasem J. Verbesserung des Risikostrukturausgleichs als Instrument zur Sicherung der Balance zwischen Solidarität und Wettbewerb. In: Böckmann R. Gesundheitsversorgung zwischen Solidarität und Wettbewerb. VS 2009. Wiesbaden. 43-61.

Jersch N. IT-Grundlagen für Disease Management. Methodik und Machbarkeit. In: Braun W, Schaltenbrand R. Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management. Berichtsband zum 3. Symposium. Universität Witten/Herdecke 1996. Witten. 172-182.

Kaduszkiewicz H, van den Bussche H. Disease-Management-Programme. Erwartungen und Bedenken von Hausärzten und Patienten. In: Thiele W, Trojan A. Forum Sozial- und Gesundheitspolitik Band 16. Asgard 2003. Sankt Augustin.

Kirchner H. Moderne Versorgungskonzepte. Was wurde bei den Disease-Management-Programmen erreicht? Zeitschrift für Kardiologie Supplement 2005;94(4):IV 7-IV 11.

Klein-Lange M. Krankenversorgung. In: Schwartz FW, Badura B, Leidl R, Raspe H, Siegrist J. Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. Urban & Schwarzenberg 1998. München, Wien, Baltimore. 213-244.

Kluckhuhn C. Gesundheitsfonds. Kassensturz. ZM 2008;98(21):34-38.

Knorr C. Sektorübergreifende Versorgung im deutschen Gesundheitswesen. Die pharmazeutische Industrie 2007;69(12):1381-1384.

König H-H. Disease Management. Läßt sich Krankheit in Deutschland managen? Die pharmazeutische Industrie 1995;57(11):897-901.

Kubitschek J. Disease Management. Nur Schlagwort oder eine neue Chance? Hartmannbund-Magazin 1996;7(8):14-15.

Kühn H. Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Das Beispiel USA. Public Health Forum 1997;5(18):2-4.

Kühn H. Disease Management. Erfahrungen in den USA. ZFA 2002;78(4):175-180.

Lankers CHR. Erfolgsfaktoren von Managed Care auf europäischen Märkten. Wissenschaftliches Institut der AOK 1997. Bonn.

Lauterbach KW. Zum Verhältnis von Disease Management und Managed Care. In: Arnold M, Lauterbach KW, Preuß K-J. Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. In: Robert Bosch Stiftung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 31. Schattauer 1997. Stuttgart. 169-178.

Lauterbach KW. Disease Management in Deutschland. Voraussetzungen, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten im Auftrag des VdAK und des AEV 2001. Köln.

Lauterbach KW, Wille E. Modell eines fairen Wettbewerbs durch den Risikostrukturausgleich. Gutachten im Auftrag des VdAK, des AEV, des AOK-BV und des IKK-BV 2001. Köln, Mannheim.

Lepping M. Disease Management versus Diabetes Management. In: Braun W, Schaltenbrand R. Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management. Berichtsband zum 3. Symposium. Universität Witten/Herdecke 1996. Witten. 140-148.

Lonsert M. Disease Management. Perspektiven für die deutsche Pharma-Industrie (Teil 1). Pharma-Marketing Journal 1995;(6):222-225.

Lonsert M. Disease Management. Perspektiven für die deutsche Pharma-Industrie (Teil 2). Pharma-Marketing Journal 1996;(1):12-17.

Lorenz K-P, von Mittelstaedt G, Gaertner T. „Managed care“. Perspektiven in Deutschland. Das Gesundheitswesen 2000;62(3):127-129.

Lüngen M, Lauterbach KW. Bedeutung der medizinischen Rehabilitation in Disease-Management-Programmen. Die Rehabilitation 2003;42(5):284-289.

Lüngen M, Rath T. Stand und Zukunft von Disease Management Programmen in Deutschland. Studien zu Gesundheit, Medizin und Gesellschaft Nr. 3 2008. Köln.

Lüngen M, Stock S, Lauterbach KW. Disease-Management-Programme. Chance oder Gefahr für Krankenhäuser? Das Krankenhaus 2002;94(2):108-112.

May O. Kostensenkung mit Managed Care? Aktuelle Bedeutung für das deutsche Gesundheitswesen. Bericht über eine AIC-Konferenz am 26./27. April 1995 in Frankfurt/Main. Die pharmazeutische Industrie 1995;57(5):350-355.

May O. „Managed Care“. Ein Unwort oder der Rahmen für Innovationen? Bericht über eine AIC-Konferenz unter dem Titel „Managed Care in Deutschland“ vom 2. bis 4. September 1996 in Frankfurt/Main. Die pharmazeutische Industrie 1996;58(11):961-966.

Mehl E, Becker-Berke S. Handbuch für das Projekt Diabetes. Ergebnisse des AOK-Wissenschaftsbeirats Diabetes. 1998.

Mörmel R, Wenzel F, Thiess M. Die neue Herausforderung heißt Disease Management. F&W 2001;18(4):359-363.

Möws V. Die Krankenkassen setzen auf Disease Management. F&W 2001;18(4):364-366.

Mühlbacher A. Integrierte Versorgung. Management und Organisation. eine wirtschaftswissenschaftliche Analyse von Unternehmensnetzwerken der Gesundheitsversorgung. Hans Huber 2002. Bern.

Müller A. Disease Management in der onkologischen Versorgung. In: Eichhorn S, Schmidt-Rettig B. Chancen und Risiken von Managed Care. Perspektiven der Vernetzung des Krankenhauses mit Arztpraxen, Rehabilitationskliniken und Krankenkassen. Kohlhammer 1998. Stuttgart. 207-220.

Müller R. Neue Impulse für „Disease Management“. Der Münchener Pionier Innovacare nutzt die aktuelle Diskussion über die Gesundheitsreform. Versicherungswirtschaft 2001;56(14):1164-1165.



Nachtigal G. AOK-Gesundheitsmanagement. In: Ahrens HJ. Gesundheitsmanagement in der GKV. Ansätze für eine deutsche Variante von Managed Care. AOK-Bundesverband 1996. Bonn. 51-61.

Nadolski H. Disease Management in den USA. GGW 2002;2(1):16-23.

Neubourg T. Disease Management in der Diabetikerversorgung. In: Knappe E, Neubauer G, Oberender P. Schriften zur Gesundheitsökonomie Band 37. P.C.O. 2002. Bayreuth.

Neuffer AB. Disease Management. Definitionen, Konzepte und Umsetzung. In: Braun W, Schaltenbrand R. Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management. Berichtsband zum 3. Symposium. Universität Witten/Herdecke 1996. Witten. 52-65.

Neuffer AB. Managed Care. Umsetzbarkeit des Konzeptes im deutschen Gesundheitssystem. In: Knappe E, Neubauer G, Oberender P. Schriften zur Gesundheitsökonomie Band 21. P.C.O. 1997. Bayreuth.

Nissen J. Disease-Management-Programme. Die systematische Strukturierung der medizinischen Versorgung. WiSt 2003;32(7):426-428.

Porsche R. Disease Management als Herausforderung und Chance für innovative Unternehmen. Die pharmazeutische Industrie 1996;58(6):465-472.

Preuß K-J. Kommen wir an der Plausibilität des Managed Care-Ansatzes vorbei? In: Merke K. Umbau oder Abbau im Gesundheitswesen? Quintessenz 1997a. Berlin. 314-325.

Preuß K-J. Informations-, Kommunikations-Technologien und Vernetzung im Gesundheitssektor als Basis für Managed-Care-Konzepte. In: Arnold M, Lauterbach KW, Preuß K-J. Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. In: Robert Bosch Stiftung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 31. Schattauer 1997b. Stuttgart. 259-300.

Preuß K-J, Rübiger J, Sommer JH. Managed Care. Evaluation und Performance-Measurement integrierter Versorgungsmodelle. Schattauer 2002. Stuttgart.

Rachold U. Neue Versorgungsformen und Managed Care. Ökonomische Steuerungsmaßnahmen der Gesundheitsversorgung. Kohlhammer 2000. Stuttgart, Berlin, Köln.

Raczek K, Bölscher J, Graf von der Schulenburg J-M. Disease Management bei Diabetes mellitus. Cuvillier 2000. Göttingen.

Rahner E. Disease Management 2003. Gibt es Auswirkungen auf die Arzneimittelversorgung? Die pharmazeutische Industrie 2003;65(5):V 81-V 83.

Rebscher H. Disease Management. Das Ganze steht vor seinen Teilen. Die Ersatzkasse 1998;78(2):79-81.

Rebscher H. Sozialmedizin und Gesundheitsökonomie. Der Bedingungsrahmen zukünftiger Versorgungsformen. Bundesgesundheitsblatt 2008;51(5):552-557.

Reissmann D. So, what happened to disease management? Drug Benefit Trends 1997;9(4):13-14.

Reuter W. Managed Care und die pharmazeutische Industrie. In: Arnold M, Lauterbach KW, Preuß K-J. Managed Care. Ursachen, Prinzipien, Formen und Effekte. In: Robert Bosch Stiftung. Beiträge zur Gesundheitsökonomie Band 31. Schattauer 1997. Stuttgart. 325-340.

Richard S. Disease-Management-Programme in der gesetzlichen Krankenversicherung. Bisherige Schwerpunkte und Weiterentwicklung. Bundesgesundheitsblatt 2004;47(8):751-754.

Rosleff F, Lister G. Europäische Trends im Gesundheitswesen. In Richtung Managed Care. Coopers & Lybrand Europe Limited 1995. Schweiz.

Rychlik R. Gesundheitsökonomie und Krankenhausmanagement. Grundlagen und Praxis. Kohlhammer 1999. Stuttgart.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Über-, Unter- und Fehlversorgung Band III. Gutachten 2000/2001.

Sattlegger C, Seiter S, Badenhoop R. Connected Healthcare. Aktuelle Herausforderungen für die Pharmaindustrie im deutschen Gesundheitswesen Teil 1. Optimized Care. Positionierung der Life Sciences-Industrie zwischen Disease Management und Patientenbindung. Die pharmazeutische Industrie 2003;65(5):397-402.

Schaefer M. Patientenbezogene Medikationsdateien in der Apotheke als Datenbasis für Qualitätssicherung und Disease Management. In: Braun W, Schaltenbrand R. Qualitätssicherung, Pharmakoökonomie und Disease Management. Berichtsband zum 3. Symposium. Universität Witten/Herdecke 1996a. Witten. 166-171.

Schaefer M. Die Apotheke und Disease Management. PZ 1996b;141(38):32-40.

Schenk R. Mehr Patientenorientierung im Gesundheitswesen? Ein Jahr 2. NOG unter besonderer Berücksichtigung des Disease-Management-Ansatzes. In: Neubauer G, Schenk R. Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Erfahrungen und Perspektiven. Zuckschwerdt 1998a. München. 11-21.

Schenk R. Disease-Management. Ein kooperativer und patientenorientierter Ansatz. Perspectives on Managed Care 1998b;1(2):26-29.

Schenk R. Gesundheitsmanagement und Internet. Neue Instrumente der Integrierten Versorgung. In: Todd WE, Schenk R. Disease-Management im Zeichen von Europa und E-Health. Zuckschwerdt 2001. München. 9-15.

Schiller A, Helm A. Disease Management in Deutschland. Kopie, Neuauflage oder Innovation? Diplomarbeit 2002. Neubrandenburg.

Schlenker R-U. Gesundheitsfonds und Morbi-RSA werden die Kassenlandschaft gründlich verändern. RPG 2008;14(3):73-77.

Schlette S, Knieps F, Amelung VE. Versorgung chronisch Kranker in Deutschland und in den USA. Defizite, Herausforderungen, Lösungsansätze. In: Schlette S, Knieps F, Amelung VE. Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland. KomPart 2005. Bonn, Bad Homburg. 7-29.

Schmidlin-von Ziegler NI. Disease Management. Modeerscheinung oder Lösungsansatz? Medizinische Klinik 1998;93(1):52-56.

Schönermark M. Europa und E-Health. Implikationen für Disease-Management. In: Todd WE, Schenk R. Disease-Management im Zeichen von Europa und E-Health. Zuckschwerdt 2001. München. 25-31.

Schreyögg J, Weinbrenner S, Busse R. Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In: Busse R, Schreyögg J, Gericke C. Management im Gesundheitswesen. Springer 2006. Heidelberg. 106-122.

Schwarz B. Bayer Pharma. Mehr als nur Produkte. PZ 1995;140(1):69.

Smigielski E. Sektorübergreifende Versorgungsformen und Chancen für die pharmazeutische Industrie. Die pharmazeutische Industrie 1997;59(5):369-373.

Spickschen J, Crisand M. Disease Management. Eine Chance für die Pharma-Industrie. Pharma-Marketing Journal 1999;(3):82-87.

Stieve G. Mehr Effizienz durch Disease Management. PZ 1995;140(39):23.

Stock S, Redaelli M. Die ambulante Versorgung. In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H. Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Hans Huber 2006. Bern. 131-148.

Stock S, Redaelli M. Die ambulante Versorgung. In: Lauterbach KW, Stock S, Brunner H. Gesundheitsökonomie. Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe. Hans Huber 2. Auflage 2009. Bern. 137-156.

Stock S, Redaelli M, Lauterbach KW. Disease Management. In: Lauterbach KW, Schrappe M. Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine. Eine systematische Einführung. Schattauer 2004. Stuttgart. 221-230.

Stock S, Redaelli M, Lauterbach KW. Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen. Kohlhammer 2005. Stuttgart.

Straub C. Verbesserung der Versorgungsqualität unter Beteiligung der Patienten. einige Ansätze. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. eine länderübergreifende Herausforderung. Ideen, Ansätze und internationale Erfahrungen. BZgA 2000. Köln. 118-126.

Straub C, Dietrich ES. Morbi-RSA. Das Ende der DMP? Gesundheits- und Sozialpolitik 2008;62(1):31-33.

Szathmary B. Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen. Disease und Case Management. Luchterhand 1999. Neuwied, Kriftel.

Szymkowiak C, Walkenhorst K, Straub C. Disease Management Programme aus Sicht einer Krankenkasse. ZaeFQ 2003;97(3):201-206.

Tophoven C. Disease-Management und Integrierte Versorgung. zur Reichweite zweier gesundheitspolitischer Konzepte. Arbeit und Sozialpolitik 2001;55(11-12):30-38.

Tophoven C, Sell S. Disease-Management-Programme. Die Chance nutzen. Deutscher Ärzte-Verlag 2005. Köln.

van den Bussche H, Steinberg B, von Brandis S, Sperber S, Zimmermann T. Nutzen eines ambulanten Disease-Management-Programms für Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz. Das Gesundheitswesen 2004;66(10):656-660.

van Lente EJ. Auf neuen Wegen gehen. G+G Spezial 2008;11(6):4-6.

Wagner TA. Kleines Begriffslexikon Gesundheitswesen. Begriffserläuterungen aus dem deutschen und internationalen Gesundheitswesen. MD 1996. München.

Wahler S, Hildebrandt H. Kooperation Krankenhaus. Pharmaindustrie. Wie können Krankenhäuser und Pharmaindustrie gemeinsam Strategien entwickeln? In: Braun GE. Handbuch Krankenhausmanagement. Bausteine für eine moderne Krankenhausführung. Schäffer-Poeschel 1999. Stuttgart. 291-307.

Wähling S. Managed Care. eine Lösung für das deutsche Gesundheitswesen? Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement 1998;3(5):156-161.

Wallace PJ. Kaiser Permanente und Medicare. Wege zur Standardisierung der Chronikerversorgung in den USA. In: Schlette S, Knieps F, Amelung VE. Versorgungsmanagement für chronisch Kranke. Lösungsansätze aus den USA und aus Deutschland. KomPart 2005. Bonn, Bad Homburg. 30-59.

Wasem J. Die Weiterentwicklung des Risikostrukturausgleichs ab dem Jahr 2009. GGW 2007;7(3):15-22.

Wasem J, Lauterbach KW, Schröder WF. Klassifikationsmodelle für Versicherte im morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich. GGW 2005;5(2):7-15.

Weiss M. Klassisches Marketing verschenkt Wertschöpfungspotentiale. Disease Management erweist sich als nützliches Werkzeug, um aus einem Wirkstoff ein gefragtes Medikament zu machen. AmZ 1997a;10(14):4.

Weiss M. Marketing-Erfolge mit Disease Management. Das Ziel ist Wertschöpfung. Pharma-Marketing Journal 1997b;(5):156-160.

Welzel K. Managed Care. Reaktionen der Pharmazeutischen Industrie. Pharma-Marketing Journal 1995;(4):132-136.

Wendt WR. Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. eine Einführung. Lambertus 1997. Freiburg im Breisgau.

Wodarg W. Kooperation statt Wettbewerb der Kassen. Fragwürdiger Kassen-Wettbewerb erschwert eine bedarfsgerechte Versorgung. Soziale Sicherheit 2008;57(12):414-416.

Wolf H, Diener F. Pharmazeutische Mitgestaltung und ökonomische Mitverantwortung. PZ 1997;142(3):28-35.