

---

# **Curriculum strukturierte medizinische Versorgung**

---

**- 1. Auflage 2003 -**

**Herausgeber: Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung**



**Texte und Materialien der Bundesärztekammer  
zur Fortbildung und Weiterbildung**

Texte und Materialien  
der Bundesärztekammer  
zur Fortbildung und Weiterbildung

Band 24: Curriculum strukturierte medizinische Versorgung

Herausgeber:  
Bundesärztekammer  
Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern  
Herbert-Lewin-Straße 1  
50931 Köln

Kassenärztliche Bundesvereinigung  
Herbert-Lewin-Straße 3  
50931 Köln

Das Curriculum wurde beschlossen in der Sitzung der beiden Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung am 23./24. Januar 2003 in Berlin und wurde den Landesärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen zugeleitet mit der Maßgabe, es bei Fortbildungs- und Schulungsveranstaltungen über DMPs nach § 137 f SGB V zugrunde zu legen.

Die in diesem Werk verwandten Personen- und Berufsbezeichnungen sind, auch wenn sie nur in einer Form auftreten, gleichwertig auf beide Geschlechter bezogen.

**Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern (BÄK)  
Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)**

## Curriculum

strukturierte medizinische Versorgung

## Impressum

### **Herausgeber:**

- Bundesärztekammer (BÄK) www.bundesaerztekammer.de  
Herbert-Lewin-Str. 1, 50931 Köln
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) www.kbv.de  
Herbert-Lewin-Str. 3, 50931

### **Autoren :**

- Dr. med. Nikolaus Boesen; Leiter Abt. Qualitätssicherung, KV Nord-Württemberg Stuttgart
- Dr. med. Joachim Dehnst; Klinik für Allgemeinchirurgie, Kath. Krankenhaus Hagen GmbH
- Dr. med. Franziska Diel MPH; Abteilung Grundsatzfragen, KBV Berlin
- Dr. med. Maria Eberlein-Gonska; Geschäftsbereich QM, Uniklinikum Dresden
- Dr. med. Stephan Elenz; Chefarzt Unfallchirurgie, St. Marien-Hospital, Mülheim / Ruhr
- Dr. med. Oliver Erens; Leiter der ärztl. Pressestelle der LÄK Baden-Württemberg
- Dr. med. Harald Herholz MPH; Qualitätssicherung, KV Hessen Frankfurt
- Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Günter Ollenschläger, ÄZQ Köln
- Prof. Dr. med. Matthias Schrappe; Ärztlicher Direktor, Uniklinik Marburg
- Dipl. -Vw. Franz Stobrawa; Leiter Dezernat 3, Bundesärztekammer Köln
- Dr. rer. pol. Christina Tophoven; Dezernat 4 Versorgungsstruktur, KBV Köln
- Olaf Weingart; ärztlicher Referent, ÄZQ Köln

### **Moderation :**

- Dr. med. Maria Eberlein-Gonska

### **Redaktion :**

- Dr. med. Christine Berenbeck; ärztliche Referentin, ÄZQ Köln
- Andreas Löw; ärztlicher Referent, ÄZQ Köln
- Katharina Wendland; Bundesärztekammer

Die Deutsche Bibliothek – CIP-Einheitsaufnahme

#### **Curriculum strukturierte medizinische Versorgung**

##### **1. Auflage 2003**

Hrsg. von: Bundesärztekammer, Kassenärztlicher Bundesvereinigung

ISSN 0945-1951

NE:

Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 24, 2003

#### **Wichtiger Hinweis:**

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen und Warenschutzgesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Die Weiterverbreitung der namentlich nicht gekennzeichneten Beiträge des Werkes ist in inhaltlicher unveränderter Form erlaubt, wenn den Herausgebern ein Belegexemplar zugestellt wird.

Eine weitere Verwendung der namentlich gekennzeichneten Beiträge über das Werk hinaus außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsschutzes ist ohne Zustimmung der Autoren unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

© Bundesärztekammer · Köln · 2003

# **Inhaltsverzeichnis**

## **Curriculum strukturierte medizinische Versorgung**

<b>Geleitwort</b>	<b>1</b>
<b>Vorwort</b>	<b>2</b>
<b>1. Einleitung</b>	<b>3</b>
1.1 Ausgangssituation und Ziele	3
<b>2. Lernziele und Inhalte</b>	<b>5</b>
2.1 Versorgungsdefizite und Versorgungsziele	5
2.2 Gesundheitspolitischer und gesetzgeberischer Rahmen	6
2.3 Definitionen und Begriffe	7
2.4 Wesentliche Strategien und Instrumente	7
2.5 Potentielle Effekte, Chancen und Risiken	10
2.6 Qualität und Evaluation von strukturierter medizinischer Versorgung	11
2.7 Organisation und Implementierung von strukturierter Krankenversorgung	13
<b>3. Didaktik</b>	<b>15</b>
3.1 Didaktische Grundsätze zum Curriculum strukturierte medizinische Versorgung	15
3.2 Planung und Durchführung	15
3.3 Verbindung zu anderen Qualifikationen	18
3.4 Anforderungen an Dozenten	18
3.5 Evaluation des Lernerfolgs	19
3.6 Abschlüsse	19
<b>4. Glossar</b>	<b>20</b>
<b>5. Abkürzungsverzeichnis</b>	<b>23</b>

## **Geleitwort**

Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland ist gekennzeichnet durch das Wirken der gemeinsamen Selbstverwaltung mit Leistungserbringern und Kostenträgern. Die Erfolge dieser Zusammenarbeit sind an einer durchgehend und jederzeit gewährleisteten medizinischen Versorgung auf hohem Niveau abzulesen, die der gesamten Bevölkerung zuteil wird. Die Selbstverwaltung ist auch maßgeblich an der medizinischen und organisatorischen Gestaltung der sogenannten strukturierten Behandlungsprogramme für chronische Krankheiten gemäß § 137 f SGB V (Disease-Management-Programme) beteiligt. Die verfasste Ärzteschaft betrachtet eine strukturierte und rationale Behandlung unter Anwendung einer evidenzbasierten und leitliniengestützten Medizin und unter angeleiteter selbstverantwortlicher Mitwirkung der Patienten als eine in der Regel sinnvolle Vorgehensweise. Zu der seitens der Politik beabsichtigten Verquickung des Instruments strukturierter Behandlungsprogramme mit finanzpolitischen Zielen des Risikostruktur-Ausgleichs sind hingegen grundsätzliche Bedenken berechtigt, die auch deutlich artikuliert worden sind.

Die Behandlung von Patienten innerhalb strukturierter Behandlungsprogramme bedeutet für die in Klinik und Praxis tätigen Ärztinnen und Ärzten das Betreten zumindest vertragsrechtlichen Neulands. Sie müssen daher klare Vorstellungen vermittelt bekommen, welche Patienten unter welchen Voraussetzungen teilnehmen können, was dies für die Freiheit der Therapiewahl bedeutet, welche Dokumentation zu leisten ist, welche Abrechnungsmodalitäten gelten etc. Eine Schulung der Leistungserbringer ist nach dem gültigen Sozialrecht im Anforderungsprofil der strukturierter Behandlungsprogramme explizit vorgesehen. Das vorliegende Werk, das auf der gemeinsamen Sitzung der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung am 23./24. März 2003 verabschiedet worden ist, bietet dafür im Rahmen der ärztlichen Fortbildung eine hervorragende Grundlage.

Die große Nachfrage nach dem 1996 herausgegebenen Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement ist ein exemplarischer Beleg der hohen Bereitschaft nach Fortbildung innerhalb der Ärzteschaft. Das Curriculum strukturierte medizinische Versorgung ist ein weiteres Beispiel einer dynamischen Antwort auf die sich im ständigen Fluss befindlichen Anforderungen unserer Versorgungsstrukturen.

Prof. Dr. J.-D. Hoppe  
Präsident der Bundesärztekammer  
und des Deutschen Ärztetags

Dr. M. Richter-Reichhelm  
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen  
Bundesvereinigung

## **Vorwort**

Ärzte tragen eine hohe Verantwortung für die sich ihnen anvertrauenden Patienten. Die Patienten erwarten eine effektive medizinische Versorgung über die einzelnen Versorgungsebenen hinweg, die dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entspricht, ihre Erkrankung heilt, lindert oder deren Fortschreiten verzögert. Hierbei steht im Vordergrund, die Lebensqualität zu erhalten bzw. wiederherzustellen.

Kontinuierliche Fortbildung ist ein essentieller Bestandteil verantwortungsvollen ärztlichen Handelns. Sie ermöglicht es, aktuelle Entwicklungen in der Medizin zu verfolgen und damit den Patienten den bestmöglichen Behandlungsstandard anbieten zu können.

Am 1. Juli 2002 wurden erstmals die gesetzlichen Rahmenbedingungen, nach denen strukturierte Behandlungsprogramme (Disease-Management-Programme) im Sinne von § 137 f SGB V zuzulassen sind, per Rechtsverordnung vom 27. Juni 2002 festgeschrieben. Dies betraf zunächst die beiden Krankheitsbilder Diabetes mellitus Typ 2 und Brustkrebs, die zusammen mit weiteren Krankheitsbildern (chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen und koronare Herzkrankheit, ergänzt um Diabetes mellitus Typ 1) dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) für die strukturierten Behandlungsprogramme durch den Koordinierungsausschuss n. § 137 e SGB V vorgeschlagen worden waren. Innerhalb kürzester Zeit wurden nicht nur die Strukturen festgelegt, nach denen Leistungserbringer, Kassen und Patienten innerhalb der Behandlungsprogramme zu agieren haben, sondern ebenso schnell wurden auch umfangreiche medizinische Details der Diagnostik und Therapie in rechtsverbindliche Formen gegossen.

Vor diesem Hintergrund wird ein Fortbildungsangebot für behandelnde Ärzte zum Thema strukturierte medizinische Versorgung wichtiger denn je.

Das vorliegende Curriculum versteht sich diesbezüglich als ein multifunktionales Instrument. Zum einen kann es als kompaktes Fortbildungsangebot genutzt werden; sowohl als einführende Informationsveranstaltung (ca. 3 Std.) als auch als Grundkurs (3 Tage). Diese beiden Kursformen bauen im Schwierigkeitsgrad aufeinander auf und bieten die Möglichkeit, unterschiedliche Schwerpunkte zu setzen. Zum anderen kann es beispielsweise auch als Hintergrundinformation im Rahmen spezifischerer Fortbildungen dienen.

Das vorliegende Papier wurde auch mit dem Ziel verfasst, den nicht einheitlich definierten Begriff des Disease-Management schärfer zu umreißen sowie durch Festlegung der Inhalte die Anforderungen an die strukturierte medizinische Versorgung und Disease-Management-Programme als Grundkonzeption zu definieren.

Das Curriculum strukturierte medizinische Versorgung wird von den Autoren als ein sich weiterentwickelndes Produkt verstanden. Bitte zögern Sie daher nicht, Ihre Kritik und Ihre Anregungen zur Fortentwicklung dieses Curriculums an die Herausgeber zu übermitteln (Anschriften s. Impressum).

Wir bedanken uns bei den Autoren für ihr Engagement, das stringente Vorgehen und die Freude sowie die intellektuelle Bereicherung durch zahlreiche Gespräche bei der Erstellung des vorliegenden Papiers.

Wenn bei zukünftigen Teilnehmern an Fortbildungsveranstaltungen, die sich auf dieses Curriculum stützen, das Interesse geweckt würde, sich eingehender mit der Thematik zu beschäftigen und Ihre Ideen hierzu weiterzugeben, wäre ein wichtiges Ziel dieses Papiers erreicht.

## **1. Einleitung**

### **1.1 Ausgangssituation und Ziele**

Disease-Management-Programme (DMPs) - frei übersetzt: strukturierte Behandlungsprogramme - haben die Optimierung standardisierbarer Versorgungsabläufe für definierte Patientengruppen- und zwar bevorzugt chronisch kranke - zum Ziel. Die Umsetzung von Disease-Management erfolgt in Form von Programmen, die eine Zusammenstellung diverser aufeinander abgestimmter Maßnahmen beinhalten. Diese Programme sollen sektorübergreifend alle relevanten Aspekte einer Krankheit, von der Diagnostik bis zur Rehabilitation, behandeln.

Obwohl im US-amerikanischen Gesundheitssystem DMPs seit ca. 20 Jahren durchgeführt werden, existiert für sie keine allgemein anerkannte Definition. Je nach Betrachtungsweise existieren große Unterschiede im Verständnis der Ziele, der Elemente sowie der Organisationsformen. Es besteht jedoch Konsens dahingehend, dass die beiden zentralen Merkmale des Disease-Management-Konzeptes zum einen die Kontinuität, also die Begleitung des Patienten über den gesamten Krankheitsverlauf hinweg, sowie zum anderen die Koordination und damit Integration der Leistungserbringer umfasst.

Disease-Management dient demnach der Prozessoptimierung. Entscheidender Punkt ist dabei die Prozessdefinition. Die Definition von Prozessabläufen in der Krankenversorgung hat in der Medizin eine lange Tradition. Als Folge der naturwissenschaftlichen Entwicklung in der Medizin wird Versorgungsmanagement heute zunehmend über wissenschaftliche Kausalzusammenhänge definiert. Disease-Management ist deshalb, vielmehr als das Case-Management, Prozessmanagement aus Ärztesicht.

Ärztinnen und Ärzte beschäftigen sich zunehmend mit dem Thema Disease-Management. Auf der einen Seite sind sie eine Zielgruppe von DMPs. Ihr Verhalten gilt es zu beeinflussen, ihre aktive Mitarbeit ist entscheidend. Bei ihnen setzt einer der wesentlichen Hebel - neben dem Empowerment und der Compliance-Förderung von Patienten - an. Auf der anderen Seite sind Ärzte potentielle Anbieter von DMPs. Ärzte besitzen direkten Kontakt zu den Patienten. Ihnen sind die Prozesse in Arztpraxen und Krankenhäusern gut bekannt. Ihre Zentrale Stellung bei Versorgungsprozessen erklärt ihr Interesse, Versorgungsabläufe aus ihrer Sicht mit medizinischem Sachverstand zu definieren. Das vorliegende Curriculum strukturierte medizinische Versorgung wendet sich daher in erster Linie an Ärzte.

Da die Charakteristika von Disease-Management-Programmen und die Stellung der Ärzteschaft in der aktuellen politischen Diskussion vielfach unscharf gehalten wird, ist die Herausgabe eines Curriculums zum Thema strukturierte medizinische Versorgung ein konsequenter Schritt der ärztlichen Organisationen in Deutschland, ihren Mitgliedern das notwendige Wissen über Disease-Management anzubieten. Ein koordinierter, sektorenübergreifender Versorgungsansatz bedeutet jedoch auch, dass verschiedene Professionen zusammenarbeiten. Es liegt daher nahe, dass auch nicht-ärztliche Berufsgruppen von dem vorliegenden Curriculum profitieren.

Die Diskussion der Thematik Disease-Management ist in Deutschland derzeit in erster Linie politisch bestimmt. Zahlreiche andere Faktoren spielen dabei eine Rolle, wie beispielsweise die Frage der Verteilungsgerechtigkeit im Zahlungsausgleich der Krankenkassen.



## Curriculum strukturierte medizinische Versorgung

Das Curriculum strukturierte medizinische Versorgung geht hierauf nur am Rande ein. Vielmehr sollen hier die Chancen und Risiken von Disease-Management erörtert sowie die Optionen der Gestaltung im deutschen Gesundheitswesen aufgezeigt werden.

## **2. Lernziele und Inhalte**

### **2.1 Versorgungsdefizite und Versorgungsziele**

Der Gesetzgeber verpflichtet Ärzte und Krankenkassen, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten (§ 70 SGB V). In der Versorgungsrealität scheinen jedoch Defizite zu bestehen; diese gilt es zu verifizieren, zu definieren und zu analysieren, bevor Programme zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen geplant oder beurteilt werden.

#### 2.1.1 Einführungsveranstaltung

##### *Lernziele:*

Die Teilnehmer sollen zunächst eine weitreichende Sensibilität dafür entwickeln und Kenntnis erlangen, dass Aussagen zu Defiziten in der medizinischen Versorgung selten exakt belegt werden können.

##### *Lerninhalte:*

a) Den Teilnehmern wird anhand aktueller Beispiele aufgezeigt, wie Aussagen zu Defiziten auf Fakten und Zahlen gestützt werden, die nicht belegt sind, und welche Zielsetzung mit den Aussagen verfolgt wird. Anhand eines objektivierbaren Versorgungsdefizits (z.B. mangelnde gemeinsame Nutzung vorhandener Ressourcen durch Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte) wird dargelegt, welche Rahmenbedingungen hierfür ursächlich sind und unter welchen Voraussetzungen eine Verbesserung möglich wäre.

b) Die Teilnehmer werden an die Begriffe Versorgung, Qualität der Versorgung, Über-, Unter- und Fehlversorgung herangeführt, so dass sie diese in der politischen Diskussion werten können.

c) Ausgewählte Projekte zur strukturierten Versorgung und DMPs werden in Kurzvorträgen beispielhaft unter Anwendung der gewonnenen Erkenntnisse kritisch dargelegt.

#### 2.1.2 Grundkurs

##### *Lernziele:*

Versorgungsdefizite und deren Hintergründe sollen identifiziert und praktikable Möglichkeiten zur Verbesserung der Versorgung exemplarisch aufgezeigt werden können.

##### *Lerninhalte:*

- a) Die Teilnehmer sollen in einem interaktiven Workshop anhand konkreter Beispiele aufzeigen,
- in welchen Bereichen die medizinische Versorgung diesen Anforderungen nach ihrer Auffassung nach nicht gerecht wird
  - ob und ggf. welche Interessenverbände mit welcher Zielsetzung diese Einschätzung stützen

- wie weit die selbst aufgezeigten Defizite nachvollziehbar objektiviert, quantifiziert und analysiert werden können
- welche Faktoren hierfür ursächlich sind
- wie diese Hindernisse beseitigt werden könnten
  - unter den gegenwärtigen gesetzlichen Rahmenbedingungen
  - durch Änderung der gesetzlichen Rahmenbedingungen
- welche strukturellen Voraussetzungen zur Verbesserung der Versorgung erforderlich wären
- wie diese Voraussetzungen erfüllt und überwacht werden können.

b) Die Teilnehmer wenden diese Erkenntnisse auf Projekte der strukturierten Versorgung und DMPs an, indem sie beurteilen:

- ob und ggf. wie unter diesen Voraussetzungen standardisierte Abläufe als Rahmenvorgaben definiert werden müssen
- wie und wieweit die ablaufkonforme Behandlung sichergestellt werden kann bzw. soll
- welche Messgrößen den Erfolg der Maßnahmen letztlich erkennen lassen
- welche Vor- und Nachteile für die betroffenen Versicherten, die behandelnden Ärzte und die Solidargemeinschaft resultieren.

## 2.2 Gesundheitspolitischer und gesetzgeberischer Rahmen

### 2.2.1 Einführungsveranstaltung

*Lernziele:*

Die Teilnehmer kennen die gesetzlichen Rahmenbedingungen und vertraglichen Grundlagen für strukturierte medizinische Behandlungsprogramme.

*Lerninhalte:*

- Überblick über die gesetzlichen Rahmenbedingungen der Disease-Management-Programme (DMPs) im SGB V und der ergänzenden RSA-Rechtsverordnung. Fokus auf Rechte und Pflichten der Leistungserbringer unter Berücksichtigung der Vorgaben von Heilberufsgesetzen, Berufsordnung und Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen.

### 2.2.2 Grundkurs

*Lernziele:*

Die Kursteilnehmer verstehen die Interessenlage der unterschiedlichen an den DMPs beteiligten Gruppen (Haus- und Fachärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen).

Die Teilnehmer kennen Vertragsgrundlagen RSA-gekoppelter DMPs im einzelnen.

*Lerninhalte:*

- Funktionsweise des Risikostrukturausgleichs und aus der RSA-Koppelung abgeleitete Gestaltung der DMPs
- Differenzierte Darstellung mindestens eines Vertragskonzeptes zu den DMPs

## 2.3 Definitionen und Begriffe

In der Literatur findet sich bisher keine allgemein akzeptierte Definition von Disease-Management. Die Betrefflichkeit ist mehrdeutig; je nach Hintergrund und Ziel der Autoren sind die Definitionen von Disease-Management entweder ausgesprochen allgemein, das heißt nichtsagend gehalten, eher technisch, methodenorientiert gefasst, oder wir haben einen umfassenden systemorientierten Ansatz.

### 2.3.1 Einführungsveranstaltung

#### *Lernziele:*

Die Teilnehmer haben einen Überblick über die verschiedenen Definitionen von Disease-Management.

#### *Lerninhalte:*

- Vergleich von verschiedenen nationalen und internationalen Begriffsdefinitionen zu Disease-Management

### 2.3.2 Grundkurs

#### *Lernziele:*

Den Teilnehmern soll bewusst werden, dass den meisten Definitionen die Grundannahme gemeinsam ist, dass ein koordinierter, sektorenübergreifender Versorgungsansatz in Form strukturierter und möglichst evidenzbasierter Behandlungsprogramme primär die Qualität der Gesundheitsversorgung, möglicherweise aber auch die Kostenfolgen, bei einer bestimmten Krankheit positiv beeinflussen kann.

#### *Lerninhalte:*

- Vergleich und Abgrenzung von Disease-Management, Case-Management und integrierter Versorgung

## 2.4 Wesentliche Strategien und Instrumente

In der strukturierten Versorgung wird neben einem, in seinen Grundzügen an Leitlinien orientierten, medizinischen Vorgehen auch der Gebrauch von weiteren Strategien und Instrumenten zur Problemlösung vorausgesetzt. Zu diesen wesentlichen Instrumenten zählen die Anwendung evidenzbasierter Medizin und Verfahren des Qualitätsmanagements einschließlich weiterführender Methoden zur Analyse der Ablauforganisation und von Entscheidungsprozessen.

### 2.4.1 Einführungsveranstaltung: Wesentliche Strategien und Instrumente

#### *Lernziele:*

Den Teilnehmern soll die Notwendigkeit und der Nutzen der Instrumente als ein wesentlicher Aspekt für die Teilnahme an der strukturierten Versorgung dargestellt werden.

Neben der Nutzung evidenzbasierter Leitlinien und der zugeordneten Patienteninformation soll auch auf die Anforderungen an das interne Qualitätsmanagement einer Praxis/Klinik eingegangen werden. Diese Kenntnisse stellen für die Teilnehmer eine Voraussetzung dar, um eine informierte Entscheidung über die Teilnahme/Nichtteilnahme an den Programmen treffen zu können.

### *Lerninhalte:*

Auf folgende Punkte sollte in der Einführungsveranstaltung hingewiesen werden:

- Definition (Leitlinien - Richtlinien - Standards)
- Leitlinien und der Zusammenhang zu evidenzbasierter Medizin und Patienteninformation
- Einbindung von Leitlinien in die Versorgungsroutine (beispielsweise der DMPs)
- Akzeptanz / Hindernisse, potentielle Vorteile und Gefahren bei der Nutzung von Leitlinien
- Themenrelevanz des Qualitätsmanagements besonders in Bezug zur strukturieren medizinischen Versorgung

### 2.4.2 Grundkurs: Wesentliche Instrumente und Strategien

#### 2.4.2.1 Evidenzbasierte Medizin und Leitlinien

In der strukturierten Versorgung spielen Leitlinien eine zentrale Rolle. So sind beispielsweise evidenzbasierte Leitlinien im SGB V § 137 f als wesentliches Element von Disease-Management-Programmen definiert worden. Neben der Bereitstellung evidenzbasierter Information zu der Erkrankung und deren Therapie sollten sie die Schnittstellen zur Mit- und Weiterbehandlung definieren. Ferner sind sie Grundlage zur Erstellung von Patienteninformationen. Die Beteiligung an Disease-Management-Programmen, wie auch an den anderen Konzepten zur strukturierten medizinischen Versorgung erfordert daher ausreichende Anwendungskennntnisse der in den jeweiligen Vertragsstrukturen festgelegten Mindestanforderungen und zugrunde gelegten Leitlinien einschließlich der Praxisversionen und Patienteninformationen.

### *Lernziele:*

Die Teilnehmer sollen Leitlinien und die zugeordneten Patienteninformationen unter Berücksichtigung therapeutischer und rechtlicher Aspekte im Sinne eines strukturierten Vorgehens zur Problemlösung (5 Schritte der EbM) für den Behandlungsprozess innerhalb der strukturierten medizinischen Versorgung nutzen können.

### *Lerninhalte:*

Folgende methodischen Kenntnisse und Fertigkeiten sind zum Erreichen dieses Lernzieles zu vermitteln:

- Ärztliche Tätigkeit und Leitlinien: Entwicklung von Strategie- und Recherchetechniken
- Nutzung von Leitlinien und Patienteninformationen als Informationsquelle und Teil eines internen Qualitätsmanagementsystems
- Prinzipien der kritischen Bewertung der gewonnenen Information
- Strategien zur Nutzung von Leitlinien bei der individuellen klinischen Entscheidung unter Berücksichtigung der Zusammenhänge und Anforderungen der DMPs
- Methoden, um Patienten über die Wirksamkeit therapeutischer Handlungsoptionen zu informieren.

Dabei sind für das notwendige Verständnis folgende Sachinhalte zu berücksichtigen:

- Hintergrund, Entwicklung, sozialrechtliche und gesundheitspolitische Bedeutung (insbesondere im Zusammenhang mit DMPs), häufige Missverständnisse, ethische Aspekte, Grenzen und Defizite der EbM
- Evidenzstufen: Levels of Evidence, Probleme und Grenzen
- Definition (Leitlinien – Richtlinien - Standards)
- Leitlinienarten (Zentrale, national erstellte Leitlinien vs. dezentral, regionale / lokale Leitlinien; Vor- und Nachteile, Versorgungsleitlinie zur Anwendung in DMPs)
- Standards für gute Leitlinien und Verfahren zur methodischen Qualitätsbewertung (Checkliste des ÄZQ). Ergebnisse der Qualitätsbewertung der für DMPs genutzten Leitlinien
- Individuelle Entscheidungsstrategien auf der Grundlage von Leitlinien
- Rechtliche Bindungswirkung (Haftungs- / Regressentlastung)
- Einbindung in die Versorgungsroutine der DMPs
- Arten von Patienteninformationen (allgemeine Informationen über die Erkrankung selbst, Informationen als Entscheidungsgrundlage für oder gegen eine spezielle Maßnahme, Erfahrungsberichte und Bewältigungshilfen, organisatorische Informationen, Informationen zum Benchmarking von Anbietern von Gesundheitsleistungen)
- Beurteilung der Bedürfnislage der Patienten im Hinblick auf die Informationsvermittlung ("Was wollen Patienten wissen", "Was sollten Patienten wissen")
- Umsetzungshilfen (u.a. wichtige Internet-Seiten)

### 2.4.2.2 Allgemeine Aspekte der Qualitätssicherung und des Qualitätsmanagements

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind grundlegende Elemente in der strukturierten Versorgung. Dies gilt es einerseits in seiner Bedeutung, andererseits jedoch in der in vielen Bereichen noch mangelnden Umsetzung herauszustellen.

#### *Lernziele:*

Die Teilnehmer sollen über Basiswissen verfügen im Sinne eines Grundverständnisses für Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. Damit liegt der Schwerpunkt zum einen auf dem klaren Verständnis von Begriffen sowie deren Anwendung, und zum anderen auf der Vermittlung der gesetzlichen Grundlagen. Gleichzeitig soll die Themenrelevanz, Brisanz und Notwendigkeit von Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen aufgezeigt werden mit dem Ziel der vertieften Auseinandersetzung (Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement als integratives Element). In die konkrete Anwendung von Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement im Rahmen der strukturierten medizinischen Versorgung soll anhand der Qualitätszirkelarbeit eingeführt werden.

#### *Lerninhalte:*

- Themenrelevanz, -brisanz
- Gesetzliche Grundlagen
- Definitionen (Qualität, Qualitätssicherung, Qualitätsmanagement) mit Bezug zu Begriffen wie externe/interne Qualitätssicherung, Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität, Indikator, Standard
- Qualitätszirkelarbeit
- Strukturiertes Feedbacksystem auf der Basis verbindlicher Dokumentation
- Reminder und Erinnerungssysteme für Patienten und Leistungserbringer
- Brainstormingprozess mit Priorisierung und Problemformulierung

### 2.4.2.3 Spezielle Aspekte des Qualitätsmanagements in DMPs/Methoden zur Analyse der Ablauforganisation und Entscheidungsprozesse

#### *Lernziele:*

Die Teilnehmer kennen die Methoden der Prozessanalyse und deren Anwendung.

#### *Lerninhalte:*

- Prozessanalyse organisatorischer Prozesse: Durchführung und Moderation
- Prozessanalyse medizinischer Entscheidungsprozesse: Durchführung und Moderation
- praktische Übung an einem konkreten Beispiel an der Schnittstelle zwischen ambulanten und stationären Versorgung
- Ableitung einer Solldarstellung auf der Basis der Ist-Analyse

### 2.4.3 Weiterführende Kenntnisse

#### 2.4.3.1 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Für die weiterführende Auseinandersetzung mit dem Thema Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement wird ausdrücklich auf das bereits etablierte Curriculum Qualitätssicherung/Ärztliches Qualitätsmanagement verwiesen. Zielsetzung dabei ist die Implementierung eines Qualitätsmanagementsystems mit der besonderen Ausrichtung zur Entwicklung und Weiterentwicklung von Konzepten zur strukturierten medizinischen Versorgung.

#### 2.4.3.2 EbM und Leitlinien

Denjenigen Interessierten, die sie sich aktiv an der Entwicklung und Weiterentwicklung von Konzepten zur strukturierten Versorgung (z.B. im Rahmen von Netzwerkstrukturen) beteiligen möchten, werden die Kursangebote, die nach dem Curriculum Evidenzbasierte Medizin des ÄZQ und des DNEbM e.V. durchgeführt werden, empfohlen.

Es wird angeraten, mindestens einen Grundkurs des Curriculums Evidenzbasierte Medizin mit den Modulen Studien zu "Therapie/Interventionen/Prävention" und "Evidenzbasierte Leitlinien" zu besuchen. Ferner sollte eine Vertiefung der Kenntnisse und Fertigkeiten in evidenzbasierter Medizin durch die Teilnahme an einem Aufbaukurs erfolgen. Je nach spezifischer Aufgabenstellung bei der Strukturentwicklung wird ein Besuch der Kurse für Fortgeschrittene mit den Themenschwerpunkten "Systematische Übersichtsarbeiten", "Evidenzbasierte Leitlinien", "Patienteninformationen", "Lehre und Verbreitung von EbM" nach dem Curriculum Evidenzbasierte Medizin zur weiteren Fortbildung empfohlen.

## **2.5 Potentielle Effekte, Chancen und Risiken**

Die strukturierte medizinische Versorgung und insbesondere die DMPs bergen eine Fülle von Verbesserungsmöglichkeiten und Risiken, die im Rahmen von weitgehend im Ausland durchgeführten Modellen bereits erkannt worden sind. Eine Übertragung auf das deutsche Gesundheitswesen ist zwar nicht ohne weiteres möglich, die Kenntnis der möglichen Auswirkungen ist aber für die konsequente Umsetzung der strukturierten medizinischen Versorgung unabdingbar.

### 2.5.1. Einführungsveranstaltung

#### *Lernziele:*

Die Teilnehmer sollen erkennen, dass von der "strukturierten medizinischen Versorgung" sowohl positive als auch negative Veränderungen zu erwarten sind. Diese umfassen insbesondere die medizinische Therapie und Kostenstruktur. Nicht zuletzt sind Auswirkungen auf die ärztliche Dokumentation und den Datentransfer zwischen Arzt und Krankenkasse zu vermuten, wobei Daten, die der "Ärztlichen Schweigepflicht" unterliegen, streng abgegrenzt werden müssen.

#### *Lerninhalte:*

- Unterscheidung von positiven und negativen Effekten
- Modelle anderer Länder
- Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Krankenkassen (Dokumentation, Schweigepflicht)

### 2.5.2. Grundkurs

#### *Lernziele:*

Die strukturierte medizinische Versorgung wird zu erheblichen Veränderungen im Gesundheitswesen führen. Die Teilnehmer sollen aufgrund von Erfahrungen mit ähnlichen Modellen im Ausland erkennen, wo die Stärken und Schwächen der DMPs in Deutschland liegen können. Alle Teilnehmer an den DMPs – Leistungserbringer und Krankenkassen - müssen konstruktiv mitarbeiten können, damit das gemeinsame Ziel – Verbesserung der medizinischen Versorgung bei niedrigeren Kosten - erreicht wird. Hierzu ist es auch erforderlich, dass gruppenspezifische Interessen in den Hintergrund treten.

#### *Lerninhalte:*

- Aufzeigen der zu erwartenden Vor- und Nachteile
- Diskussion nationaler und internationaler Versorgungsmodelle
- Verzahnung von ambulanter und stationärer Therapie
- Austausch von Informationen unter den Leistungserbringern
- Notwendige Dokumentation
- Auswirkungen auf das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt
- Mögliche Vor- und Nachteile für Patienten und Ärzte, die nicht an DMPs teilnehmen
- Risikoselektion
  
- Diskussion der Erfolgsaussichten
- Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht im Rahmen von DMPs

## **2.6 Qualität und Evaluation von strukturierter medizinischer Versorgung**

### 2.6.1 Einführungsveranstaltung:

#### *Lernziele*

Den Teilnehmern werden die formalen Anforderungen an ein funktionierendes Disease-Management vermittelt. In diesem Zusammenhang sollten sowohl die Anforderungsprofile im



§ 137 f, als auch die Zulassungskriterien im § 137 g SGB V von den Kursteilnehmern erfasst werden.

### *Lerninhalte*

- Begründung für die Auswahl von Erkrankungen für strukturierte Behandlungsprogramme
- Einflussgrößen auf die Qualität eines strukturierten Behandlungsprogramms:
  - Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors
  - Schulungen der Patienten und der Leistungserbringer
  - Dokumentation
  - Evaluation
  - Kooperation der Versorgungssektoren
  - aktive Teilnahme des Patienten
  - Feedbacksysteme, Reminder
  - Teilnahmevoraussetzungen
  - Informationstechnologie
  - Qualitätszirkel
- Akkreditierungsverfahren
- Gesetzliche Anforderungen an die Qualität von strukturierten Behandlungsprogrammen (§ 137 g,f RSAV)

### 2.6.2. Grundkurs:

#### *Lernziele*

Die Teilnehmer sollen Einblick in die durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen bei strukturierten Behandlungsprogrammen erhalten. Dabei soll insbesondere die Notwendigkeit der Einflussnahme des Leistungserbringers auf die Qualitätssicherung der Programme im Sinne einer aktiven Mitwirkung betont und vermittelt werden.

Es sollte weiterhin transparent gemacht werden, dass aufgrund der Vielfalt und Komplexität von Programmen der Qualitätsdarlegung und -kontrolle besondere Bedeutung zukommt und der Behandlungsablauf durch definierte Behandlungs- und Qualitätsziele beeinflusst werden kann.

#### *Lerninhalte*

- Anforderungen an die Dokumentation
- Anforderung an die Schulungen
- Bedeutung des Akkreditierungsverfahrens nach §137 SGB V für die Qualitätssicherung von Disease-Management-Programmen
- Rolle des Leistungserbringers bei der Qualität von Programmen
- Bedeutung der Programmfortschreibung für die Qualität von Disease-Management Programmen.
- Anforderungen an die Evaluation
  - Bedeutung von klinischen Messgrößen, Kriterien und Indikatoren
  - Bewertung der Qualität/Praktikabilität von klinischen Messgrößen (Checkliste)

## **2.7 Organisation und Implementierung von strukturierter Krankenversorgung**

### 2.7.1 Einführungsveranstaltung

#### *Lernziele*

Die Teilnehmer sollen die Prozessbeteiligten, Voraussetzungen und Verfahren zur Einschreibung von Patienten in ein strukturiertes Behandlungsprogramm kennen. Sie sollen ferner die Wirkung von Einflussnahmen der Prozessbeteiligten auf die Qualität der medizinischen Versorgung innerhalb und außerhalb strukturierter Behandlungsprogramme erkennen können. Die Modalitäten der Datenerhebung für "DMP-Teilnehmer" sollten den Kursteilnehmern klar werden. Die Teilnehmer sollen realisieren, dass der Zugang zu strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen Schulungsprogrammen im Rahmen der Organisation von DMPs gewährleistet sein muss.

#### *Lerninhalte*

- Welche organisatorischen Strukturen und Prozessbeteiligte gibt es?
- Bestandteile der Einschreibung
  - Einwilligungserklärung
  - Zulassungsbestätigung
  - Patientenaufklärung
- Prozessablauf der Einschreibung (z.B. einschrittig oder zweischrittig)
- Besprechung der Dokumentationsformulare
  - Erstdokumentation
  - Folgedokumentation
- Schulungsanforderungen
- Ausschreibekriterien

### 2.7.2 Grundkurs

#### *Lernziele*

Die Teilnehmer sollen die organisatorischen Strukturen der DMPs kennen, um damit die Zusammenhänge zwischen ökonomischer Koppelung und medizinischer Behandlungsqualität beurteilen zu können. Sie sollen selbst dazu in der Lage sein, als Ärzte an der strukturierten Versorgung zu partizipieren, ohne gegen den Datenschutz zu verstoßen und zugleich unabhängig von ökonomischen Koppelungen gleich bleibende medizinische Qualität innerhalb und außerhalb der DMPs erbringen zu können. Sie sollen über mögliche Formen von Schulungs- und Informationsangeboten, sowohl für die Leistungserbringer als auch für Patienten, in Kenntnis gesetzt werden. Technische und strukturelle Implementierungsmöglichkeiten von Erinnerungs- und Feedbacksystemen incl. der dazu ggf. notwendigen Praxisreorganisationsmaßnahmen werden erörtert.

#### *Lerninhalte*

- Praxisorganisation/-management (organisatorische und technische Änderungen)
- Instrumente zur strukturellen Gestaltung einer Patientenschulung
  - Formen der Wissensvermittlung
  - Materialien der Wissensvermittlung
  - Anforderungen an schulende Institutionen
  - Patientenstratifizierung

## Curriculum strukturierte medizinische Versorgung

- Datenfluss
  - Wer erfasst, verschlüsselt und verarbeitet die Daten?
  - Welche Daten werden den unterschiedlichen Prozessbeteiligten zugänglich?
  - Welche Konsequenzen erwachsen aus den Daten für den Patienten, den behandelnden Arzt oder den Kostenträger?
  - Datenschutzprobleme
  - Welche Daten sind sinnvoll? Differenzierung epidemiologischer von qualitätssichernden Daten
- Einflussnahme der beteiligten Instanzen (Leistungserbringer, Kostenträger, Patienten, dritte Beteiligte wie Gesetzgeber, Bundesversicherungsamt, InEK, Koordinierungsausschuss etc.) sowie Kommunikationswege zum Patienten
- Motivation und Anreizsysteme für Patienten und Leistungserbringer
- Schnittstellen (Kooperation der Versorgungssektoren)
  - Überweisungskriterien

### **3. Didaktik**

#### **3.1 Didaktische Grundsätze zum Curriculum strukturierte medizinische Versorgung**

Die Bildungsangebote für strukturierte medizinische Versorgung erfordern bei ihrer Umsetzung angemessene didaktische Konzepte. Die folgenden Vorgaben stellen einen Rahmen dar, der zielgruppenspezifisch adaptiert werden kann. An einigen Stellen werden Mindestanforderungen formuliert, die für die Anerkennung einer Veranstaltung obligatorisch zu erfüllen sind.

Primär richten sich die Ausführungen zur didaktischen Umsetzung an Veranstalter in der ärztlichen Fortbildung. Sie sollen jedoch auch Anregungen geben für die Einbindung von Elementen der strukturierten medizinischen Versorgung in die ärztliche Aus- und Weiterbildung.

Dabei ist die Vermittlung von Kenntnissen zur strukturierten medizinischen Versorgung nicht explizit auf die ihr gewidmeten Veranstaltungen zu beschränken. Vielmehr wird sie bei klinischen Lehrveranstaltungen für Studenten, Weiterbildungskursen und Fortbildungsveranstaltungen als eine Perspektive ärztlicher Berufstätigkeit bei sämtlichen medizinischen Disziplinen zunehmend eine Rolle spielen.

Die Lehrveranstaltungen müssen die Prinzipien des Lernens Erwachsener "adult learning" (Knowles MS.; 1980) berücksichtigen. Kursteilnehmer bringen oft breite Vorerfahrungen mit, eine spezifische professionelle Motivation und den Wunsch nach autonomer Gestaltung eines anwendungsrelevanten Lernprozesses. Ein Kurs wird um so eher angenommen werden und damit wirksam sein, je mehr er diese Gegebenheiten synergistisch nutzen kann.

Außerdem sollen die Kursinhalte mit den beruflichen Erfahrungen von Teilnehmenden im Sinne des "Erfahrungslernens" "experiential learning" (Kolb DA.; 1984) verknüpft werden. Dieses lässt sich als ein Zirkel mit folgenden Bestandteilen beschreiben: Konkrete Erfahrung, Beobachtung und Reflexion, Begriffsbildung und Verallgemeinerung und Erprobung dieser Überlegungen. Die anschließenden Beobachtungen dienen wiederum dazu, die zuvor formulierten Erkenntnisse an der Realität zu messen und weiterzuentwickeln.

In Lehrveranstaltungen erworbene Kompetenz ist ausgesprochen fall- bzw. kontextabhängig. Eine in einer spezifischen Situation erworbene Kompetenz erstreckt sich nicht zwangsläufig auf andere Situationen. Lernende erinnern Inhalte um so eher, je ähnlicher der Lern- dem Anwendungskontext ist. Lernen ist effektiver, wenn es an Vorwissen und Vorerfahrungen anknüpft, wenn die Lernenden den Stoff aktiv verarbeiten (Diskussion, eigene Aufzeichnungen, praktische Übungen usw.) und wenn unmittelbar Feedback gegeben wird. Diese Ergebnisse untermauern die Forderung nach problemorientiertem Lernen in kleinen Gruppen, das an die Erfahrungen der Teilnehmenden anknüpft.

#### **3.2 Planung und Durchführung**

##### **Teilnehmende**

Das Curriculum richtet sich an ärztliche Zielgruppen aus sämtlichen Bereichen der direkten Patientenversorgung, der Wissenschaft, der Lehre und der Gesundheitsverwaltung. Darüber hinaus kann das Curriculum mit seinen Prinzipien auch an andere Gesundheitsprofessionen adaptiert und genutzt werden.

Zunehmend wird in der ärztlichen Fortbildung berücksichtigt, dass individuelle Angehörige von Gesundheitsberufen in einen engen Team-Kontext eingebunden sind. Konsequenterweise versteht man deshalb Wissen auch als kollektives Wissen und definiert

zunehmend die gesamte Praxis, Arbeitsgruppe, Abteilung, Klinik usw. als das eigentliche **Lernsubjekt**. Die Teilnahme ganzer Teams aus Abteilungen, Arztnetzen, oder Qualitätszirkeln ist deshalb besonders zu fördern, da eine Umsetzung des Gelernten damit erleichtert wird.

Bei Veranstaltungen mit individueller Teilnahme hat sich die Zusammenarbeit von Personen aus verschiedenen Gebieten, Gesundheitsprofessionen und Versorgungseinrichtungen bewährt. Durch diese "horizontale Heterogenität" werden fachübergreifende Probleme und Lösungen, welche die strukturierte medizinische Versorgung ausmachen, besonders deutlich. Von Veranstaltern ist kritisch abzuwägen, ob eine zu große "vertikale Heterogenität" (z.B. Medizinstudenten mit sehr erfahrenen Ärzten bzw. solchen in Leitungspositionen zusammen in einem Kurs) dem Veranstaltungsziel noch dient.

### **(Zeitliches) Format der Kurse**

Ausgehend von den Zielen des Curriculums, den Lernzielen der Kurse und den spezifischen Erfordernissen werden für die Durchführung der Veranstaltungen unterschiedliche Zeiträume vorgesehen.

In der **Einführungsveranstaltung** werden die Grundzüge der organisatorischen Erfordernisse bei einer Teilnahme vermittelt, er soll dem Teilnehmer eine informierte Entscheidung über die Teilnahme / Nichtteilnahme an einem Programm der strukturierten Versorgung ermöglichen. Die hierzu notwendigen Informationen sollen einer möglichst großen Zielgruppe vermittelt werden. Die Dauer dieser Informationsveranstaltung ist auf ca. 3 Stunden festgelegt. Damit empfiehlt es sich die Inhalte in Frontalvorträgen darzustellen, hierbei sollte auch auf Quellen weiterführender, ergänzender Information hingewiesen werden.

Ebenso wichtig wie die Vermittlung der Inhalte ist die Diskussion der Teilnehmer untereinander und mit den Referenten, da in diesem Forum auch möglicherweise bisher unerkannte, entscheidungsrelevante Probleme im Vorfeld erkannt und diskutiert werden können.

Die Darstellung der Inhalte und die Diskussion sollte in mindestens 2 Vortragsblöcken mit anschließender Diskussion erfolgen, für welche mindestens 1/3 der jeweiligen Vortragszeit empfohlen wird. Hierbei wird folgende Zusammenfassung der Kapitel für sinnvoll erachtet:

<b>Vortragsblock 1</b>
Definitionen und Begriffe
Versorgungsdefizite
Gesetzgeberischer Rahmen

<b>Vortragsblock 2</b>
Organisation
Wesentliche Instrumente und Strategien
Qualität und Evaluation
Effekte, Chancen, Risiken

Die notwendige Kompetenz der Referenten sollte alle wesentlichen Inhalte abdecken. Idealerweise sollte die Vermittlung durch je 1 Referenten mit organisatorischer Erfahrung (z.B. Mitarbeiter einer KV) und klinischer Anwendungserfahrung (z.B. aus Qualitätszirkel Arbeit, Klinik) erfolgen.

Die Einführungsveranstaltung dient als Informationsveranstaltung, somit ist außer der Evaluation der Lehre keine Evaluation (Lernerfolgskontrolle, Prüfung der Teilnehmer) vorgesehen. Die hier vermittelten Kenntnisse werden dem Konzept folgend für den Besuch des Grundkurses vorausgesetzt.

Der **Grundkurs** soll das methodische Basiswissen vermitteln, das den Teilnehmern eine aktive Beteiligung an der strukturierten medizinischen Versorgung mit festgelegten organisatorischen Strukturen als Leistungserbringer ermöglicht. Hierzu sind die erforderlichen

methodischen Anwendungskennnisse innerhalb des Grundkurses zu vermitteln und auch einzuüben.

Es ist ein Zeitraum von ca. 15 h vorgesehen. Neben einführenden Frontalvorträgen sollte die Vermittlung der Kenntnisse in den mehr theoretisch orientierten Themenbereichen

- Definition und Begriffe
- Versorgungsdefizite und Versorgungsziele
- Gesundheitspolitischer und gesetzgeberischer Rahmen
- Organisation von strukturierter Krankenversorgung
- Qualität von strukturierter medizinischer Versorgung

mindestens zur Hälfte in Seminaren mit Diskussion von Beispielen unter Einbeziehung der Teilnehmer und durch interaktive Workshops erfolgen.

Für die Themengebiete

- wesentlichen Strategien und Instrumente sowie
- potentielle Effekte, Chancen und Risiken

wird der Erwerb von Fertigkeiten zum Erreichen der Lernziele des Grundkurses vorausgesetzt, daher sind hier entsprechende Übungen in Kleingruppen vorzusehen.

In einer Kleingruppe (bis zwölf Teilnehmende) können die Teilnehmenden den Stoff aktiv verarbeiten, Verständnisprobleme äußern und kritische Gedanken einbringen sowie ihren eigenen Entwicklungsstand abschätzen. So kann im Rahmen dieser Übungen das "case management", wie es beispielsweise auch die gewerblichen Berufsgenossenschaften durchführen, erlernt werden. Der Einfluss auf die Kostenentwicklung und die Ausgabenströme im Gesundheitswesen kann an konkreten Beispielen aus den oben genannten Ländern dargestellt und kritisch hinterfragt werden. In einer Diskussion darüber, ob die notwendige Dokumentation mit dem daraus resultierenden Datentransfer einen Eingriff in die ärztliche Schweigepflicht darstellt, können die Teilnehmer auch den notwendigen Umgang mit potentiellen Effekten, Chancen und Risiken erlernen.

Grundsätzlich kann der Grundkurs als Blockkurs oder periodisch über einen längeren Zeitraum verteilt stattfinden. Vorteile des ersteren sind die Möglichkeit eines überregionalen Einzugsgebietes für Teilnehmer und Dozenten/Moderatoren. Ein periodisches Format dagegen (z.B. im Rahmen von Qualitätszirkelarbeit monatliche Termine zu jeweils 3 Stunden über 5 Monate) erlaubt eine spezifische Abstimmung mit den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Teilnehmer. Außerdem stellen die Intervalle zwischen den Veranstaltungen eine wichtige Möglichkeit zur Vor- und Nachbereitung, zur Aufarbeitung von Problemen aus der eigenen beruflichen Tätigkeit und zur Erprobung des Gelernten dar. Das periodische Format ist in der Regel darauf angewiesen, dass Dozenten/Moderatoren wie auch Teilnehmende in derselben Region tätig sind.

**Materialien zum Selbststudium** dienen durch die Vor- und Nachbereitung während der klinischen Tätigkeit auch zur weiteren Sensibilisierung gegenüber der Thematik und selbständigen Bearbeitung der Probleme (siehe Beispiel Seite 9).

Voraussetzung zur Nutzung im Rahmen der Kurse ist eine präzise schriftliche Vorgabe für die Teilnehmenden, angemessene Materialien und ein expliziter Bezug auf diese Arbeiten im folgenden Veranstaltungstermin.

Um die Nutzung zu fördern, sind folgende Gesichtspunkte grundsätzlich zu beachten:

- Die zur Verfügung gestellten Texte sind mengenmäßig auf ein Minimum zu beschränken; für besonders Interessierte können zusätzliche Materialien als fakultativ gekennzeichnet werden.
- Während der Veranstaltungen ist auf die selbständig zu bearbeitenden Texte Bezug zu nehmen und auf deren Bedeutung hinzuweisen. Die Inhalte von obligatorisch zur Vorbereitung dienenden, dem Teilnehmer zur Verfügung gestellten Materialien sind bei der Diskussion vorauszusetzen und nicht im Detail zu wiederholen.

- Der Anteil von Texten in englischer Sprache ist an die Möglichkeiten der Teilnehmenden anzupassen. Gerade im Grundkurs sollten methodische Texte vorzugsweise in deutscher Sprache zur Verfügung gestellt bzw. empfohlen werden.

### 3.3 Verbindung zu anderen Qualifikationen

Die Kurse nach diesem Curriculum vermitteln die notwendigen Anwendungskennnisse der wesentlichen *Instrumente und Strategien* in der strukturierten medizinischen Versorgung. Grundsätzlich können diese auch in den umfassenderen Grundkursen, wie sie nach den Curricula "Qualitätssicherung/ärztliches Qualitätsmanagement" und "Evidenzbasierte Medizin" angeboten werden, erworben werden.

Für eine weitergehende Vertiefung der Kenntnisse dieser Instrumente der strukturierten medizinischen Versorgung, wird ein Besuch dieser Kurse empfohlen. Dies gilt insbesondere für Multiplikatoren (Dozenten, aktive Erstellung von Konzepten der strukturierten medizinischen Versorgung), da hier wesentliche Kenntnisse zu den Instrumenten vermittelt und eingeübt werden.

### 3.4 Anforderungen an Dozenten

#### **Erforderliche Qualifikation:**

Wegen der differenzierten Veranstaltungsformate (Klein-/Großgruppe) und der Breite der erforderlichen Kompetenz wird in der Regel eine Gruppe von Dozenten die Veranstaltung betreuen. Im folgenden sind Kompetenzen angegeben, die in dieser Gruppe bei mindestens einer Person vorhanden sein müssen, ohne dass diese bei jedem Dozenten gleichzeitig erforderlich wären (Ausnahme: ein Dozent hält einen gesamten Kurs ab):

- **klinische Erfahrung**  
dem Dozentenkollegium sollte mindestens ein in der Versorgung tätiger niedergelassener Arzt angehören.
- **didaktische Erfahrung**  
Alle Dozenten sollen didaktische Erfahrung haben, mindestens ein Dozent sollte Erfahrung in der Planung, Umsetzung und Evaluation von Veranstaltungen der Erwachsenenbildung haben.
- **inhaltliche Kompetenz**  
Für die Vermittlung der Inhalte der Einführungsveranstaltung sollte die Dozenten mit den Begrifflichkeiten vertraut sein und insbesondere die notwendige gesetzgeberische, organisatorische Erfahrung mitbringen, um die Diskussion mit den Teilnehmern führen zu können.  
Im Grundkurs sind darüber hinaus entsprechende Erfahrungen aus der Anwendung der wesentlichen Instrumente und Strategien und der Beurteilung von Effekten und Risiken vorauszusetzen. Als Mindestanforderungen sind bei den Dozenten für diese Gebiete die Fertigkeiten, wie sie in den Lernzielen der Abschlusskurse der Curricula „Qualitätssicherung/ärztliches Qualitätsmanagement“ und „Evidenzbasierte Medizin“ formuliert wurden, vorauszusetzen.

#### **Evaluation der Lehre:**

Am Ende eines jeden Kursteils wird den Teilnehmenden Gelegenheit gegeben, den Veranstaltern ein Feedback zu Inhalten, Didaktik und organisatorischem Ablauf zu geben. Dieses sollte in schriftlicher Form erfolgen. Es ist darauf zu achten, dass gerade auch

kritische Äußerungen und die detaillierte Beurteilung einzelner Programmelemente möglich sind.

### **3.5 Evaluation des Lernerfolgs**

Zum Ende des Grundkurses wird der Lernerfolg systematisch beurteilt und dokumentiert (summative Evaluation).

Folgende Formate sind für die summative Schlussevaluation möglich und können auch für die formative Evaluation genutzt werden:

- Multiple Choice (MC) in schriftlicher oder elektronischer Form,
- frei zu beantwortende Essay-Fragen (schriftlich),
- schriftliche und/oder mündliche Präsentation (Kolloquium) der selbständigen Bearbeitung eines klinischen/organisatorischen Fragekomplexes unter Anwendung der wesentlichen Strategien sowie kritische Beurteilung der zu erwartenden Effekte.

Während MC-Instrumente in Bezug auf Reliabilität, Validität und Anwendungsaufwand einen Vorteil haben, setzen sie vielfach problematische Lernakzente. Das letztgenannte Format der Fallpräsentation bildet dagegen die Kompetenzen am ehesten ab, es stellt außerdem einen sachgemäßen Lernanreiz dar.

Praktisch sind die Teilnehmenden dabei gehalten, aus ihrem Arbeitsbereich ein Problem auszuwählen, eine sinnvolle Fragestellung zu formulieren und ein praktisches Konzept zu formulieren. Dieser Prozess und sein Ergebnis ist schriftlich zu dokumentieren und/oder in einen Kurzvortrag darzulegen.

Entsprechende Instrumente, die von MC-Fragebögen bis zur Fallpräsentation reichen, sind (weiter) zu entwickeln und in Bezug auf Inhalts- und Kriteriums-Validität, Reliabilität, Praktikabilität, Lernanreize und Auswirkungen auf die Motivation zu erproben. Ob die Lernziele nach diesem Curriculum durch die angebotenen Kurse erreicht werden, ist dabei das entscheidende Kriterium.

Die Ergebnisse der summativen Prüfung sind von Veranstaltern immer auch als Feedback über die inhaltliche, didaktische und organisatorische Gestaltung des jeweiligen Kursteils anzusehen; sie können damit der laufenden Verbesserung des Angebotes dienen.

### **3.6 Abschlüsse**

Den Teilnehmenden ist über die Teilnahme bzw. erfolgreiche Teilnahme eine Bescheinigung auszustellen.



## **4. Glossar**

<b>Akkreditierung**</b>	Formelle Anerkennung der Kompetenz einer Einrichtung, bestimmte Prüfungen oder Prüfungsarten auszuführen.
<b>Benchmarking**</b>	Ein Verfahren zum Vergleich eines Angebotes mit den besten anderen (benchmarks = Höhenmarken) nach einem festgelegten Vergleichsschema. Verglichen werden können Prozesse, Systeme, Produkte und Dienstleistungen bezüglich der Kriterien, Kosten, Qualität, Zeit, Kundenorientierung, Zufriedenheit etc.
<b>Brainstorming*</b>	Ideenfindungstechnik. Eine hinsichtlich ihrer problemrelevanten Kenntnisse und Erfahrungen heterogene Gruppe von ca. 5 bis 10 Personen sucht gemeinsam unter der Leitung eines Moderators nach Ideen zur Lösung eines vorgegebenen Problems. Sämtliche Ideen werden dokumentiert, zum Abschluss der Brainstorming-Sitzung systematisiert und von der Gruppe bewertet (bewertete Vorschlagsliste). Wichtige Regeln für die Durchführung eines Brainstormings sind: keine Kritik oder Beurteilung der Ideen während der Sitzung, Entwicklung möglichst vieler Ideen (Quantität vor Qualität), außergewöhnliche Ideen und die gedankliche Weiterentwicklung bereits genannter Ideen sind erwünscht.
<b>Case-Management</b>	Case-Management ist eine Strategie zur Förderung der effektiven Versorgung spezieller Patienten. Bei Case-Management steht der individuelle Fall bzw. der Patient im Vordergrund. Somit kommen hierfür insbesondere Patienten in Frage, die wegen einer besonders komplizierten oder kostenintensiven Behandlung eine individuelle Beschäftigung rechtfertigen. Der Case-Manager versucht in erster Linie, Informationsblockaden zwischen den einzelnen medizinischen Institutionen und Sektoren zu beseitigen. Hinzu kommt jedoch auch die Unterstützung der Patienten i.S. von Krankheits-Management.
<b>Disease-Management</b>	Optimierung der medizinischen Behandlung bei definierten, meist chronischen Erkrankungen durch Auswahl adäquater Leistungserbringer, Koordination der Behandlungsabläufe und Betreuer (integrierte Versorgungsformen), Einsatz modernster Therapiekonzepte und Informationstechnologien, Monitoring und Berücksichtigung von subjektiven, medizinischen und ökonomischen Behandlungsergebnissen und Motivation von Patienten und Leistungserbringern.
<b>Evaluation**</b>	Bewertung der Wirkungen von Maßnahmen oder Verfahren (z.B. Auswirkungen auf die Patientenversorgung, auf das Wohlbefinden von Patient und Arzt, auf das ärztliche Selbstverständnis etc.) hinsichtlich vorher festgelegter

Kriterien. Auch alle Verfahren zum Qualitätsmanagement müssen evaluiert werden, um ihre Leistung und Kosten im Kontext des Gesundheitssystems bewerten zu können.

**Evidenz\*\***

Im Kontext der evidenzbasierten Medizin aus dem Englischen stammender Begriff (evidence= Nachweis, Beweis) für Informationen aus wissenschaftlichen Studien, die einen Sachverhalt erhärten ("evident" machen) oder widerlegen. Die Qualität der Evidenzlage hängt dabei wesentlich von der methodischen Güte der zugrundeliegenden Studien ab.

**Evidenzbasierte Medizin\*\***

Unter evidenzbasierter Medizin (EbM) versteht man die Technik, individuelle Patienten gemäß der besten zur Verfügung stehenden Evidenz zu versorgen. Diese Technik umfasst die Suche der relevanten Evidenz in der medizinischen Literatur für ein konkretes klinisches Problem, den Einsatz einfacher wissenschaftlich abgeleiteter Regeln zur kritischen Beurteilung der Validität der Studie und der Größe des beobachteten Effekts sowie die Anwendung dieser Evidenz auf den konkreten Patienten mit Hilfe der klinischen Erfahrung. Die methodischen Grundlagen von evidenzbasierter Medizin sind aus der klinischen Epidemiologie abgeleitet.

**Koordinierungsausschuss\*\***

Ein gesetzlich festgelegtes Gremium, dem neben den Vertretern der Bundesausschüsse und dem Ausschuss Krankenhaus auch Vertreter der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassen angehören. Zu den Aufgaben des KoA siehe insbesondere §§ 137 e und f SGB V.

**Qualitätszirkel\***

Ärztliche Qualitätszirkel sind auf freiwilliger Initiative gegründete Foren (Kleingruppen) für einen kontinuierlichen interkollegialen Erfahrungsaustausch, der problembezogen, systematisch und zielgerichtet ist und der in gleichberechtigter Diskussion der Teilnehmer eine gegenseitige Supervision zum Ziel hat.

**Reliabilität\***

Zuverlässigkeit. Gütekriterium, das die Messgenauigkeit eines Verfahrens angibt. Im Hinblick auf menschliche Messungen wird auch von Objektivität bzw. Interbeobachterübereinstimmung gesprochen. Der eng verwandte Begriff der "reproducibility" wird im engeren Sinne für die Wiederholungsstabilität eines technischen Messvorganges verwandt. Psycho- und Soziometrie bestehen zu einem überwiegenden Teil aus Reliabilitäts- und Validitätstesten. Diese werden dann exakter nach dem jeweils verwandten Bestimmungsverfahren bezeichnet (z.B. Split-half-Reliabilität).

**Reminder**

Erinnerungssysteme

**Risikostrukturausgleich\*\*** Kassenübergreifender Strukturausgleich zur Schaffung gleicher Wettbewerbsbedingungen für alle Krankenkassen. Als Bestandteil des Gesundheitsstrukturgesetzes 1994 eingeführt. Der RSA soll die finanziellen Folgen historisch gewachsener Risikostrukturen der einzelnen Krankenkassen auffangen und untereinander ausgleichen.

**Validität\*** Gültigkeit. Grad der Genauigkeit, mit dem ein Testverfahren das misst, was es messen soll. Die Validität ist das wichtigste, jedoch auch das am schwierigsten zu bestimmende Gütekriterium (siehe auch Reliabilität). Nach der Bestimmungsmethode werden verschiedene Gültigkeiten voneinander unterschieden (z.B. Konstruktvalidität, Augenscheinvalidität etc.).

\* <http://www.bundesaerztekammer.de/30/Qualitaetssicherung/78Glossar.html>

\*\* <http://www.aqs.de/glossar.htm>

## **5. Abkürzungsverzeichnis**

<b>DM</b>	Disease-Management
<b>DMP</b>	Disease-Management-Programme
<b>DNEbM e.V.</b>	Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin
<b>EbM</b>	Evidenzbasierte Medizin
<b>InEK</b>	Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus
<b>KV</b>	Kassenärztliche Vereinigung
<b>MC</b>	Multiple Choice
<b>RSA</b>	Risikostrukturausgleich
<b>RSaV</b>	Risikostrukturausgleichsverordnung
<b>SGB</b>	Sozialgesetzbuch