

Justus-Liebig-Universität Gießen

**„Kommunikation und Kooperation in der
Interaktion von Gesundheitssystem und
Patienten.“**

**Eine Untersuchung am Beispiel der Behandlung des Diabetes mellitus im
Raum Frankfurt/ Main.**

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades

Fachbereich Agrarwissenschaften, Ökotoxikologie
und Umweltmanagement der JLU Gießen

vorgelegt von

Dipl. oec. troph. Kerstin Bayer- Pörsch

Gießen 2003

Inhaltsverzeichnis

<u>1</u>	<u>Einleitung</u>	1
<u>2</u>	<u>Theoretischer Teil</u>	5
<u>2.1</u>	<u>Der Patient im deutschen Gesundheitssystem</u>	5
<u>2.1.1</u>	<u>Systembedingte Defizite im deutschen Gesundheitswesen</u>	5
<u>2.1.2</u>	<u>Patientenerwartungen im europäischen Vergleich</u>	7
<u>2.1.2.1</u>	<u>Das "European Project on patient Evaluation of General Practice Care" (EUROPEP)</u>	7
<u>2.1.2.2</u>	<u>Die deutsche Vorstudie zum EUROPEP</u>	8
<u>2.1.2.3</u>	<u>Die niederländischen Vorstudie zum EUROPEP</u>	10
<u>2.1.2.4</u>	<u>Die Hauptstudie zum EUROPEP</u>	15
<u>2.1.2.5</u>	<u>Qualität versus Wichtigkeit von Leistungen aus Patientensicht</u>	18
<u>2.1.2.6</u>	<u>Patientenzufriedenheit in einem Versorgungsnetzwerk</u>	20
<u>2.1.2.7</u>	<u>Handlungserwartungen an den Arzt</u>	22
<u>2.1.2.8</u>	<u>Zusammenfassung Patientenerwartungen</u>	23
<u>2.2</u>	<u>Die Arzt-Patient- Beziehung im Gesundheitsprozess</u>	26
<u>2.2.1</u>	<u>Die Rolle des Arztes</u>	26
<u>2.2.2</u>	<u>Die Rolle des Patienten</u>	27
<u>2.2.3</u>	<u>Die Interaktion zwischen Arzt und Patient</u>	29
<u>2.2.3.1</u>	<u>Modelle zur therapeutischen Beziehung</u>	30
<u>2.2.3.2</u>	<u>Nachbetrachtung existierender Leitbilder</u>	37

2.2.4	Die Arzt- Patient- Beziehung im Verlauf einer chronischen Erkrankung	39
2.2.5	Die Arzt- Patient- Interaktion im gesundheitsökonomischen Kontext	42
2.3	Das Krankheitsbild Diabetes	44
2.3.1	Epidemiologie des Diabetes mellitus	44
2.3.2	Ätiologie des Diabetes mellitus	45
2.3.2.1	Ätiologie Typ 1-Diabetes	45
2.3.2.2	Ätiologie Typ 2-Diabetes	45
2.3.3	Behandlungskonzepte bei Diabetes	47
2.3.3.1	Therapieplanung bei Typ 1-Diabetes	47
2.3.3.2	Therapieplanung bei Typ 2-Diabetes	48
2.3.4	Gesundheitsrisiken des Diabetes mellitus	49
2.3.4.1	Makroangiopathische Komplikationen	50
2.3.4.2	Mikroangiopathische Komplikationen	51
2.3.4.3	Entstehung und Progression von Folgekomplikationen	52
2.3.5	Therapieziele	54
2.4	Das Krankheitsbild Diabetes als Herausforderung für ein Gesundheitssystem	58
2.4.1	Versorgung des Diabetes mellitus zwischen Anspruch und Wirklichkeit	58
2.4.1.1	Forderungen der Fachgesellschaft zur Versorgungsqualität	58
2.4.1.2	Realität der Versorgungsqualität	60

<u>2.4.2</u> <u>Die Gesundheitspolitische Bedeutung des Diabetes mellitus in Deutschland</u>	64
.....	
<u>2.4.2.1</u> <u>Folgekosten des Diabetes mellitus</u>	64
<u>2.5</u> <u>Lösungsansätze zur Verbesserung der Situation</u>	68
<u>2.5.1</u> <u>Patientenzentrierte Gesundheitspolitik</u>	68
<u>2.5.2</u> <u>Schulung als Weg zur Patientenautonomie</u>	69
<u>2.5.3</u> <u>Diabetesmodelle zur integrierten Versorgung</u>	73
<u>2.5.4</u> <u>DMP - ein neuer gesundheitspolitischer Lösungsansatz?</u>	74
<u>3</u> <u>Entwicklung eigener Fragestellungen und</u>	
 <u>Arbeitshypothesen....</u>	77
<u>3.1</u> <u>Fragestellungen</u>	77
<u>3.2</u> <u>Arbeitshypothesen</u>	79
<u>4</u> <u>Ergebnisse der Untersuchung</u>	81
<u>4.1</u> <u>Beschreibung der Rahmenbedingungen und des</u>	
<u>Untersuchungskollektivs</u>	81
<u>4.1.1</u> <u>Versorgungssituation im Untersuchungsgebiet Frankfurt/Main</u>	81
<u>4.1.2</u> <u>Das Schulungskonzept der Universitätsklinik Frankfurt/ Main</u>	84
<u>4.1.3</u> <u>Stichprobenbeschreibung</u>	86

4.1.3.1	<u>Patiententeilnahme und Rücklaufquote</u>	86
4.1.3.2	<u>Patientencharakteristika</u>	86
4.1.3.3	<u>Kontrolldaten des Patientenkollektivs</u>	86
4.1.3.4	<u>Soziographische und andere Rahmendaten</u>	94
4.1.4	<u>Anschlussversorgung nach der Entlassung</u>	95
4.1.5	<u>Informationsstatus der Patienten</u>	96
4.1.6	<u>Arztbezogene Rahmendaten</u>	98
5	<u>Methodik</u>	101
5.1	<u>Konstruktion des Messinstruments</u>	101
5.2	<u>T- Test</u>	103
5.3	<u>Methodisches Vorgehen</u>	103
5.4	<u>Skalenbildung</u>	104
5.4.1	<u>Skala 1: Aktivierung des ko- produktiven Potentials der Patienten</u>	105
5.4.2	<u>Skala 2: Aufklärung der Patienten zum „mündigen Partner“</u>	109
5.4.3	<u>Skala 3: Einschätzung der Versorgungsqualität durch Patienten</u>	111
5.4.4	<u>Skala 4: Wie erleben Patienten die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen?</u>	112
5.5	<u>Signifikanz</u>	114
5.6	<u>Ergänzungen des Fragebogens</u>	114
5.7	<u>Stichprobenrekrutierung</u>	115
5.8	<u>Darstellung der Ergebnisse</u>	116

<u>6</u>	<u>Diskussion</u>	129
<u>6.1</u>	<u>Die Arzt- Patient- Beziehung und Aktivierung des ko-produktiven Potentials</u>	130
6.1.1	<u>Die Arztwahl aus Patientensicht</u>	130
6.1.2	<u>Das Vertrauensverhältnis zum Arzt</u>	132
6.1.3	<u>Partnerschaft in der Arzt- Patient- Beziehung</u>	135
6.1.4	<u>Mitbestimmung in der Arzt- Patient- Beziehung</u>	137
<u>6.2</u>	<u>Aufklärung der Patienten zum „mündigen Partner“</u>	138
<u>6.3</u>	<u>Subjektive und objektive Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten..</u>	141
<u>6.4</u>	<u>Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer</u>	142
<u>7</u>	<u>Zusammenfassung und Ausblick</u>	145
<u>8</u>	<u>Literatur</u>	153
<u>9</u>	<u>Anhang</u>	170

Tabellenverzeichnis

<u>Tabelle 1: "Was macht einen guten Hausarzt oder eine gute Hausarztpraxis aus?"</u>	8
<u>Tabelle 2: Übereinstimmende Aspekte zwischen Ärzten und Patienten (ausgewählt)</u>	10
<u>Tabelle 3: Aspekte, die für Patienten wichtiger waren, als für Ärzte (ausgewählt)</u>	12
<u>Tabelle 4: Aspekte, die für Ärzte wichtiger waren, als für Patienten (ausgewählt)</u>	14
<u>Tabelle 5: Bewertung der medizinisch- technische Versorgung im EUROPEP</u>	16
<u>Tabelle 6: Bewertung der Arzt- Patient- Beziehung im EUROPEP</u>	16
<u>Tabelle 7: Patientenpräferenzen und Bewertungen - Rangorder (ausgewählte Items)</u>	18
<u>Tabelle 8: Patientenzufriedenheit im Ried</u>	21
<u>Tabelle 9: Handlungserwartungen der Patienten und Übereinstimmung mit dem Arzt</u>	22
<u>Tabelle 10: Relative Risiken für Komplikationen von Patienten mit Diabetes mellitus im Vergleich zur Normalbevölkerung</u>	49
<u>Tabelle 11: Therapieziele für Diabetiker in Abhängigkeit vom Alter</u>	54
<u>Tabelle 12: Biochemische Zielgrößen für die Stoffwechseleinstellung der Diabetiker nach DDG 2002:</u>	55
<u>Tabelle 13: Grenzwerte der European Policy Group zur Risikobeurteilung von Typ 2-Diabetikern</u>	56
<u>Tabelle 14: Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus</u>	58
<u>Tabelle 15: Charakteristika der deutschen Studienpopulation der CODE-2-Studie</u>	61

Tabelle 16: Hba_{1c}-Wert-Verteilung der CODE-2-Studie	63
Tabelle 17: Risikoprofil der Blutfettwerte der CODE-2-Studie	64
Tabelle 18: Erhobene Kostenarten und Kostenquellen zur Berechnung der _____ durch Typ 2-Diabetes verursachten Kosten in Deutschland (CODE-2)	65
Tabelle 19: Population im KV-Bereich der Bezirksstelle Frankfurt/ Main	81
Tabelle 20: Epidemiologie des Diabetes mellitus im KV- Bereich	81
Tabelle 22: Anzahl der Diabetiker in einer durchschnittlichen Praxis	82
Tabelle 23: Abrechnungsdaten der KV Hessen für Schulungen im Quartal I/2001	83
Tabelle 24: Allgemeine Daten des Patientenkollektivs in der Uniklinik	87
Tabelle 27: Hba_{1c}-Wert-Verteilung/ Vergleich CODE-2-Studie/ Uniklinik	90
Tabelle 28: Weitere Risikofaktoren und Folgeerkrankungen	91
Tabelle 30: Soziodemographische Daten	94
Tabelle 31: Anschlussbehandlung durch den Hausarzt	95
Tabelle 32: Blutzuckertagesprofile im Anschluss an die Schulung	95
Tabelle 33: Aufklärung der Patienten	96
Tabelle 34: Arztbezogene Daten	98
Tabelle 35: Kriterien für die Arztwahl	100
Tabelle 36: Gesamtergebnisse Skala 1	116

VIII

<u>Tabelle 37: Aktivierung des ko- produktiven Potentials der Patienten (Einzelitems)</u>	117
<u>Tabelle 38: Gesamtergebnisse Skala 2</u>	120
<u>Tabelle 39: Aufklärung der Patienten zum „mündigen Partner“ (Einzelitems)</u>	121
<u>Tabelle 40: Gesamtergebnisse Skala 3</u>	123
<u>Tabelle 41: Einschätzung der Versorgungsqualität durch Patienten (Einzelitems)</u>	123
<u>Tabelle 42: Gesamtergebnisse Skala 4</u>	125
<u>Tabelle 43: Erfahrungen der Patienten mit der Integration der Versorgung</u>	126

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Kostenverteilung für Typ-2-Diabetes in Deutschland (CODE-2)	66
Abb. 2: Stundenplan der 12-Tages-Schulung in der Uniklinik – 1. Woche	84
Abb. 3: Stundenplan der 12-Tages-Schulung in der Uniklinik – 2. Woche	85
Abb. 4: HbA_{1c}-Werte und Altersverteilung Typ-1	89
Abb. 5: HbA_{1c}-Werte und Altersverteilung Typ-2	89
Abb. 6: Risikoprofil/ Vergleich CODE-2/ Uniklinik	90
Abb. 7: Blutfettwerte/ Vergleich CODE-2/ Uniklinik	93
Abb. 8: Schulungsinitiative	97
Abb. 9: Arzt-Patienten-Kontakte	99
Abb. 10: Aktivierung des ko- produktiven Potentials der Patienten	118
Abb. 11: Aufklärung der Patienten zum „mündigen Partner“	122
Abb. 12: Einschätzung der Versorgungsqualität durch Patienten	124
Abb. 13: Erfahrungen der Patienten mit der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen	127

1 Einleitung

Die Aufgabe bzw. das Produktionsziel jedes Gesundheitswesens ist die Sicherstellung eines möglichst hohen Maßes an Gesundheit und Wohlbefinden seiner Gesellschaft. Das Dienstleistungsprodukt heißt dementsprechend „optimale Gesundheit“, das bedeutet ein hohes Maß an Lebensqualität für den einzelnen Bürger, trotz körperlicher, seelischer und sozialer Gebrechen. Die strukturellen Rahmenbedingungen sollen geeignet sein, dieses Ziel nach Möglichkeit zu erreichen. Die hierfür notwendige Leistungserstellung soll bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich gestaltet sein.

Für das deutsche Gesundheitssystem bestehen zum aktuellen Zeitpunkt erhebliche Zweifel an der effektiven Umsetzung dieser Forderungen. Der Wirtschaftsbericht der OECD von 1997 zeigt, dass sich die in Deutschland erzielten Gesundheitsergebnisse, bei überdurchschnittlichem Ressourceneinsatz, nicht erkennbar von den Ergebnissen anderer OECD-Länder unterscheiden. Das Gesundheitswesen in seiner bestehenden Form scheint den Anforderungen im Gefolge des gewandelten Krankheitspanoramas und der demographischen Entwicklung nicht zu entsprechen.

Ein Krankheitsbild an dem sich die Konsequenzen der genannten Fehlentwicklungen umfassend darstellen lassen ist Diabetes mellitus. Diabetes mellitus zählt zu den bedeutendsten, teuersten und stetig wachsenden Gesundheitsproblemen unserer Zeit.

Die neuesten Daten diesbezüglich, die Ergebnisse der Code-2-Studie (Costs of Diabetes in Europe-Typ-2-Diabetes), die in ganz Europa die ökonomischen Belastungen des Typ-2-Diabetes für die Gesellschaft untersucht hat, belegen diese Aussage eindrucklich. Ungefähr 31,4 Milliarden DM kostet der Typ-2-Diabetes die verschiedenen Versicherungssysteme in Deutschland. Bei dieser Summenangabe handelt es sich vermutlich noch um eine Unterschätzung, weil nach Angaben des Statistischen Bundesamtes nur von einer Typ-2-Diabetes-Häufigkeit von 4,24 %, also 3,478 Millionen, Diabetikern ausgegangen wurde. Andere Schätzungen und Berechnungen gehen jedoch eher von einer Typ-2-Diabetes-Prävalenz von 5 Millionen und mehr Betroffenen für Deutschland aus. Rechnet man diese Summe auf den einzelnen Typ-2-Diabetiker herunter, entstehen im Durchschnitt 9018,00 DM an Kosten pro Jahr.

Auf Patienten ohne Komplikationen entfallen von dieser Summe jedoch nur 3370,00 DM pro Jahr (im Vergleich betragen die jährlichen Kosten für Nichtdiabetiker 2684,00 DM). Kostentreiber sind also in erster Linie die Diabetes-Folgeerkrankungen.

Diese Zahlen sind um so erschreckender, weil schon in den 90er Jahren mit Hilfe internationaler Studien, wie der DCCT (Diabetes Control and Complication Trial) und der UKPDS (United Kingdom Prospective Diabetes Study Group) eindeutig bewiesen werden konnte, dass die Inzidenz dieser, mit der Krankheit einhergehenden Folgekomplikationen, durch geeignete therapeutische Maßnahmen verhindert werden kann. Die Expertendiskussion über evidenzbasierte professionelle Standards für die Behandlung des Diabetes ist im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern schon relativ weit fortgeschritten und im Mai 2002 wurden verbindliche Leitlinien verabschiedet.

Trotzdem entspricht die Versorgung der betroffenen Patienten, wie obengenannte Zahlen belegen, bei weitem nicht diesem aktuellen medizinischen Kenntnisstand. Welche Ursachen sind jedoch verantwortlich für diesen Missstand zwischen dem medizinisch Machbaren und den tatsächlichen Ergebnissen der medizinischen Intervention?

Ein Erklärungsaspekt für die Wirksamkeitsmängel der medizinischen Intervention sind falsche Annahmen über die Kernprozesse im deutschen Gesundheitswesen. Einen, in diesem Zusammenhang häufig geäußerten, Kritikpunkt, stellt die mangelnde Einbindung der Patienten in die gesundheitspolitische Zielbildung dar. Die heute bestimmenden Konzepte in der medizinischen Versorgung vernachlässigen die Bedeutung der qualifizierten Mitarbeit des Patienten und die Berücksichtigung seiner Präferenzen für die Erreichung der angestrebten Gesundheitsziele. Dies hat auch der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion in seinem Gutachten über die „Über- Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen“ erkannt. Das Expertengremium sieht in der „Optimierung des Nutzerverhaltens“ eine zentrale Lösungsstrategie, um die mittelmäßigen Gesundheitsergebnisse in Deutschland zu verbessern. Patienten, in diesem Sinne als „Nutzer“ des Gesundheitssystems, sollen verstärkt in alle Bereiche der Gesundheitsversorgung eingebunden werden.

Zum aktuellen Zeitpunkt fehlt es jedoch an konkreten Erkenntnissen über Patientenerwartungen und -wünsche in bezug auf diese Aspekte der Partizipation und Selbstbestimmung im Gesundheitsprozess.

In jüngster Zeit wurden in diesem Zusammenhang mehrere repräsentative Studien, wie z.B. das „European Project on Patient Evaluation of General Practice Care“ (EUROPEP), durchgeführt, um die Zufriedenheit der Bürger im Hinblick auf das Gesundheitswesen zu untersuchen. In diesen allgemeinen Umfragen äußern die Bürger eine hohe Zufriedenheit mit dem deutschen Gesundheitswesen. Diese Untersuchungen scheinen, aus Sicht der Autorin, jedoch nicht geeignet, die wirklichen Schwachstellen der Patientenbetreuung aufzuspüren und erlauben kaum Rückschlüsse über den tatsächlichen Reformbedarf.

Die Stärkung der Patientenrolle wird von den beteiligten Expertengremien (Ärzte, Krankenkassen, etc.) zwar rhetorisch vorgetragen, bis zum aktuellen Zeitpunkt gibt es jedoch kaum angemessene Strategien diese Forderung in der Praxis umsetzbar zu machen. Um die Sichtweise der Patienten, in bezug auf die Erreichung des Gesundheitszieles, in zukünftigen Partizipationsmodellen realistisch berücksichtigen zu können, müssen Daten über die aktuelle Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung und den Einfluss der interaktiven Seite der Gesundheitsversorgung erhoben werden. Erst wenn ein Status- Quo des „Selbstverständnisses der Nutzer“ im Gesundheitssystem erfasst ist, kann ein Prozess zur Neubestimmung der Rollen der Akteure beginnen.

Zentrale Voraussetzung für diese Entwicklung ist die Weitergabe bzw. der Erhalt von fundierten Informationen. Sie dient als Entscheidungsgrundlage für den „Nutzer“ bzw. Patienten und dient als Basis für mehr Autonomie und partnerschaftliche Entscheidungen von Ärzten und Patienten.

Die „Nutzerkompetenz“ muss jedoch auch vor dem Hintergrund einer Erkrankung gesehen werden, in deren Kontext der „Nutzer“ bzw. Patient nur bedingt in der Rolle eines Kunden gesehen werden kann, der eigenverantwortlich Entscheidungen trifft und Wahlmöglichkeiten nutzt. Je schwerer die Erkrankung ist, desto eher tritt die Fähigkeit zu rationalen Entscheidungen in den Hintergrund und wird überlagert durch Unsicherheit, Ängste sowie dem Wunsch nach Fürsorge und Betreuung.

Vor diesem allgemeinen Hintergrund ist es das Anliegen der vorliegenden Dissertation, die Kernprozesse der Interaktion zwischen Arzt und Patient zu untersuchen. Hierbei soll überprüft werden, inwieweit Patienten zum aktuellen Zeitpunkt bereit und in der Lage sind, ihre „neue“ Rolle als eigenständige „dritte Kraft“ im Gesundheitswesen zu übernehmen.

Da chronisch Kranke, als Langzeitpatienten, auf besonders intensive Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem zurückgreifen können, wurde am Beispiel dieser Patientengruppe untersucht, ob und inwieweit von Patientenseite ein Anspruch auf Partizipation und Eigenverantwortung besteht und wie sich die Rahmenbedingungen sowie die Umsetzung dieser Forderung in der alltäglichen Versorgungspraxis gestaltet. In diesem Zusammenhang werden kritische Erfolgsfaktoren und typische Blockaden der Interaktion von Gesundheitssystem und chronisch Krankem genauer betrachtet und beurteilt. Dadurch sollen Asymmetrien zwischen den Vorstellungen von Patienten und Leistungserbringern über die Gestaltung von Strukturen und Beziehungen im Gesundheitsprozess ermittelt werden, die der Erreichung des Zieles „optimale Gesundheit“, unter den gegenwärtigen Voraussetzungen, entgegenstehen.

Das Gesundheitswesen in Deutschland befindet sich derzeit in einer Umbruchsituation, einer Phase schöpferischen Wandels, die nach neuen Visionen verlangt. Um die notwendigen strukturellen Weiterentwicklungen sinnvoll zu gestalten sind alle beteiligten Akteure gefordert ihre Erfahrungen und ihr Wissen in diesen Prozess einzubringen. Grundvoraussetzung dieses kreativen Dialogs ist die Bereitschaft der Protagonisten sich gegenseitig zuzuhören und in einem „lernenden Modell“ Wissen voneinander anzunehmen.

Bezogen auf diese Forderung lassen sich aus den Erkenntnissen der vorliegenden Dissertation Impulse ableiten, die Aufschluss über die notwendige Veränderung der Rahmenbedingungen aus der Sicht der Patienten und Ärzte geben können. Diese sollten als Lernmaterial für Folgeprojekte dienen sowie bei den Überlegungen für zukünftige Reformvorhaben in Deutschland berücksichtigt werden, um dem Ziel der bedarfsgerechten, wirksamen und wirtschaftlichen Leistungserstellung langfristig näher zu kommen.

2 Theoretischer Teil

2.1 Der Patient im deutschen Gesundheitssystem

2.1.1 Systembedingte Defizite im deutschen Gesundheitswesen

Die Aufgabe bzw. das (Produktions-) Ziel des Gesundheitswesens ist die Sicherstellung eines möglichst hohen Maßes an Gesundheit und Wohlbefinden seiner Gesellschaft. Das Dienstleistungsprodukt heißt dementsprechend „optimale Gesundheit“, das bedeutet ein hohes Maß an Lebensqualität für den einzelnen Bürger, trotz körperlicher, seelischer und sozialer Gebrechen. Die strukturellen Rahmenbedingungen sollen die Grundlage dafür sein, dieses Ziel nach Möglichkeit zu erreichen. Die hierfür notwendige Leistungserstellung soll bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich gestaltet sein.

Für die effektive Umsetzung dieser Forderungen im deutschen Gesundheitssystem bestehen zum aktuellen Zeitpunkt erhebliche Zweifel. Der Wirtschaftsbericht der OECD aus dem Jahr 2000 zeigt, dass die in Deutschland erzielten Gesundheitsergebnisse, bei einem Vergleich von 170 Ländern, hinsichtlich der Effizienz erst auf Rang 25 einzuordnen sind. Und dies trotz eines überdurchschnittlichen Ressourceneinsatzes [113]. Das Gesundheitswesen, in seiner bestehenden Form, scheint also den Anforderungen, im Gefolge des gewandelten Krankheitspanoramas und der demographischen Entwicklung, nicht zu entsprechen.

In der Reformdiskussion werden für diesen Umstand folgende systembedingte Defizite verantwortlich gemacht:

Die gesundheitspolitische Ausrichtung des Systems: Im deutschen Gesundheitssystem ist ein auffälliges Nebeneinander von Über- und Unterversorgung beobachtbar. So steht beispielsweise der Überversorgung mit Leistungsaspekten der Akutmedizin (Krankenhausbetten, Technische Ausstattung...) eine Unterversorgung mit langzeitorientierten, problemvermeidenden und die Gesundheitspotentiale fördernden Maßnahmen gegenüber. In einer Zeit, in der chronische Erkrankungen das Krankheits- und Sterbegeschehen bestimmen, ist die einseitige Ausrichtung ärztlichen Handelns auf die Beherrschung von Krankheit jedoch unzureichend. Das Gesundheitswesen als „Reparaturbetrieb“, in dem auf die Vermeidung von Krankheiten und auf die Förderung

von Gesundheit immer weniger Wert gelegt wird, kann den Anforderungen moderner Gesellschaften nicht gerecht werden und muss langfristig versagen. Gerade für die Bekämpfung und Bewältigung chronischer Erkrankungen sind gesundheitsfördernde, vorbeugende und nachsorgende Leistungen von maßgeblicher Bedeutung [37,112].

Konkurrierende Versorgungsebenen: Die Versorgung der Patienten findet im deutschen Gesundheitssystem auf verschiedenen Versorgungsebenen statt. Zum aktuellen Zeitpunkt gibt es jedoch keine Regelungen, um die Behandlungsabläufe zwischen den Versorgungsebenen zu organisieren. Die erfolgreiche Schnittstellenbewältigung von ambulant nach stationär und wieder zurück ist jedoch entscheidend für die Sicherung und den Erhalt angestrebter Therapieziele. Der Übergang zwischen den Versorgungsebenen sollte, im Sinne des Patienten, konkret geplant und konzeptionell umgesetzt werden. Vor dem Hintergrund einer finanziell angespannten Situation im deutschen Gesundheitswesen sollten neutrale Kriterien festgelegt werden, die den Übergang der Patienten von einem Versorgungssektor zum Nächsten regeln. Durch entsprechende Maßnahmen kann der Patient vor den Auswirkungen der Kostendämpfung, wie dem zunehmenden Wettbewerb und der mangelnden Kooperation der verschiedenen Akteure und Leistungsbereiche, geschützt werden [37,112].

Unzureichende Patientenpartizipation: Ein weiterer zentraler Ansatzpunkt für den unbefriedigenden Status- Quo im Gesundheitswesen sind falsche Annahmen über die Kernprozesse im Gesundheitssystem. Die heute vorliegenden Konzepte in der medizinischen Versorgung vernachlässigen die Bedeutung der qualifizierten Mitarbeit des Patienten und die Berücksichtigung seiner Präferenzen für die Erreichung der angestrebten Gesundheitsziele. Die Mitarbeit der Patienten ist jedoch entscheidend für die Prozess- und Ergebnisqualität des medizinischen Leistungsgeschehens. Im Sinne der "personenbezogenen Dienstleistung" tritt der Patient, bzw. Konsument medizinischer Leistung, neben Kapital (Technik) und Arbeit (Experten) als dritte und entscheidende Produktivkraft hinzu. Dieser Umstand wird in den aktuell richtungsweisenden Konzepten der medizinischen Versorgung weitgehend missachtet.

Reformen im deutschen Gesundheitswesen wurden in der Vergangenheit vor allem aus der Sicht der Leistungserbringer und Krankenkassen diskutiert. Dabei reduziert sich die gesundheitspolitische Diskussion auf Fragen der Verteilung von Kompetenzen und Ressourcen. Die Wünsche und Erwartungen der Patienten, also derjenigen Menschen im

Gesundheitsprozess, die konkret erkrankt sind oder waren, wurden dagegen weitgehend ausgeklammert. Das deutsche Gesundheitssystem ist nicht darauf ausgelegt, der Subjektivität, Motivation und Eigenkompetenz der Patienten Rechnung zu tragen, sondern zielt auf die Passivität der Betroffenen ab. Die ordnungspolitischen Neuorientierungen der vergangenen Jahre führten zwar vordergründig zu einer erweiterten Verantwortung der Patienten, wie z.B. der Kassenwahlfreiheit oder der Zuzahlung bei Medikamenten, tatsächlich dienten diese Bestrebungen jedoch eher der Legitimation einer Lastenverschiebung im Gesundheitswesen. Ergebnis der Reformen war eine Verbesserung der wirtschaftlichen Situation der GKV, ohne dass sich an der Stellung der Patienten etwas Entscheidendes geändert hat [37].

2.1.2 Patientenerwartungen im europäischen Vergleich

Die Datenlage zu konkreten Patientenerwartungen und -wünschen an den behandelnden Arzt ist zum aktuellen Zeitpunkt relativ beschränkt. Aktuelle Umfragen zur Zufriedenheit der Patienten mit ihrem behandelnden Arzt zeigen, dass bis zu 95 % der Patienten mehr als zufrieden sind. Allerdings handelt es sich bei diesen „Zufriedenheitsuntersuchungen“ um sehr pauschale Fragestellungen. Darüber hinaus ist es ausgesprochen schwierig, die Wünsche und Erwartungen der Patienten objektiv zu erfassen und zu bewerten. Sie können von verschiedenen individuellen Faktoren abhängen, wie z.B. der Lebensgeschichte des Patienten, seinem aktuellen emotionalen Befinden, bisherigen Erfahrungen mit Ärzten sowie seinen Möglichkeiten Erwartungen und Zufriedenheit wahrzunehmen und auszudrücken. Um einen Einblick in die Fragestellungen der aktuellen „Zufriedenheitsumfragen“ zu vermitteln, werden die wichtigsten Studienergebnisse der vergangenen Jahre im folgenden Abschnitt vorgestellt.

2.1.2.1 *Das "European Project on patient Evaluation of General Practice Care" (EUROPEP)*

1993 gründete sich eine europäische Arbeitsgruppe mit dem Ziel einen geeigneten Fragebogen zur Erfassung von Patientenerfahrungen in der hausärztlichen Versorgung zu entwickeln. Im Rahmen von Vorstudien wurden in den einzelnen europäischen Ländern sogenannte "Priorities Studies" durchgeführt.

Diese sollten im Vorfeld der Hauptuntersuchung wichtigste Aspekte der hausärztlichen Versorgung aus Patientensicht ermitteln.

2.1.2.2 Die deutsche Vorstudie zum EUROPEP

Der deutsche Fragebogen zur "Priorities Study" umfasste 56 Items, deren Ergebnisse in eine Rangfolge gebracht wurden. Die 20 ranghöchsten Aussagen auf die Fragestellung "Was macht einen guten Hausarzt oder eine gute Hausarztpraxis aus?" stellen sich wie folgt dar [93]:

Tabelle 1: "Was macht einen guten Hausarzt oder eine gute Hausarztpraxis aus?"

Rang	Ein Hausarzt sollte ...	% Angaben (sehr wichtig/ wichtig)
1	im Notfall schnell zur Hilfe sein.	88,7
2	sorgfältig sein.	88,1
3	genügend Zeit haben zum Zuhören/Reden/ Erklären.	87,5
4	mir alles sagen, was ich über meine Krankheit wissen will.	84,2
5	es mir ermöglichen, offen über meine Probleme zu reden.	82,4
6	offen und ehrlich sein.	81,9
7	alle Informationen über seine Patienten vertraulich behandeln.	81,7
8	Nützlichkeit von Medikamenten/ Verordnungen kritisch abwägen.	79,1
9	über neueste Entwicklungen in der Medizin informiert sein.	77,4
10	zuhören können.	76,1
11	vorbeugende Maßnahmen anbieten.	75,7
12	schneller Termin möglich sein.	74,2
13	Untersuchung und Behandlung genau erklären.	73,0
14	Ermutigen.	69,5
15	Hausbesuche machen.	69,4
16	es sollte möglich sein jedes mal beim selben Arzt behandelt zu werden.	68,8
17	verstehen, was ich von ihm will.	66,9
18	über Fachärzte beraten.	66,9

Rang	Ein Hausarzt sollte ...	% Angaben (sehr wichtig/ wichtig)
19	meine Meinung ernst nehmen.	66,8
20	mir vertrauen.	66,8
Weitere ausgewählte Aussagen zu Forderungen bezüglich Autonomie:		
24	meine Wünsche mit mir besprechen.	62,4
31	Meine Entscheidungen akzeptieren.	58,5
47	akzeptieren, wenn ich alternative Behandlung wünsche.	39,9

Bei Betrachtung der am höchsten bewerteten Aussagen zeigt sich, dass für die Patienten der Wunsch nach "schneller Hilfe im Notfall" an erster Stelle steht. Auf Rängen 3 und 5,6,7 werden Erwartungen zum Vertrauensverhältnis in der Arzt- Patient- Beziehung genannt. Der Wunsch nach umfassender Aufklärung zur Erkrankung steht mit Rang 4 weit oben in der Liste. Unter den "Top- Ten" der Patientenerwartungen stehen außerdem der Wunsch nach einer kritischen Auseinandersetzung des Arztes mit Behandlungsmethoden sowie Kenntnisse über neueste Entwicklungen in der Medizin.

Die Vorstudie zeigt darüber hinaus, dass der Wunsch der Patienten nach Autonomie und Mitbestimmung nicht sehr ausgeprägt ist. In der Rangliste erscheinen diesbezügliche Forderungen erst ab Rang 17 "verstehen was ich von ihm will (17)", "meine Meinung ernst nehmen (19)", "meine Wünsche mit mir besprechen (24)", "mir vertrauen (29)", "meine Entscheidungen akzeptieren (31)".

Bei einer Untergruppenanalyse (nach Alter der Patienten) zeigten sich signifikante Unterschiede in bezug auf die gewünschte Form der Arzt- Patient -Beziehung. Während jüngere Patienten (< 50 J.) eher eine partnerschaftliche Versorgung fordern, scheinen ältere Patienten mehr die paternalistische Versorgung durch den Arzt zu suchen.

2.1.2.3 Die niederländischen Vorstudie zum EUROPEP

Die niederländische Arbeitsgruppe von JUNG, WENSING, GROL verglich im Zusammenhang mit den Voruntersuchungen des EUROPEP [90] die Sichtweise von Arzt und Patient bezüglich der Erwartungen, die eine gute Allgemeinarztversorgung ausmachen.

Diese Vorstudie, mit 40 Items, sollte folgende Fragen klären:

- Welche Aspekte der Allgemeinarztversorgung werden von Ärzten und Patienten als wichtig beurteilt? Unterscheiden sich diese Prioritäten?
- Inwieweit können Ärzte die Erwartungen ihrer Patienten im Hinblick auf die Hausarztversorgung beurteilen?

Die Studie zeigte bezüglich Übereinstimmungen und Abweichungen, im Hinblick auf die Fragestellung, folgende Ergebnisse [90]:

Tabelle 2: Übereinstimmende Aspekte zwischen Ärzten und Patienten (ausgewählt)

	am wichtigsten/ sehr wichtig (Skala 4/5)		
	Patient	Arzt	Arzt über Patient
Arzt sollte im Notfall schnelle Hilfe zur Verfügung stellen.	93 % (1)	84 % (1)	94 %
Arzt sollte den vertraulichen Umgang mit Informationen über alle Patienten garantieren.	85 % (3)	82 % (2)	76 %
Arzt sollte regelmäßig Kurse besuchen, um das neueste über Behandlungsmethoden zu erfahren.	79 % (7)	60 % (12)	35% *
Arzt sollte den Nutzen von Behandlungsmethoden und Ratschlägen kritisch beurteilen.	78 % (8)	72 % (6)	35 % *

	am wichtigsten/ sehr wichtig (Skala 4/5)		
Arzt sollte mir das Gefühl geben, dass ich frei und offen über meine Probleme reden kann.	75 % (9)	64 % (10)	76 % *
Arzt sollte den Nutzen von medizinischen Untersuchungen kritisch beurteilen.	67 % (13)	65 % (7)	19 % *
Der Arzt sollte nicht nur Krankheiten heilen, sondern auch Dienstleistungen anbieten, um Krankheiten zu verhindern.	63 % (18)	51 % (19)	31 %
Arzt und andere Leistungserbringer sollten keine widersprüchlichen Informationen an mich weitergeben.	81 % (6)	62 % (11)	57 %
Arzt sollte darüber informiert sein, welche Leistungen ein anderer Arzt durchgeführt und was er mit mir besprochen hat.	68 % (11)	51 % (19)	40 % *
Arzt sollte mich bei Kontakt zum Spezialisten begleiten.	45 % (25)	31 % (28)	14 % *
Arzt sollte sich um die Behandlungskosten Gedanken machen.	27 % (37)	25 % (32)	0 % *
<p>* signifikanter Unterschied zwischen der Patientenerwartung und der Wahrnehmung des Arztes über die Patientenerwartung ($p \leq 0,00125$) (..) Platz in der Rangliste aller 40 Items</p>			

Auch diese Vorstudie der EUROPEP bestätigte, dass die "Notfallfunktion" des Hausarztes sowohl aus Patienten- als auch aus Arztperspektive als die wichtigste Aufgabe des Arztes gesehen wird. Des Weiteren wurden, ähnlich wie bei der deutschen Vorstudie, der vertrauliche Umgang mit Patientenunterlagen, die kritische Auseinandersetzung mit Behandlungsmethoden sowie ein aktueller medizinischer Kenntnisstand in der Bewertung als wichtig herausgehoben.

Die Studie macht außerdem deutlich, dass Patienten großen Wert auf eine übergreifende Zusammenarbeit von Hausarzt und Spezialist legen. Ein weiteres, interessantes Ergebnis dieser Vorstudie ist darin zu sehen, dass Patienten es als wichtig erachten die Behandlungskosten in medizinische Überlegungen einzubeziehen.

Insgesamt setzten Ärzte und Patienten bei vielen Aspekten der Hausarztversorgung dieselben Prioritäten. Allerdings wird diese Tatsache von den Ärzten bisher nur bei ausgesuchten Aspekten wahrgenommen. In dieser Beziehung bieten v.a. die Aspekte "kritische Auseinandersetzung mit medizinischen Untersuchungen", "Zusammenarbeit der Versorgungsebenen" und "Behandlungskosten" ein hohes Potential für Reformüberlegungen.

Tabelle 3: Aspekte, die für Patienten wichtiger waren, als für Ärzte (ausgewählt)

	am wichtigsten/ sehr wichtig (Skala 4/5)		
	Patient	Arzt	Arzt über Patient
Der Arzt sollte während der Behandlung genug Zeit zum zuhören, reden und erklären haben.	90 % (2)	65 % (9)	88 %
Arzt sollte mir alles über meine Krankheit sagen, was ich wissen möchte.	81 % (5)	40 % (23)*	68 %
Arzt sollte bereit sein, Untersuchungen, Behandlungen oder Überweisung mit mir zu diskutieren.	64 % (16)	37 % (24)*	53 %
Arzt sollte mir den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen im Detail erklären.	60 % (19)	35 % (25)	32 %
Arzt sollte anerkennen, dass der Patient die endgültige Wahl bezüglich Behandlungsmaßnahmen trifft.	53 % (21)	29 % (29)*	33 %

	am wichtigsten/ sehr wichtig (Skala 4/5)		
Arzt sollte akzeptieren, wenn ich nach alternativen Behandlungsmethoden suche.	35 % (33)	6 % (40)*	22 %
Arzt sollte eine "Zweitmeinung" von einem anderen Arzt erlauben.	41 % (29)	10 % (37)*	20 %
* signifikanter Unterschied zwischen Arzt und Patient ($p \leq 0,00125$) (..) Platz in der Rangliste aller 40 Items			

In dieser Tabelle werden diejenigen Aspekte beschrieben, die von Patienten als wichtiger angesehen wurden, als von den behandelnden Ärzten. Die höchste Abweichung in der Rangliste der Arzt-/ Patienteneinschätzung zeigt sich in dieser Kategorie bei den Aspekten "Arzt sollte genug Zeit zum zuhören, reden, erklären haben" sowie "Arzt sollte mir alles über meine Krankheit sagen ". Diese beiden Aspekte wurden von Patienten in der Rangliste ihrer Prioritäten mit Platz 2 und 5 sehr weit oben genannt (deutsche Vorstudie Platz 3 und 4). Von den Ärzten wird der Punkt "Arzt sollte genug Zeit zum zuhören, reden, erklären haben" erst an Position 9, die Bedeutung des Wunsches "Arzt sollte mir alles über meine Krankheit sagen" sogar erst an Position 23 genannt.

Aspekte die auf Patientenautonomie abzielen werden von Patienten im Mittelfeld genannt (Rang 16,19,21). Ärzte messen diesen Aspekten noch weniger Bedeutung zu, (Rang 24,25,29) und sie nehmen den Wunsch nach Autonomie in knapp der Hälfte der Fälle bei Patienten nicht wahr.

Ein Vergleich der Versorgungsaspekte, welche von Ärzten als wichtiger eingestuft wurden als von Patienten, zeigte in der niederländischen Vorstudie folgende Ergebnisse [90].

Tabelle 4: Aspekte, die für Ärzte wichtiger waren, als für Patienten (ausgewählt)

	am wichtigsten/ sehr wichtig (Skala 4/5)		
	Patient	Arzt	Arzt über Patient
Arzt sollte verstehen, was ich von Ihm möchte.	67 % (13)	80 % (3)*	86 %
Arzt sollte ein persönliches Interesse an mir und meiner Lebenssituation haben.	41 % (30)	57 % (15)*	58 %
Arzt sollte mir helfen mit emotionalen Problemen im Zusammenhang mit meiner Erkrankung umzugehen.	47 % (24)	56 % (16)*	39 %
Arzt sollte die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen meiner Versorgung koordinieren.	38 % (32)	52 % (18)*	14 %
* signifikanter Unterschied zwischen Arzt und Patient ($p \leq 0,00125$) (..) Platz in der Rangliste aller 40 Items			

2.1.2.4 Die Hauptstudie zum EUROPEP

Auf der Basis dieser Ergebnisse aus den Vorstudien in verschiedenen europäischen Ländern, wurde der Fragebogen von der "European Task Force on Patient Evaluations on General Practice Care" weiterentwickelt und evaluiert. Im Jahr 1998 wurde dann in 10 europäischen Ländern die Studie zur Bewertung der hausärztlichen Versorgung durch Patienten durchgeführt. Ziel dieses "European Project on patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)" war es, Patienteneinschätzungen über ausgesuchte Aspekte der Gesundheitsversorgung zu erfahren, um vor diesem Hintergrund Impulse zur Verbesserung der medizinischen Versorgung setzen zu können.

Im deutschen Zweig der Studie wurden von der Arbeitsgruppe KLINGENBERG; SZECSENYI und BAHRS [89,92] insgesamt 2224 Patienten aus 36 Hausarztpraxen in den alten und neuen Bundesländern befragt. Mittels des aus den Vorstudien entwickelten Fragebogens bewerteten die Patienten die, in den vergangenen 12 Monaten erlebte, hausärztliche Versorgung. Gemäß Studienprotokoll wurde in jeder Praxis eine Vollerhebung über 80 Patienten, in der Reihenfolge ihres Kommens, durchgeführt. Selektiert wurden lediglich Patienten unter 18 Jahren sowie Patienten, die wegen gesundheitlicher oder sprachlicher Probleme nicht in der Lage waren den Fragebogen auszufüllen.

Der Fragebogen umfasste 23 Fragen, die auf einer 5-stufigen Likert-Skala; [1= poor (schlecht) und 5 = excellent (sehr gut)] zu bewerten waren sowie einige soziodemographische Daten.

Für die Beschreibung der Ergebnisse wurde die Prozentzahl derjenigen Patienten zusammengefasst, welche die Kategorien 4 und 5 (gut /sehr gut) angekreuzt hatten.

Zum Themenkomplex "medizinisch-technische Versorgung" gaben die Patienten folgende Bewertung ab [89]:

Tabelle 5: Bewertung der medizinisch- technische Versorgung im EUROPEP

Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt	Skala 4/5
Wie wurde auf vertrauliche Behandlung Ihrer Daten und Unterlagen geachtet?	94 %
Wie gründlich war er?	91 %
Wie hat er Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht (z.B. Vorsorge, Impfung, etc.) ?	85 %
Wie führte er bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?	91 %
Wie hat er Sie darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?	85 %
Hat er Ihre Beschwerden schnell gelindert?	83 %

Zum Themenkomplex "Arzt- Patient- Beziehung" gaben die Patienten folgende Bewertung ab [89]:

Tabelle 6: Bewertung der Arzt- Patient- Beziehung im EUROPEP

Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt	Skala 4/5
Wie hat er Ihnen zugehört?	92 %
Hatte er Interesse an Ihrer persönlichen Situation?	90 %
Hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er Zeit für Sie hat?	90 %
Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?	90 %

Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt	Skala 4/5
Wie leicht hat er es Ihnen gemacht über Probleme zu sprechen?	89 %
Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	89 %
Wie hat er Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung mit einbezogen?	87 %
Wie hat er Ihnen erläutert, wie wichtig es ist, seine Ratschläge zu befolgen?	86 %
Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	85 %
Wie hat er sich erinnert, wie er Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?	85 %
Wie hat er Ihnen geholfen, dass Sie sich gut genug fühlten, um Ihren täglichen Aktivitäten nachzugehen?	88 %

Im Allgemeinen beurteilen Patienten die hausärztliche Versorgungsqualität in Deutschland sehr positiv. Mit Ausnahme des organisatorischen Aspektes "Wartezeiten", wurden alle Items von mehr als 80 % der Befragten mit "sehr gut" oder "gut" bewertet.

Interessanterweise sind die Patienten mit allen Aspekten der "Arzt- Patient- Beziehung" zufrieden. Insgesamt finden ca. 90 % der Befragten, dass ihr Arzt Ihnen zuhört, ausreichend Zeit für sie hat, es Ihnen leicht macht über ihre Probleme zu sprechen und Interesse an ihrer persönlichen Situation hat. Auch im Bereich anderer wichtiger Aspekte, z.B. der Forderung nach Eigenverantwortlichkeit und Partizipation, fühlen sich Patienten ausgezeichnet versorgt. Zudem äußerten 90 % der Befragten sie fühlten sich "sehr gut" oder "gut" über das informiert, was sie über ihre Erkrankung wissen sollten. Ähnlich hoch bewerten Patienten den „Grad ihrer Einbeziehung in medizinische Entscheidungen“, sowie die „Erklärung zum Zweck von Untersuchungen und Behandlungen“. In diesen Punkten waren die Bewertungen durch die Patienten in den verschiedenen europäischen Ländern weitgehend übereinstimmend.

2.1.2.5 Qualität versus Wichtigkeit von Leistungen aus Patientensicht

Die niederländische Arbeitsgruppe von JUNG et al. führte ergänzend zur EUROPEP eine weitere Studie durch, welche die Qualität der erbrachten Leistung in Zusammenhang mit der Wichtigkeit dieser Leistung aus Patientensicht setzte [109].

Hintergrund dieser Studie war die Überlegung, dass ein schlecht bewerteter Versorgungsaspekt, ein geringes Qualitätsproblem darstellt, wenn er von den Patienten als nicht wichtig angesehen wird. Dagegen bietet ein mäßig beurteilter Aspekt, dem die Patienten eine hohe Bedeutung beimessen, ein hohes Reformpotential.

In dieser Studie mussten die befragten Patienten 2 Fragebögen bearbeiten. 23 Items des ersten Fragebogens zur Bewertung wurden der nationalen EUROPEP- Studie entnommen und um weitere 21 Items ergänzt. Die Patienten wurden aufgefordert die 44 Items mit Hilfe einer 5-stufigen Likert-Skala im "evaluation questionnaire" qualitativ zu beurteilen (poor= schlecht; good = gut). Im zweiten Fragebogen wurden die Patienten gebeten die Items mit Hilfe des "preference questionnaire" nach ihrer persönlichen Wichtigkeit einzuordnen. Für beide Aspekte wurde eine Rangfolge errechnet [109].

Tabelle 7: Patientenpräferenzen und Bewertungen - Rangorder (ausgewählte Items)

Der Hausarzt ...	Bewertung (gut)	Wichtigkeit (sehr wichtig)
erklärt Ihnen die Dinge.	7 (73,5)	8 (76,5)
hört Ihnen zu.	8 (73,4)	3 (81,2)
bezieht Sie in Entscheidungen über die medizinische Behandlung ein.	9 (73,1)	10 (72,3)
bietet bei ernsthaften Gesundheitsproblemen schnelle Hilfe.	10 (72,9)	1 (84,5)
erklärt Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen.	11 (72,7)	19 (64,6)
gibt Ihnen die Möglichkeit bei Problemen Fragen zu stellen.	12 (72,3)	16 (68,1)

Der Hausarzt ...	Bewertung (gut)	Wichtigkeit (sehr wichtig)
gibt Ihnen das Gefühl während des Arztbesuchs Zeit für Sie zu haben.	13 (72,0)	4 (80,9)
ordnet Untersuchungen an.	15 (70,8)	6 (79,0)
entscheidet über ihre medikamentöse Behandlung.	17 (70,0)	7 (78,5)
erklärt Ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen.	19 (69,1)	15 (68,5)
bespricht die Überweisung zum Spezialisten mit Ihnen.	20 (69,0)	20 (63,7)
sagt Ihnen alles was sie über Ihre Symptome wissen möchten.	21 (68,2)	17 (67,1)
hat Interesse an Ihrer persönlichen Situation.	24 (66,5)	25 (54,4)
überweist Sie (zu einem Spezialisten/ Krankenhaus).	26 (65,2)	2 (83,2)
hilft Ihnen die Wichtigkeit seiner Ratschläge zu verstehen.	27 (65,1)	28 (52,9)
macht es Ihnen leicht über Ihre Probleme zu sprechen.	29 (63,6)	14 (69,1)
hilft Ihnen bei ihren Beschwerden.	30 (61,2)	13 (70,0)
bereitet sie darauf vor, was Sie beim Spezialisten/ im Krankenhaus erwartet.	37 (54,5)	35 (47,0)
erklärt Ihnen, was zu tun ist, wenn Sie sich nicht besser fühlen.	39 (53,4)	11 (72,2)
ist informiert, was andere Ärzte mit mir besprochen/ bei mir durchgeführt haben.	41 (50,0)	26 (54,4)
Rang (%-Angabe)		

Diese Teilstudie zeigte welche Aspekte der Arzt- Patient- Beziehung die Patienten als wichtig einschätzten. Die meisten Bereiche der Arzt – Patient –Beziehung, wie, „Erklärt Ihnen die Dinge“, „Hört Ihnen zu“, „Bezieht sie in Entscheidungen über die medizinische

Behandlung ein“, „Erklärt Ihnen die Ergebnisse von Untersuchungen“, „Bespricht die Überweisung zum Spezialisten mit Ihnen“, „Sagt Ihnen alles was Sie über ihre Symptome wissen möchten“ zeigen eine gute Übereinstimmung zwischen der Einschätzung der Wichtigkeit des Aspekts und der Zufriedenheit mit der Durchführung der entsprechenden Leistung.

Die Punkte, die sich auf die Koordination der Behandlung beziehen, wurden zwar schlechter bewertet, sind aus Patientensicht in dieser Studie aber auch nicht besonders wichtig und stellen somit ein untergeordnetes Qualitätsproblem dar. Dagegen wurden folgende Bereiche, die aus Patientensicht einen hohen Stellenwert haben, schlecht bewertet: „Überweist Sie (zu einem Spezialisten/ Krankenhaus)“, „Macht es Ihnen leicht über Probleme zu sprechen“, „ Hilft Ihnen bei Beschwerden“, „Erklärt Ihnen was zu tun ist, wenn Sie sich nicht besser fühlen“.

2.1.2.6 Patientenzufriedenheit in einem Versorgungsnetzwerk

Im Rahmen eines regionalen Versorgungsprojektes der "Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried" wurde von der Arbeitsgruppe um SZECSÉNYI et al. (AQUA - Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH) [91], eine Befragung der in diesem Netz versorgten Patienten durchgeführt. Die Patienten wurden gebeten, die Versorgung zu ausgewählten Aspekten mit Hilfe eines Fragebogens zu bewerten.

Die Fragestellung lautete: Wie bewerten Patienten die Gesundheitsversorgung im Ried? Wo wünschen sie Verbesserungen? Der Fragebogen umfasste 44 standardisierte Items, 7 offene Fragen sowie 8 Fragen zu soziodemographischen Merkmalen. Die Methodik der Studie wurde an das europäische Projekt "EUROPEP" [89,92,93] angelehnt. Insgesamt beantworteten 304 Patienten aus 15 Arztpraxen den Fragebogen.

Die Umfrage bei den Patienten im Ried bestätigte die Ergebnisse der EUROPEP übertragen auf eine ländlichen Region in Deutschland. Die Gesamtzufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung im Ried war vergleichbar mit den Ergebnissen der EUROPEP. 93 % der Befragten zeigten sich nach eigener Angabe "sehr zufrieden" (53,7 %) oder "zufrieden" (39,3 %).

Einzelne Aspekte der Versorgung wurden im Ried wie folgt bewertet:

Tabelle 8: Patientenzufriedenheit im Ried

	%- Angabe "ja"/ "eher ja"
Arzt-Patient-Beziehung	
Mein Hausarzt ...	
beantwortet meine Fragen offen und ehrlich.	97,0
ist freundlich.	96,4
ist fachlich gut informiert.	96,4
ist sorgfältig genug.	94,1
versteh mich.	92,3
nimmt meine Probleme ernst.	91,4
ermöglicht mir ausreichend über meine Probleme zu sprechen.	90,6
ist schnell zu Hilfe, wenn ich ihn brauche.	89,3
nimmt sich ausreichend Zeit für mich.	88,6
erklärt Untersuchung, Krankheit und Behandlung verständlich.	86,7
untersucht mich gründlich genug.	86,3
geht ausreichend auf meine Wünsche und Vorstellungen ein.	82,3
überweist bei Unklarheit rechtzeitig zu einem anderen Arzt.	91,1
bespricht ausreichend, ob/ warum eine Überweisung notwendig ist.	89,6
ist über Untersuchungsergebnisse vom anderen Arzt gut informiert.	92,8
bespricht Untersuchungsergebnisse vom anderen Arzt gründlich genug mit mir.	81,6

Auch in dieser Studie war die pauschale Zufriedenheit der teilnehmenden Patienten sehr hoch. Im Vergleich zur extrem positiven Beurteilung der meisten Aspekte wurden folgende Fragen etwas zurückhaltender bewertet. So liegt die Beurteilung des Items "... geht ausreichend auf meine Vorstellungen und Wünsche ein" an vorletzter Stelle der

Gesamtbewertung, die Frage nach der Zusammenarbeit „...bespricht Untersuchungsergebnisse vom anderen Arzt gründlich genug mit mir“ wird sogar noch schlechter bewertet.

2.1.2.7 Handlungserwartungen an den Arzt

DONNER-BANZHOF et al. [96] untersuchten 1994 in zehn hausärztlichen Praxen die "Handlungserwartungen" von Patienten an einen anstehenden Hausarztbesuch. Im Rahmen der Studie wurde bei 200 Patienten die Übereinstimmung zwischen der genannten Erwartung und der Wahrnehmung durch den behandelnden Arzt verglichen.

Die meisten Nennungen seitens der Patienten entfielen auf Erwartungen bezüglich der Vermittlung von Aufklärung und Information. Auch an die Vermittlung von Aspekten der Autonomie, wie z.B. „Hinweise zur Selbstbehandlung“ sowie „Rat zur Lebensführung“ wurden von Patientenseite hohe Erwartungen gesetzt.

Die Übereinstimmung wurde mit der k_2 -Statistik dargestellt. k_2 (kappa) kann hierbei Werte zwischen +1 und -1 annehmen, wobei +1 vollständige Übereinstimmung bedeutet und bei -1 sämtliche Urteile jeweils entgegengesetzt sind.

Bei einer Untergruppenanalyse nach Geschlecht, Alter, Schulbildung und Versicherungsstatus zeigte sich folgende Verteilung der Handlungserwartungen in Übereinstimmung mit der Wahrnehmung des behandelnden Arztes:

Tabelle 9: Handlungserwartungen der Patienten und Übereinstimmung mit dem Arzt

	n = 200	schulmedizinische Behandlung		Tipps für Selbstbehandlung		Aufklärung und Beratung	
		erwartet (in %)	k_2	erwartet (in %)	k_2	erwartet (in %)	k_2
Geschlecht							
Männlich	114	40	0,35	48	0,08	70	0,21
weiblich	86	40	0,44	49	0,1	71	0,19

	n = 200	schulmedizinische Behandlung		Tipps für Selbstbehandlung		Aufklärung und Beratung	
		erwartet (in %)	k ₂	erwartet (in %)	k ₂	erwartet (in %)	k ₂
Alter							
< 50 J.	100	31	0,32	62	0,09	73	0,15
> 50 J.	100	49	0,42	35	0,08	68	0,27
Schulbildung							
keine/ Hauptschule	134	41	0,45	43	0,13	69	0,19
Realschule/ Abi	66	38	0,27	59	0,00	73	0,23
k ₂ : Übereinstimmung zw. Patientenerwartung und Arztwahrnehmung							

Ähnlich wie die Vorstudien zur EUROPEP zeigte diese Untersuchung bei Items die sich auf die kommunikative bzw. psychosoziale Dimension beziehen niedrige Übereinstimmungswerte. Die höchsten Übereinstimmungen fanden sich im Bereich der medizinisch-kurativen Aspekte. Die geringste Übereinstimmungen wiesen die Bereiche der Patientenautonomie auf .

Die Untergruppenanalyse bestätigt das Ergebnis der EUROPEP- Vorstudie. Ältere Patienten haben signifikant geringere Erwartungen bezüglich der Vermittlung von Autonomie und höhere Erwartungen, was die Verschreibung von schulmedizinischen Medikamenten betrifft. Auch der Wunsch nach Aufklärung ist bei älteren Patienten nicht so stark ausgeprägt, wie bei jüngeren Patienten.

2.1.2.8 Zusammenfassung Patientenerwartungen

Alle hier aufgeführten Untersuchungen im ambulanten Bereich weisen eine sehr hohe Zufriedenheit mit dem Arzt und der Behandlung auf. Dies wurde auch durch eine Anzahl weiterer Untersuchungen bestätigt [87, 99, 101,103,105]. Neben der „Notfallfunktion“ des behandelnden Arztes werden besonders die hohen Erwartungen an das Vertrauensverhältnis in der Arzt- Patient- Beziehung sowie der Wunsch nach Aufklärung deutlich. Darüber hinaus ist festzuhalten, dass den Aspekten der Patientensouveränität

als Indikator für die Zufriedenheit mit der Versorgung eine eher untergeordnete Bedeutung beigemessen wird.

Im Zusammenhang mit der Bewertung von Gesundheitsleistungen durch Patienten stellt sich die Frage, inwieweit diese tatsächlich in der Lage sind, die Qualität einer medizinischen Leistung differenziert zu beurteilen. Der hohe Grad an Zufriedenheit mit der Aufklärung und Informationsvermittlung durch den behandelnden Arzt muss vor dem Hintergrund einer eingeschränkten Patientenperspektive betrachtet werden. So wird in einigen Studien in Frage gestellt, ob Patienten in der Lage sind zwischen den interpersonellen und technischen Aspekten der Versorgung zu unterscheiden. Diese Studien stellen die Behauptung auf, dass Patienten nicht in der Lage sind die technische bzw. medizinische Kompetenz eines Arztes zu beurteilen. Die Bewertungen der medizinischen Versorgungsqualität durch Patienten basieren, infolge dieser Veröffentlichungen, auf den affektiven, also zwischenmenschlichen Leistungen (Körpersprache, Verständnis, Freundlichkeit, Unterstützung, Gesprächsführung, etc.), des behandelnden Arztes [98].

Die Frage nach den Bewertungsmaßstäben von Patienten behandelt auch AUST in einer kritischen Diskussion über Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung [87]. AUST diskutiert, ob aus Patientensicht z.B. "... ein großer Einsatz von technischen Apparaten eine gründlichere Untersuchung darstellt". Als weiteren Aspekt nennt Sie den Zeitfaktor: "... durch die Unfähigkeit der Patienten die Qualität der Behandlung beurteilen zu können werde ersatzweise die Dauer der Behandlung bewertet...". In diesem Zusammenhang spielt das Ausmaß der Kommunikation eine wichtige Rolle, welches sich in vielen Untersuchungen als ausschlaggebend für die Beurteilung der ärztlichen Betreuung gezeigt hat.

Eine Infasumfrage zur Identifizierung von Bewertungsmaßstäben der Patienten verglich die Arztbeurteilungen der zufriedenen mit denjenigen der unzufriedenen Patienten. Diese Untersuchung fand heraus, dass das Vertrauensverhältnis zum Arzt bei den unzufriedenen Patienten in erheblichem Maß gestört zu sein schien [87]. Möglicherweise führt ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient zu einer negativen Bewertung auch in anderen Bereichen der Versorgung.

Es gibt darüber hinaus noch weitere Einflussfaktoren auf die Zufriedenheit im Gesundheitsbereich. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Sozialschicht, das Alter und der Gesundheitszustand des Patienten. So ist die Zufriedenheit mit der Versorgung i.d.R. umso höher, je größer der soziale Abstand zum Arzt ist. Jüngere Patienten und Patienten mit höherem Bildungsniveau äußern sich deutlich kritischer als ältere sowie Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau. Der Gesundheitszustand der Befragten ist ein weiterer wesentlicher Faktor für die Zufriedenheit. Patienten, die ihre Gesundheit als "poor" einschätzten waren doppelt so oft unzufrieden mit verschiedenen Aspekten der Versorgung, wie Patienten die ihren Gesundheitszustand als "excellent" beschrieben [87,106].

Die dargestellten Aspekte machen deutlich, dass die Auswertung von Zufriedenheitsuntersuchungen nicht unproblematisch ist. Hohe Zufriedenheitswerte sind nicht gleichzeitig mit der Abwesenheit negativer Erfahrungen gleichzusetzen. Bei der Zufriedenheit mit der gesundheitlichen Versorgung durch den Arzt handelt es sich um ein komplexes Konstrukt, welches von verschiedensten Faktoren abhängig ist (Rollenverteilung, Sozialstatus, Gesundheitszustand, etc.). Das Phänomen besonders positiver Bewertungen ist auch aus anderen Bereichen der sozialwissenschaftlichen Zufriedenheitsforschung, wie z.B. allgemeine Lebenszufriedenheit, Zufriedenheit mit der Arbeit, etc. bekannt [87,97,100]. Aufgrund dieses Phänomens schlägt RASPE [87] vor, Ergebnisse von Zufriedenheitsuntersuchungen die unter 75 % liegen, als "erhebliches Konfliktpotential" zu werten. Er begründet diese Stellungnahme damit, dass es aus seiner Sicht beträchtlicher Unzufriedenheit bedürfe, um die soziale Erwünschtheit der Zufriedenheit zu überwinden.

In bezug auf die vorliegende Untersuchung ist an dieser Stelle hervorzuheben, dass alle vorgestellten Studien die Erfahrungen und Wünsche von allgemeinen Patientenkollektiven abbilden. Die Arbeitsbeziehung zum behandelnden Arzt formiert sich bei diesem „Durchschnittspatientenkollektiv“ in der Regel nur kurzfristig und vor dem Hintergrund einer akuten Krankheitssituation. Über die Erwartungen und Wünsche von Patienten in langfristigen Arbeitsverhältnissen, wie z.B. bei einer chronischen Erkrankung, konnten im Rahmen einer ausführlicher Literaturrecherche für Deutschland keine Studienergebnisse gefunden werden. Bei der vorliegenden Untersuchung handelt es sich um eine der ersten wissenschaftlichen Arbeiten, die den Versuch unternimmt, die Anforderungen an die Arzt-

Patient- Beziehung in langfristigen Arbeitsverhältnissen, also bei chronisch kranken Patienten, zu untersuchen.

2.2 Die Arzt-Patient- Beziehung im Gesundheitsprozess

2.2.1 Die Rolle des Arztes

Im gesellschaftlichen Kontext hat jedes Individuum, entsprechend seiner Stellung im Gesellschaftsgefüge, bestimmte Verhaltenserwartungen zu erfüllen. Bezogen auf den Gesundheitsprozess gibt es sowohl klassische Merkmale der Arztrolle als auch der Rolle des Kranken. Für die westlichen Industriegesellschaften hat der amerikanische Soziologe Parsons eine Zusammenstellung der allgemeinen Merkmale der Arztrolle vorgenommen. Er beschreibt folgende fünf gesellschaftliche Rollenerwartungen an den Arzt [68,69,70,71,72]:

- **Universale Hilfsbereitschaft:** Ein Arzt muss jedem Kranken unabhängig von dessen Geschlecht, Alter, Religion, Rasse und sozialen Status bezüglich seiner Gesundheit oder Krankheit uneingeschränkt Hilfe leisten.
 - **Affektive Neutralität:** Persönliche Zuneigungen und Abneigungen von Seiten des Arztes dürfen bei der Diagnose und Behandlung von Krankheiten keine Rolle spielen. Dies soll jedoch nicht bedeuten, dass der Arzt ohne Anteilnahme mit dem Patienten umgehen soll. Der Arzt soll sich jedoch auf seine Expertenrolle beschränken und andere Motivationen zurückdrängen (z.B. persönliches Machtstreben, Vorurteile, sexuelle Regungen).
 - **Funktionale Spezifität:** Das ärztliche Handeln muss sich auf die Diagnose und Therapie von Krankheiten beschränken. Es soll innerhalb der ihm zugewiesenen Grenzen bleiben und zugleich gegenüber den Patienten und den Berufskollegen berechenbar sein.
 - **Uneigennützigkeit:** Das Ziel ärztlichen Handelns ist das Wohl des Patienten; eigennützige Beweggründe dürfen bei der Diagnose und Therapie keine Rolle spielen.
-

- **Fachliche Kompetenz:** Ein Arzt muss Kompetenz und Wissen erwerben, die ihn befähigen, seine Aufgabe optimal zu erfüllen. Er muss seine Möglichkeiten und Grenzen kennen und bei Überforderung kompetente Fachkollegen beteiligen.

Die Rollenerwartungen von Parsons beschreiben den normativen Charakter der formellen (positionsspezifischen) sozialen Rolle des Arztes. Das Genfer Ärztegelöbnis des Weltärztebundes stellt das ärztliche Handeln in eine der Gesellschaft und dem individuellen kranken Menschen verpflichtenden Rahmen. In Anlehnung an den Eid des Hippokrates wird ärztliche Ethik folgendermaßen definiert: Ärztliches Handeln hat dem Wohle des Patienten zu dienen, die Würde des Menschen zu beachten, das Abwenden von Schaden und die Erhaltung des Lebens zu bewirken und die Vertrauenswürdigkeit des Arztes zu erhalten.

Nach diesen ethisch-normativen Aspekten beschränkt sich die Rolle des Arztes ausschließlich auf die medizinische Intervention. Diese Definition vernachlässigt jedoch die Bedeutung personenbezogener Erwartungen an den Arzt sowie seine persönlichen Motive und Einstellungen. Die "informelle" Rolle des Arztes bezieht sich auf diese Aspekte der Arztrolle. Im Kontext der "informellen" Rolle finden die entscheidenden Prozesse der Interaktion und Kommunikation statt, welche das Verhältnis von Arzt und Patient nachhaltig beeinflussen. Hier entstehen Nähe oder Distanz, Vertrauen oder Ablehnung, Partnerschaft oder Idealisierung.

2.2.2 Die Rolle des Patienten

Die soziale Identität, d.h. das Bewusstsein, einen Platz im gesellschaftlichen Gefüge einzunehmen, wird durch die soziale Interaktion des Menschen geprägt. Durch unterbewusst ablaufende alltägliche Prozesse und Interaktionen bestätigen Menschen sich wechselseitig ihrer sozialen Identität. Im Erwachsenenalter entstehen Krisen dieser Identität typischerweise durch Unterbrechung bis dato gegebener Rollenerwartungen, wie sie beispielsweise durch Arbeitslosigkeit, Scheidung oder plötzliche Krankheit hervorgerufen werden. Da der Körper Träger und Vermittler, von Beziehungen der Person, zur gesellschaftlichen Mitwelt ist, kommt ihm in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu. Wird er durch eine Erkrankung massiv gestört, werden auch die mit ihm verbundenen sozialen Gegebenheiten erschüttert.

Patienten befinden sich daher häufig in einem Zustand seelischer und sozialer Labilität und sind in sozialen Interaktionen in besonderem Maße verunsichert und empfindsam [73]. Nach Parsons besteht das wichtigste Rollenmerkmal des Kranken in seiner Befreiung von normalen Rollenverpflichtungen. Die Krankheit wird als eine Beeinträchtigung der normalen Rollenausübung definiert, für die der Kranke nicht verantwortlich ist. Für den Kranken besteht, nach Parsons, der Wunsch und die Verpflichtung zur Genesung. Er muss mit den Institutionen des Gesundheitssystems kooperieren [68].

Die Auseinandersetzung des Patienten mit seiner Krankheit, von der Wahrnehmung erster Krankheitssymptome bis zur Entscheidung über eine aktive oder passive Therapiemitarbeit, umfasst verschiedene Stadien der Verarbeitung (modifiziert nach Scharloo & Kaptein 1997).

In der Phase der Krankheitsmanifestation, also vor dem ersten Kontakt mit dem Arzt, durchläuft der Patient folgende Informationsverarbeitungsprozesse [74]:

- **Identifizierung des gesundheitlichen Problems:** zunächst müssen die Symptome vom Patienten wahrgenommen und als Krankheitsanzeichen interpretiert werden.
 - **Selbstdiagnose und Krankheitsakzeptanz:** das Gesundheitsproblem wird subjektiv definiert, indem es anhand von Krankheitsmerkmalen oder Einzelsymptomen beschrieben wird. Dabei ist entscheidend, ob die Person ihre Erkrankung als solche anerkennt oder zu Verleugnung und Bagatellisierung neigt.
 - **Ursachenattribution:** der Patient stellt Annahmen über die Ursachen (z.B. Genetik), Gründe (z.B. Bestrafung) oder Bedingungen (z.B. Umweltverschmutzung) seiner Erkrankung auf.
 - **Konsequenz-Erwartungen:** der Patient entwickelt Vorstellungen und Erwartungen über die Konsequenzen der Krankheit für sein Leben.
 - **Verlaufserwartungen:** der Patient versucht die Dauer, den charakteristischen Verlauf oder die Zyklen der Symptomveränderungen einzuschätzen.
-

- **Kontrollierbarkeit:** der Patient entwickelt Überzeugungen über die generelle Beeinflussbarkeit des Krankheitsgeschehens, seiner Einflussmöglichkeiten und der Effektivität von Behandlungsalternativen.

Vor diesem Hintergrund findet ein Bewertungsprozess durch den Patienten statt, der die eigenen Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Bewältigung der Erkrankung in Bezug setzt zum subjektiven Grad der Bedrohlichkeit und der emotionalen Belastung durch das Krankheitsereignis. Ob der Patient sich für die Inanspruchnahme professioneller Hilfe entscheidet oder zunächst einen Selbstbehandlungsversuch unternimmt ist abhängig vom Resultat oben erwähnter Bewertung. Ist ein durchgeführter Selbstbehandlungsversuch nicht erfolgreich, kommt es zu einer erneuten Bewertung und Entscheidung über weitere Schritte.

Alle Aktivitäten im Vorfeld der Arztkonsultation bestimmen wesentlich die Bereitschaft des Patienten zur Zusammenarbeit mit dem medizinischen Experten. Die Auseinandersetzung mit der eigentlichen Diagnose und den Therapievorschlügen des Arztes findet vor dem Hintergrund eines fortgeschrittenen Verarbeitungsprozesses statt. Der Patient verfügt zu diesem Zeitpunkt schon über eigene Krankheitsvorstellungen und Therapiekonzepte. Entscheidend für die Therapiemitarbeit ist der Grad der Übereinstimmung zwischen den Vorstellungen "im Kopf des Patienten" und den Erklärungs- und Behandlungsmodellen des Arztes [71,74].

2.2.3 Die Interaktion zwischen Arzt und Patient

Der Begriff Interaktion ist definiert als "die wechselseitige Beeinflussung von Individuen innerhalb von und zwischen Gruppen und die dadurch entstehenden Änderungen des Verhaltens oder der Einstellungen, Meinungen, etc." [75]. Interaktionen sind zirkuläre Prozesse, das bedeutet, das Verhalten von Mensch A ist Reaktion auf das Verhalten von Mensch B, und gleichzeitig wiederum Aktion für Mensch B. Mensch A und Mensch B befinden sich in einem Prozess gegenseitiger Beeinflussung.

Die Zirkularität dieses Prozesses ist auch in der Arzt- Patient- Interaktion gegeben. Von besonderer Bedeutung für diese Interaktion ist die Problematik der sozialen Distanz und Asymmetrie dieses Beziehungsgeflechts.

Aus folgenden Gründen ist zwischen Arzt und Patient (im Allgemeinen) eine deutliche soziale Distanz und daraus folgend eine Asymmetrie der Interaktion zu erwarten [73]:

- Es besteht ein **Gefälle der Kompetenz** und des Wissens zwischen dem Experten einerseits und dem Laien andererseits.
- Der Patient tritt als Hilfesuchender, d.h. in spezifisch abhängiger Form dem Arzt gegenüber. In diesem Interaktionsprozess findet die **Involvierung der Partner vor einem unterschiedlichen Hintergrund** statt: der Arzt handelt in einer Situation beruflicher Routine, für den akut erkrankten Patienten kann die Konfrontation mit dem Arzt ein einschneidendes Ereignis darstellen, welches seine Lebensperspektive vollkommen verändert.
- Ärztliches Handeln ist mit **Entscheidungsmacht** ausgestattet, die in die Patientenbiographie deutlich eingreifen kann.
- **Soziokulturelle Unterschiede** der Herkunft und des Lebensstils verstärken die genannten Distanzeffekte.

2.2.3.1 Modelle zur therapeutischen Beziehung

Vor dem Hintergrund des o.g. Ungleichgewichtes gibt es verschiedene Vorstellungen und Konzepte darüber, wie professionelles Handeln zwischen Arzt und Patient gestaltet sein sollte. In der internationalen Diskussion werden folgende theoretische Modelle zur therapeutischen Beziehung am häufigsten genannten [133,134,135]:

- das „Paternalistic Model“,
- das „Consumerist Model“ sowie
- das „Shared Decision-Making Model“.

In seiner „reinen“ Erscheinungsform entspricht das „Paternalistic Model“ dem weiter unten erläuterten „Compliance-Modell“. Die Entscheidungsgewalt über die Behandlung liegt bei diesem Modell vollständig in der Hand des Arztes. Als Gegenpol dazu sieht das „Consumerist Model“ die Entscheidungsgewalt vollständig in der Hand des Patienten. Die

Rolle des Arztes beschränkt sich darauf, dem Patienten die notwendigen Informationen über die Vorteile und Risiken verschiedener Behandlungsoptionen zu vermitteln. Der Arzt führt dann die vom Patienten gewählte Behandlung durch. Im Unterschied zum „Consumerist Model“ findet im Rahmen des „Shared Decision-Making Model“ eine wechselseitige Interaktion zwischen Arzt und Patient statt, in der Arzt und Patient alle Stadien des Entscheidungsprozesses teilen. Dieses Modell berücksichtigt sowohl die Patientenwünsche und -bedürfnisse, als auch die Empfehlungen /Erfahrungen des Arztes. Die Entscheidung über die endgültige Behandlungsform findet nach Austausch der gegenseitigen Behandlungspräferenzen im Konsens zwischen Arzt und Patient statt.

Die folgende Tabelle fasst die Charakteristika der „Models of decision making about treatment“ nochmals zusammen [aus 133]:

Analytical Stages		Paternalistic Model	Shared Model	Consumerist Model
Information exchange	Flow	One way (largely)	Two way	One way (largely)
	Direction	Doctor → Patient	Doctor ↔ Patient	Doctor ← Patient
	Type	Medical	Medical and personal	Medical
	Minimum amount	Legal requirement	Anything relevant for decision making	Anything relevant for decision making
Deliberation		Doctor alone or with other doctors	Doctor and patient (plus potential others)	Patient (plus potential others)
Who decides what treatment to implement?		Doctors	Doctor and patient	Patient

Für den deutschen Gesundheitsbereich beschränkt sich die Leitbilddebatte zur therapeutischen Beziehung auf den paternalistischen "Compliance- Ansatz", sowie den liberalen "Selbstmanagement- bzw. Empowerment- Ansatz". Um Klarheit über die Begrifflichkeit der deutschen Leitbilder zu vermitteln, folgt an dieser Stelle eine kurze Abhandlung dieser Konzepte.

Das paternalistische Compliance- Modell [63,64,65,67,68,70,71,76,136,151]

Bei der Definition von Compliance wird häufig auf den Vorschlag von Haynes [63] verwiesen, nach dem Compliance als "...the extent to which a person`s behaviour coincides with medical or health advice" beschrieben wird. Diese Begriffsbestimmung setzt die ärztliche Anweisung einem "golden standard" gleich, anhand dessen das Verhalten des Patienten in compliant oder non-compliant eingeteilt wird. Der Arzt handelt an dem ihm anvertrauten Patienten entlang seines professionellen Wissens und Gewissens. Die Kooperation bei dieser Form der therapeutischen Beziehung drückt sich in diesem Zusammenhang in der Folgebereitschaft des Patienten aus. Seitens des Arztes sind Techniken der Überredung und des Vertrauensgewinns, durch Demonstration der eigenen Kompetenz, von zentraler Bedeutung. Klaus Dörner charakterisiert die paternalistische Haltung mit den Worten: „Ich als Arzt- Subjekt unterwerfe Dich mir und mache Dich zu meinem Patienten- Objekt, da Du auf diese Weise am schnellsten wieder Subjekt werden kannst.“ [136]. Fehlende oder mangelhafte Mitarbeit bzw. Compliance wird als alleiniges Verschulden des Patienten beurteilt.

Im Rahmen der aktuellen Vorstellungen eines "modernen, professionellen Leitbildes" birgt dieses klassische Leitbild folgende Kritikpunkte:

- Das Konzept vernachlässigt, dass unter dem Begriff Non- Compliance multifaktorielle Prozesse und Faktoren zusammengefasst sind, deren Komplexität diese einseitige Definition nicht gerecht werden kann. So ist es beispielsweise möglich, dass ärztliche Anweisungen von Patienten nicht verstanden werden, so dass nach dieser Definition fehlendes Verständnis mit Non- Compliance gleichgesetzt wird.
-

- Hinter der Compliance- Definition steht ein Menschenbild, welches den Patienten zu einem unmündigen und passiven Wesen abstempelt, dem die Realität des eigenverantwortlich handelnden Individuums entgegensteht.
- Die Behandlungsmotivation ist, wie oben beschrieben, abhängig von einem vielschichtigen Prozess von Variablen, wie dem Wissen des Betroffenen, der subjektiven Wahrnehmung und Interpretation von Symptomen, dem subjektiven Krankheitskonzept sowie der Interaktion mit dem persönlichen Umfeld und dem behandelnden Arzt.
- Dem Compliance- Ansatz liegt die Annahme zugrunde, dass Arzt und Patient die gleichen Präferenzen haben. Tatsächlich aber sind die Rolle, und damit die Aufgaben und die Anforderungen an Arzt und Patient sehr unterschiedlich. Beide, Arzt und Patient, führen eine Kosten-Nutzen-Abwägung durch. Die "rationale" ärztliche Abwägung umfasst dabei Überlegungen zur Diagnose, Behandlung und zur Bewertung des Behandlungserfolges, die "emotionale" Patientenperspektive umfasst dagegen Ängste, Wünsche, Hoffnungen und Forderungen [64]. Die subjektive Sicht des Patienten und dessen Präferenzen müssen berücksichtigt werden, um Wirksamkeitsmängel der medizinischen Intervention zu vermeiden. Gerade bei chronischen Erkrankungen wird der erforderliche eigene Aktivitätsaufwand in einer Kosten-Nutzen-Abwägung häufig negativ bilanziert. Die höchsten Raten von Non- Compliance finden sich bei Patienten mit Asthma, Diabetes, Hypertonie und Rheuma. Dies ist besonders dann der Fall, wenn die Krankheitskonzepte der Patienten, also ihre Vorstellung über Ursachen, Verlauf, Prognose und Behandlung deutlich von dem medizinisch-wissenschaftlichen Konzept abweichen [65].

Trotz der zahlreichen Kritikpunkte an diesem Leitbild ist positiv anzumerken, dass das Modell dem Wunsch des Kranken nach Fürsorglichkeit und Zuwendung (Regressionsneigung) Rechnung trägt. Darüber hinaus wird es immer Patienten geben, die nicht dazu in der Lage sind, die im Rahmen anderer Konzepte geforderte Kompetenz und Mündigkeit zu erlangen bzw. diese schon verloren haben („jung und desozialisiert“, „alt und verwirrt“).

Außerdem kann die paternalistische Haltung situationsbedingt ausreichend und von den Beteiligten gewünscht sein, nämlich dann, wenn es sich um eine klar umrissene akutmedizinische Indikation handelt, welche durch die medizinische Intervention beseitigt werden kann. Für die Behandlung, z. B. einer Erkältung, ist die Involvierung des Patienten auf allen Ebenen des Entscheidungsprozesses möglicherweise übertrieben und wird weder erwartet noch gewünscht. Dieses Argument wird auch durch die hohe Prozentzahl der in Kapitel 1 vorgestellten Zufriedenheitsuntersuchungen gestützt. Ähnliches gilt für diejenigen Akuterkrankungen, welche tatsächlich nach dem Modell der „Autoreparaturwerkstatt“ behandelbar sind, ohne dass Arzt und Patient darüber hinausgehende Erwartungen haben, weil nach Beseitigung der „Störung“ die alte Ordnung des Patienten, also seine Gesundheit, wieder hergestellt ist.

Das liberale Leitbild: Selbstmanagement bzw. Empowerment

[67,68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75,136]

Das neuere, und derzeit gewünschte, Leitbild in der deutschen Gesundheitsdiskussion sieht eine stärkere Betonung der Eigenverantwortlichkeit des Patienten und eine neue Rollenaufteilung zwischen Arzt/Therapeut und Patient vor. Die Interaktion findet in einem egalitär auszuhandelnden Prozess zwischen weitgehend autonomen Personen statt. An die Stelle des unmündigen und passiven Patienten tritt der aufgeklärte, mit Anspruchs- und Schutzrechten ausgestattete Klient. Diese Haltung ist besonders bei chronischen, schwierigen und die Person des Patienten betreffenden Erkrankungen anzustreben, bei denen die „alte Ordnung“ reproduktiv nicht wieder herstellbar ist. Ziel einer Interaktion nach diesem Modell ist es, den Patienten – durch Reflexion der Krankheitsbedeutung - zu einer neuen, der Situation angemessenen, Ordnung zu führen.

Dieses Leitbild wird als Selbstmanagement bzw. Empowerment definiert und im folgenden näher erläutert.

Selbstmanagement bedeutet, den Patienten durch klare Aufklärungsinformation und die Vermittlung konkreter Erfahrungen in die Position zu versetzen, mit "selbstgewählten" Zielen zu einer verbesserten Krankheitsbewältigung zu gelangen. Strategien zur Erlangung dieser Patientenautonomie müssen also insbesondere darauf abzielen, die Kompetenzen, die Selbstwirksamkeit und die Eigenverantwortlichkeit, im Kontext der

Erkrankung, bei den Patienten zu maximieren. Dieser Ansatz beruht auf einer gelungenen Kooperation zwischen Arzt und Patient auf der Basis einer vertrauensvollen Beziehung, welche die eigenverantwortliche Teilhabe des Patienten an der Planung und Realisierung der Therapiemaßnahmen einschließt („informed consent“).

Patientenautonomie stellt hohe Ansprüche an die Befähigung des Patienten zur Mitentscheidung im Behandlungsgeschehen. Hierzu benötigt der Patient [37]:

- Informationen, die er selbst als notwendig erachtet, um bei den Entscheidungen mitzuwirken ("Welchen Nutzen und welche Risiken sehe ich in meiner persönlichen Situation bei einer Entscheidung für Vorgehen A statt B),
- ein ausreichendes Verständnis der überantworteten Informationen und die Fähigkeit sie auf die eigene Situation anzuwenden,
- ausreichende Möglichkeiten und Fähigkeiten zur Mitentscheidung bzw. zur partnerschaftlichen Aushandlung der Therapiemaßnahmen mit dem Arzt.

Des Weiteren stellt die kommunikative Kompetenz des Arztes eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau und die Aufrechterhaltung eines gleichberechtigt vertrauensvollen Arzt- Patienten- Verhältnisses dar.

Folgende Aspekte müssen seitens des Arztes gewährleistet sein, um die Asymmetrie der Beziehung aufzulösen und ein patientenzentriertes, partnerschaftliches Verhältnis herzustellen:

- Schaffung einer vertrauensvollen Kommunikationssituation, die dadurch gekennzeichnet ist, dass der Arzt einfühlsam bei Problemen nachfragt und in seinen Handlungen für den Patienten durchschaubar sind.
 - Das Bemühen des Arztes das Krankheitskonzept (Patientensicht) zu erfahren und angemessen darauf einzugehen.
 - Die schrittweise Annäherung der Patientensicht an die Erkenntnisse der Schulmedizin.
-

-
- Der Arzt gibt dem Patienten differenzierte Rückmeldung bei krankheits- und behandlungsbezogenen Problemen und Ängsten.
 - Der Arzt baut einfühlsam unrealistische Erfolgserwartungen im Kontext der Behandlung ab.
 - In therapiebegleitenden Patientengesprächen sollte sich der Arzt um ein angemessenes Risikobewusstsein für den Krankheitsverlauf bemühen.
 - Treten massiver werdende Symptome im Krankheitsverlauf auf, sollte der Arzt dem Patienten wahrheitsgemäße Informationen vermitteln, damit dieser solche Veränderungen einordnen kann.
 - Da kein Patient immer compliant sein kann, sollte zwischen dem behandelnden Arzt und dem Patienten eine verbindliche Vereinbarung darüber getroffen werden, dass es dem Patienten, ohne Gesichtsverlust, erlaubt ist seine Non-Compliance mitzuteilen.

In der Alltagspraxis bestehen jedoch erhebliche kommunikative Defizite von ärztlicher Seite. Eine Studie der Universität Göttingen hat gezeigt, dass es im Verlauf des Studiums ‚analog zur Zunahme des „biologischen Wissens“, zu einem Verlust an kommunikativer und psychosozialer Kompetenz kommt [140].

Trotz der Aktualität, und vielfach diskutierten „Erwünschtheit“, ist auch dieses Leitbild nicht kritiklos hinzunehmen [67,136,138]:

- Patientenautonomie als verallgemeinerte Forderung missachtet den Status derjenigen Patienten, die mehr als andere abhängig von Hilfe sind, sei es weil sie zu jung bzw. alt, krank oder aus sonstigen Gründen nicht in der Lage sind der geforderten Autonomie gerecht zu werden.
 - Das partnerschaftliche Arbeitsbündnis auf der Basis des „informed consent“ wird in der Realität häufig nur auf einer formalen und rhetorischen Ebene umgesetzt („man tut so als ob...“). Auf der inhaltlichen Ebene entscheidet letztendlich, wie auch beim paternalistischen Ansatz, der Arzt.
-

-
- Das Modell geht von einer nicht existenten Interessengleichheit der beteiligten Partner aus. Diese bewirkt per Definition, dass beide Partner im Verlauf einer konsensorientierten, kommunikativen Interaktion Beiträge dazu leisten, das zu lösende Problem– die Krankheit- zu bewältigen. Vor dem Hintergrund gegebener unterschiedlicher Interessen in der Arzt- Patient- Beziehung fordert Dörner [136] die Anerkennung einer „gegnerschaftlichen Haltung“, welche dieser Interessendifferenz gerecht wird. Diese baut auf einem Konfliktmodell auf, welche den Mut zum notfalls auch kämpferischen Austausch unterschiedlicher Ansichten fördert und eine konstruktive Bedeutung für Problemlösungen in der Arzt- Patient- Beziehung bietet.
 - Je leidender der Patient ist, desto ambivalenter, suggestibler und fremdbestimmungsgeneigter ist er und desto weniger lebt er in rationaler Selbstbestimmung. Im selben Maße birgt die Begrenzung der ärztlichen Interventionsmacht, bei gleichzeitiger Ausweitung der Aufgaben und Verpflichtungen des Patienten, in diesen Fällen die Gefahr, dass seitens des Arztes Gleichgültigkeit als vermeintliche Toleranz dargeboten und der Patient mit seinem nicht anwendbaren Selbstbestimmungsrecht alleine gelassen wird.

2.2.3.2 Nachbetrachtung existierender Leitbilder

Leitbilder über die Interaktion von Arzt und Patient sind Vorstellungen und Konzepte, welche der Orientierung dienen und sollten auch im Rahmen des historischen Kontext bewertet werden, vor dem sie entstanden sind. So spiegelt das paternalistische Compliance- Modell eine klassische und wenigstens teilweise überholte Epoche der Medizin wieder, in welcher die Ausrichtung ärztlichen Handelns auf Akuterkrankungen abzielte und der Maßstab des Therapieerfolges die Wiederherstellung der Gesundheit des Patienten war. Die Forderung der Einbindung und Aktivierung der Patienten, wie sie im fortschrittlichen Gegenbild zu diesem konservativen Paternalismus beschrieben wird, wurzelt in der Aufklärung und kommt v. a. in einer Medizinepoche zum Tragen, in der nicht die „Akuterkrankung“ sondern der chronische Verlauf als medizinischer Regelfall auftritt. Die genannten Leitbilder betonen in ihrer „reinen“ Form solche Elemente, die im anderen Konzept entweder überhaupt nicht vorkommen oder aber nur von sehr untergeordneter Bedeutung sind (schwarz-weiß). So geht das paternalistische Konzept

von einer vollständigen Unmündigkeit des Patienten aus, während das liberale Konzept auf weitgehende Mündigkeit der Patienten setzt.

Krankheit, sofern sie ernst zu nehmen ist, bedeutet für den Betroffenen jedoch eine existentielle Verunsicherung, Todesangst, Selbstbezogenheit, Krise und Kränkung. Was geschieht aber, wenn man vor dem Hintergrund der „Krankenrolle“ wirklich anerkennt, dass es in der Arzt- Patient- Beziehung Komponenten wie Vertrauen, Angst sowie die Entwertung der normalen Bezüge zur Umwelt gibt, die sich nicht in ein enges Rationalitätskonzept einbinden lassen? Ist es dann nicht so, dass die vorhandenen Leitbilder, in ihrer „reinen“ Form, diesem Anspruch nicht gerecht werden können? Anders ausgedrückt: je kränker ein Patient ist, desto eingeschränkter kann seine Wahrnehmung sein und desto größer kann deshalb die Verantwortung des Arztes werden, subjektive Wünsche und Präferenzen des Patienten einerseits und das Wohl des Patienten andererseits zu unterscheiden und auszubalancieren.

Was, wenn außerdem auch derjenige Patient, der sich durch entsprechende Aufklärungs- bzw. Schulungsmaßnahmen mehr Kompetenz erarbeitet hat, sich nicht nur weiterhin mit der überlegenen Fachkompetenz des Arztes abfinden muss, sondern diese Kompetenz sogar wünscht und akzeptiert? Dies würde bedeuten, dass das Konzept einer „gleichberechtigten Partnerschaft“, nach dem Muster des gut informierten Kunden, im Gesundheitsbereich nicht als endgültige Problemlösungsstrategie ausreicht, da diese Vorstellung nicht die Möglichkeit berücksichtigt, dass auch der wissende kompetente Patient sich wünscht, die Verantwortung für das Krankheitsmanagement ein Stück weit an den Arzt delegieren zu können.

Die existierenden Leitbilder spiegeln die „Expertenvorstellung“ über die therapeutische Beziehung wieder. Die Präferenzen und Vorstellungen der Patienten wurden nicht ausreichend berücksichtigt.

So stellt sich unter Berücksichtigung der oben dargestellten Probleme abschließend die Frage, ob die bestehenden Leitbilder in ihrer Ausrichtung nicht zu einseitig sind, um dem komplexen Prozess der Arzt- Patient- Beziehung gerecht zu werden? Darüber hinaus sind die Vorstellungen über das tatsächliche Ausmaß an Entscheidungsgewalt und Autonomie der Patienten in der deutschen Diskussion bisher noch wenig differenziert geäußert worden.

Wie schon an anderer Stelle dieser Arbeit gefordert, muss zunächst einmal erforscht werden wie die Patienten ihre Rolle in dieser Beziehung sehen, und welches Autonomiepotential vor dem Hintergrund der „Krankenrolle“ möglich und von der Patientenseite erwünscht ist. Für das deutsche Gesundheitssystem existieren derzeit keine Daten zu dieser Fragestellung. Möglicherweise macht das Wissen um die Patientensicht ein neues, komplexeres Leitbild erforderlich, welches Elemente aus „konservativem“ und „modernem“ Leitbild, im Sinne eines „milden Paternalismus“ (nach Moody [139]) oder „Neopaternalismus“ (nach Dörner [136]) in sich vereinigt. Vielleicht kann erst durch diese Integration von Elementen beider Leitbilder ein wirksames, alltagsnahes Konzept entstehen, welches das Selbstbestimmungsrecht der Patienten gegenüber dem Arzt hinreichend wahrt, ihm aber trotzdem die Möglichkeit gibt Verantwortung soweit erforderlich (muss im Verlauf der Interaktion geklärt werden) zu delegieren.

2.2.4 Die Arzt- Patient- Beziehung im Verlauf einer chronischen Erkrankung

Im Zeitverlauf einer chronischen Erkrankung durchläuft die Arzt-Patient-Beziehung verschiedenen Stadien. THORNE und ROBINSON [98] haben 1989 drei voraussagbare Stadien dieser Beziehung beschrieben: das naive Vertrauen („naive trust“), die Ernüchterung („disenchantment“) und das vorsichtige Bündnis („guarded alliance“).

Die Stadientheorie geht davon aus, dass das „naive Vertrauen“ mit dem der chronisch Kranke und seine Familie in die Beziehung hineingehen zwangsläufig dadurch erschüttert wird, dass es unerfüllbare Erwartungen und widerstreitende Perspektiven zwischen den Betroffenen und ihrem Arzt gibt. Diese Zerstörung des Vertrauens hat bei den Patienten eine Phase der „Ernüchterung“, verbunden mit Angst, Frustration, Verwirrung und tiefen Misstrauens zur Folge. Im letzten und entscheidenden Stadium bildet sich zwischen Arzt und Patient eine alternative Form von Vertrauen, das sogenannte „vorsichtige Bündnis“, welches auf einer vorsichtigen und revidierten Erwartung sowohl der Rolle des Patienten, als auch der Rolle des Arztes beruht. Im Rahmen dieses Bündnisses zeigen sich wiederum 4 verschiedene Beziehungsmuster, die von den Autoren in die Kategorien „hero worship“, „resignation“, „consumerism“ und „team playing“ unterteilt werden.

Hero Worship: in Beziehungen, die durch „Heldenverehrung“ gekennzeichnet sind, rekonstruiert der Patient das verlorene Vertrauen dadurch, dass er seinem Arzt eine herausragende Befähigung zuspricht. Durch diese Technik ist er in der Lage seinem Arzt einen hohen Grad an Vertrauen entgegenzubringen, ohne die erkannten Fehler des Systems abzustreiten.

Zitat: „I wouldn't trust anybody else, but I trust him. You know, he knows what he is talking about“.

Die Befähigung wird dem Arzt aufgrund einer individuellen Rangfolge von Kriterien aus Patientensicht zugesprochen. Diese Form der Beziehung bietet den Patienten die vermeintliche Sicherheit einer guten Vertrauensbasis und die Möglichkeit Entscheidungen an den Fachmann abzugeben. Dabei beinhaltet sie eine bedenkliche Abhängigkeit von einem einzigen Experten und ist gekennzeichnet durch eine extreme Asymmetrie in der Beziehung.

Resignation: in Beziehungen, die durch dieses Verhaltensmuster gekennzeichnet sind wurde das Vertrauen nicht wieder hergestellt. Viele Betroffene entziehen sich eine zeitlang jedem Kontakt mit Ärzten. Häufiger suchen die Betroffenen aber medizinischen Beistand, ohne die Erwartung dass Ihnen ein Arzt helfen kann oder möchte. Diese Form der Beziehung ist gekennzeichnet durch Hilflosigkeit, Verzweiflung und Hoffnungslosigkeit der Betroffenen, kann aber auch in manchen Fällen als „Auszeit“ im Anschluss an eine Phase hoher Partizipation und Eigenverantwortlichkeit genutzt werden.

Consumerism: in Beziehungen, die nach diesem Muster verlaufen partizipiert der Betroffene einzig zu dem Zweck am Gesundheitsprozess, um vom Arzt die als notwendig erachteten Leistungen zu erhalten. Die Betroffenen sprechen den Ärzten jede Fähigkeit ab, die wirklichen Bedürfnisse der Patienten zu kennen. „Consumers“ haben ihre Frustration über Ärzte darüber kompensiert, dass sie ihr Insiderwissen nutzen. Sie beschreiben sich selbst als manipulativ und non-compliant und haben erkannt, dass das Erhalten der gewünschten Leistung vermeintlich davon abhängig ist, die Patientenrolle so zu spielen, wie sie vom Arzt erwartet wird. Die effektive Manipulation verlangt von den Betroffenen dass sie sowohl über ihre Erkrankung, als auch über die gesundheitspolitischen Möglichkeiten gut informiert sind.

Zitat: „You see, I can't describe my own medication. I'm dependent on her to get that. So I have to do what she says. I have to follow her instruction if I'm going to fill my needs, I guess I could say.”

Um die gewünschten Gesundheitsleistungen zu erhalten, haben die Patienten sich ein hohes Maß an Vertrauen in ihre Fähigkeit medizinische Entscheidungen zu treffen erworben. Auf diese Weise gewährt ihnen ihr Verhaltensmuster eine bedeutende Kontrolle über ihr Krankheitsmanagement, bürdet ihnen andererseits jedoch auch die alleinige Verantwortung für ihre Lebensqualität auf.

Team Playing: diese Beziehungen sind durch wechselseitige und verhandelbare Bündnisse zwischen Arzt und Betroffenen charakterisiert. Diese Beziehungsform basiert darauf, dass beide Parteien über die therapeutischen Möglichkeiten und Grenzen aufgeklärt sind. Die Betroffenen akzeptieren die Eigenverantwortlichkeit für ihre Gesundheitsversorgung. Dafür müssen Ärzte die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten offen legen und die Patientenerfahrung und den möglichen Nutzen von alternativen Methoden anerkennen. Der wesentliche Baustein des „team playing“ ist das wechselseitige Vertrauen, d.h. der Patient ist bereit dem Arzt zu vertrauen, aber im Gegenzug muss auch der Arzt bereit sein die Kompetenz und Erfahrung der Patienten in seine Überlegungen mit einzubeziehen. Obwohl dieses Beziehungsmuster von vielen Betroffenen hoch geschätzt wird, erfordert es eine tiefgreifende Einbringung seitens des Patienten und seiner Familie.

Zitat: „You know, the pressure builds up on you and you think: Why doesn't somebody else just take it out of my hands, you know, and do it for me”.

Um das Stadium des „guarded alliance“ abzubilden benötigt man zwei Variablen: den Grad des Vertrauens in die Professionalität des Arztes (Trust Dimension) und den Grad des Vertrauens in die eigene Kompetenz (Competence Dimension).

Im Zeitverlauf einer Krankheitsgeschichte können sich die Beziehungsmuster jederzeit verändern. Es ist auch durchaus üblich, dass ein Patient gleichzeitig mit verschiedenen Behandlern unterschiedliche Beziehungsmuster lebt.

Den größten Einfluss auf einen Zuwachs des Vertrauens der Patienten in die eigene Kompetenz hat das wechselseitige Vertrauen zwischen Arzt und Betroffenen. Vom Arzt als kompetent angesehen zu werden ist ein Faktor, der eine hochgradig motivierende Wirkung auf den Betroffenen bzw. sein Vertrauen in die persönliche Kompetenz die Krankheit zu bewältigen, hat.

Zitat: „One of the best things a doctor ever said to me was: You`re aware of when your own body is giving you signals. You are the best judge of that kind of thing”.

Diese Aussage macht deutlich, dass die gewünschte Entwicklung der Betroffenen zum „team player“, ausgestattet mit einem hohen Maß an Vertrauen in die eigene und die Kompetenz des Arztes, am besten durch gleichberechtigtes und wechselseitiges Vertrauen und gegenseitige Anerkennung erreicht wird. Betroffene, die über einen längeren Zeitraum erkrankt sind und diejenigen, die Zugang zu Selbsthilfegruppen oder anderen Informationsquellen hatten, sind eher bereit auf ihre eigene Kompetenz zu vertrauen.

2.2.5 Die Arzt- Patient- Interaktion im gesundheitsökonomischen Kontext

Auch in der gesundheitsökonomischen Diskussion steht das Thema „Patientenpartizipation am Gesundheitsprozess“ im Mittelpunkt. Wirtschaftswissenschaftlich betrachtet, handelt es sich bei der Interaktion zwischen Arzt und Patient um eine Dienstleistungsbeziehung. Jedoch sind die vorherrschenden Konzepte und Vorstellungen über Dienstleistungen im Verlauf der Industrialisierung entstanden und lassen sich nicht uneingeschränkt auf das Sozial- und Gesundheitswesen übertragen.

Für den Bereich der personenbezogenen Dienstleistung muss also das klassische Konzept im Hinblick auf folgende Fragestellungen überdacht werden [37,85]:

- **Koproduktionsthese:** neben Kapital (Technik) und Arbeit (Experten) tritt der Konsument als dritter und entscheidender Produktionsfaktor hinzu. Die aktive Einbeziehung und Mitarbeit der Adressaten (Patienten) in den Dienstleistungsprozess ist entscheidend für die Prozess- und Ergebnisqualität des Leistungsgeschehens.
-

- **Produktivitätsgewinn:** klassische Strategien der Rationalisierung und Produktivitätssteigerung (Ersetzung der menschlichen Arbeitskraft durch Technik) sind im Gesundheitswesen nur sehr beschränkt umsetzbar, denn "Maschinen pflegen nicht". Produktivitätsgewinne können durch die Qualität der Interaktion zwischen Produzent (Arzt) und Konsument (Patient) und eine sinnvolle Arbeitsteilung der Dienstleistungsebenen erzielt werden.
 - **Qualifizierung:** je inaktiver, unmotivierter und inkompetenter der Konsument, um so höher der Aufwand der zu erbringenden Arbeit, und um so höher das Risiko des Scheiterns der Dienstleistungserbringung. Sowohl Anbieter, als auch Konsumenten müssen also entsprechend qualifiziert werden.
 - **Kommunikation:** das gewünschte Ergebnis personenbezogener Dienstleistungen ist in diesem Falle eine Intervention in die Kognition, Emotion, Motivation, Physiologie und das Verhalten des koproduzierenden Konsumenten, nicht ein Produkt. Wichtigstes Arbeitsinstrument ist dementsprechend die zwischenmenschliche Kommunikation.
 - **Soziale Kompetenz:** die überragende Bedeutung der Kommunikation macht soziale Kompetenz zu einer Schlüsselkompetenz in der Dienstleistungsbeziehung.
 - **Prozess der Dienstleistungserbringung:** ist geprägt von hoher Ungewissheit sowohl in bezug auf die Problemdefinition (Diagnose), der Vielfalt an möglichen Maßnahmen (Therapie) und der langfristigen Wirkungen (Prognose).
 - **Produkt:** ein zeitlich definierbares Ende (Produkt) hat eine personenbezogene Dienstleistung nur im Hinblick auf die Arbeitszeit der Anbieter bzw. die Zeit der Anwesenheit in einer Institution. Erfolg oder Misserfolg der Dienstleistung werden erst nach dem zeitlichen Ende der bezahlten Arbeit messbar. Diese Tatsache schafft große Probleme bei der Weiterverfolgung und Messung der Ergebnisse personenbezogener Dienstleistungen.
-

2.3 Das Krankheitsbild Diabetes

2.3.1 Epidemiologie des Diabetes mellitus

Um die Auswirkungen einer Erkrankung für ein Gesundheitssystem und dessen Ressourcen vorstellbar zu machen, sind epidemiologische Untersuchungen unverzichtbar. In bezug auf die Fragestellung der Versorgungsqualität sind insbesondere Daten zum Auftreten von Komplikationen, der Morbidität sowie der Mortalität infolge der Erkrankung aufschlussreich, um den aktuellen Status Quo zu beschreiben. Auf diese Weise können Schwachstellen der Versorgung aufgezeigt und der Handlungsbedarf für notwendige Interventionen gezielt aufgezeigt werden. Als chronische Erkrankung, an welcher mittlerweile etwa jeder 20. Bürger der Bundesrepublik Deutschland erkrankt ist [1], stellt Diabetes mellitus diesbezüglich erhebliche Anforderungen an unser Gesundheitssystem.

Für die Bundesrepublik liegen vergleichsweise wenig Daten zu Epidemiologie des Diabetes mellitus vor. Aussagen zur Häufigkeit des Diabetes mellitus und der Altersstruktur der betroffenen Patienten basieren auf den Daten der nationalen Diabetesregister der ehemaligen DDR sowie auf einer Auswertung von Krankenkassendaten aus der Region Dortmund, die 1992 von Hauner et.al. aufbereitet wurden [3]. Beide Auswertungen zeigen eine Diabetesprävalenz von ca. 5 %. Allerdings gehen aktuelle Schätzungen von einer hohen Dunkelziffer und einer daraus ableitbaren Zunahme der Diabeteshäufigkeit auf ca. 7-8 % aus [18]. Für den Zeitraum von 1994 bis 2010 hat man einen Anstieg der Patientenzahl von 16 Millionen auf 24,4 Millionen vorausgerechnet [5].

Mehr als 95 % der Betroffenen gehören zur Gruppe der Typ-2 Diabetiker. Bei Personen die über 45 Jahre alt sind, geht man sogar davon aus, dass etwa 98 % dem Typ 2-Diabetes zuzuordnen sind [13]. Aufgrund der kontinuierlich steigenden Inzidenzraten kann man also den Typ 2-Diabetes als Zivilisationskrankheit bezeichnen, die mittlerweile das Ausmaß einer Volkskrankheit erreicht hat und somit eine große gesundheitspolitische Herausforderung für die Zukunft darstellt. Global gesehen handelt es sich bei dieser Form des Diabetes um eine Erkrankung der letzten Lebensabschnitte.

Aufgrund des höheren Manifestationsalters und der geringeren restlichen Lebenserwartung der Betroffenen wurden deren Folgen in der Vergangenheit als weniger gravierend eingestuft, als diejenigen des Typ-1-Diabetes. Die demographische Entwicklung der Bevölkerung hat dieses Bild gewandelt, denn durch die höhere Lebenserwartung der Bevölkerung, im Zusammenspiel mit dem sinkenden Manifestationsalter, nimmt auch die Relevanz auftretender Folgekomplikationen für Typ-2 Diabetiker zu. Eine besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang den "jüngeren" Patienten, den sogenannten "Typ-2 Diabetikern mittleren Lebensalters" (< 65 Jahre) zu, deren Anteil auf ca. 40-50 % (bezogen auf alle Typ-2 Diabetiker) geschätzt wird [1].

2.3.2 Ätiologie des Diabetes mellitus

Pathogenetisch ist beiden Diabetesformen der erhöhte Blutglucosespiegel gemeinsam. Die Ursache für diesen Zustand liegt aber bei beiden Erkrankungen in einem unterschiedlichen Pathomechanismus. Diesen möchte ich im Folgenden darstellen.

2.3.2.1 Ätiologie Typ 1-Diabetes

Der Typ 1-Diabetes ist als Insulinmangelsyndrom definiert, das aufgrund der selektiven Zerstörung der insulinproduzierenden β -Zellen der Bauchspeicheldrüse auftritt. Die Krankheit entwickelt sich vor dem Hintergrund einer genetischen Prädisposition im Zusammenwirken mit noch weitgehend ungeklärten Umweltfaktoren. Die Erkrankung tritt bevorzugt in jüngeren Lebensjahren auf, kann sich aber auch im späteren Lebensalter manifestieren. In der Regel beginnt der Typ 1-Diabetes akut, mit plötzlich auftretenden Beschwerden und Symptomen wie Polyurie, Polydipsie, Ketoazidose sowie Gewichtsverlust und wird innerhalb kürzester Zeit diagnostiziert und behandelt.

2.3.2.2 Ätiologie Typ 2-Diabetes

Im Gegensatz dazu handelt es sich beim Typ 2-Diabetes um ein sehr heterogenes und komplexes Krankheitsbild. Die Fehlregulation im Glukosestoffwechsel wird durch

mindestens 3 wesentliche Defekte verursacht, welche sich gegenseitig verursachen und verstärken können:

- eine veränderte nicht normale Insulinsekretion
- eine reduzierte Fähigkeit von Insulin, die periphere Aufnahme von Glukose in die Gewebe zu stimulieren (Insulinresistenz)
- eine gesteigerte und vermindert hemmbare hepatische Glukoseproduktion trotz bereits bestehender Hyperglykämie

Die Veranlagung zur Insulinresistenz scheint angeboren zu sein und ist schon lange vor der endgültigen Manifestation des Diabetes mellitus in einem subklinischen Stadium der Glukoseintoleranz nachweisbar. Die genetisch bedingte Unempfindlichkeit gegenüber Insulin (Insulinresistenz) hat eine vermehrte Sekretion des körpereigenen Insulins aus der Bauchspeicheldrüse zur Folge und führt somit zu einem erhöhten Insulinspiegel im Blut. Mit Hilfe dieses Mechanismus kompensiert der Körper schon in diesem Stadium auftretende erhöhte Blutzuckerwerte (kompensatorische Hyperinsulinämie).

Diese Ausgangssituation fördert die Entstehung weiterer Stoffwechselstörungen, wie z.B. der Adipositas sowie der Hypertriglyzeridämie. Im Zusammenspiel mit der arteriellen Hypertonie, welche ebenfalls zum sogenannten "metabolischen Syndrom" bzw. "tödlichen Quartett" gezählt wird, liegt also schon in diesem Stadium des "Prä Typ 2-Diabetes" eine Hochrisikosituation für die Entwicklung von kardiovaskulären Komplikationen vor [14,15,17].

Die pathologische Glukosetoleranz (Impaired Glucose Tolerance) gilt als der wichtigste Prädiktor eines manifesten Typ 2-Diabetes, da sich innerhalb eines Zeitraums von 5 bis 10 Jahren, in 20 - 60 % der Fälle, ein Typ 2-Diabetes daraus entwickelt. Die Prävalenz der gestörten Glukosetoleranz liegt in Europa bei 3-10 % [16]. Diese Tatsache ist besonders im Hinblick auf präventive Ansätze sehr bedeutend.

Der Prozess vom Stadium des "Prä Typ 2-Diabetes" bis hin zum manifesten Krankheitsbild findet schleichend, häufig ohne Beschwerden statt, so dass die Diagnosestellung in vielen Fällen erst Jahre nach der eigentlichen Manifestation erfolgt, wenn es schon zu einer Reihe von arteriosklerotischen Veränderung gekommen ist.

2.3.3 Behandlungskonzepte bei Diabetes

2.3.3.1 Therapieplanung bei Typ 1-Diabetes

Da der Defekt beim Typ 1-Diabetes klar in der fehlenden Bereitstellung des körpereigenen Hormons Insulin umrissen ist, kommt als einzige Behandlungsmöglichkeit die Insulinsubstitution in Frage. Ziel der Insulintherapie ist eine optimale metabolische Kontrolle durch möglichst natürliche Nachahmung der endogenen Insulinsekretion im täglichen Leben sowie die Vermeidung von Hypoglykämien (Unterzuckerung) und deren Risiken [17].

In der Praxis gibt es sehr unterschiedliche Strategien der Insulinbehandlung. Seitens der Insulinhersteller stehen heute unterschiedliche Insuline mit kurz- und mittlangem sowie 24h- Wirkprofil zur Verfügung. Diese können als Einzelpräparat oder in Form von Mischungen eingesetzt werden. In Deutschland gibt es folgende Standardregime für die Insulinbehandlung:

- Konventionelle Therapie: Zweimalige tägliche Gabe einer Mischung aus kurz- und mittlang wirkendem Insulin;
- Intensivierte Therapie: Zweimalige Gabe eines mittlang wirkenden Insulins, morgens und vor dem Schlafengehen, kombiniert mit der dreimaligen Gabe eines kurz wirksamen Insulins morgens, mittags und abends jeweils präprandial;
- Intensivierte Therapie mit Lantus (24 h-Wirkprofil): Einmalige Gabe eines mittlang wirkenden Insulins, morgens und vor dem Schlafengehen, kombiniert mit der dreimaligen Gabe eines kurz wirksamen Insulins morgens, mittags und abends jeweils präprandial.

Wie die Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) gezeigt hat, ist i. d. R. die intensivierte Therapie erforderlich, um die entsprechenden Zielwerte der Stoffwechseleinstellung zu erreichen [5].

2.3.3.2 Therapieplanung bei Typ 2-Diabetes

Die klinische Heterogenität des Typ-2-Diabetes erfordert komplexere Therapiekonzepte, als der Typ-1-Diabetes. Im Mittelpunkt steht die periphere Insulinresistenz sowie die Störung der Insulinsekretion. Da sich beide Störungen mittels einer Gewichtsreduktion sowie Steigerung der körperlichen Aktivität verbessern lassen, kommt der sogenannten "Lebensstiländerung" die zentrale Bedeutung als Primärmaßnahme zu. Durch die initial nicht-medikamentöse Therapie lassen sich nach Manifestation 80 % der Patienten ihren Therapiezielen entsprechend erfolgreich behandeln. Dieses Ergebnis wurde auch durch die United Kingdom Prospective Study bestätigt. Über einen Zeitraum von 3 Monaten kam es bei 3044 Patienten mit einem mittleren Übergewicht von 130 % über dem Idealgewicht bei 85 % zu einer mittleren Gewichtsreduktion von 7 %. Der Nüchtern-Glukosewert konnte durch die Gewichtsabnahme von 205 auf 145 mg/dl (Hba1c -Senkung von ca. 1,7 %) gesenkt werden. Nur bei 15 % der untersuchten Patienten wurde schon initial ein Diätversagen festgestellt, so dass die Umstellung der Ernährung für diese Patienten nicht als alleinige Maßnahme ausreichte [15].

Für den Fall, dass die Lebensstiländerung als alleinige Maßnahme nicht, oder im Verlauf der Erkrankung nicht mehr ausreicht um eine Normalisierung der Blutzuckerwerte zu erreichen, ist eine sekundäre Therapiemaßnahme induziert. Diese wird für einen Großteil der Patienten, als Folge des fortschreitenden Versagens der Insulin-Sekretion der pankreatischen β -Zellen, langfristig obligat. Als medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten stehen für den Typ 2-Diabetiker die Behandlung mit oralen Antidiabetika und/ oder die Insulin- Therapie zur Verfügung. Wie die United Kingdom Prospective Study (UKPDS) eindrucksvoll gezeigt hat, gibt es qualitativ keine Unterschiede zwischen den verschiedenen Behandlungsformen [7]. Ebenso wie beim Typ 1-Diabetes ist das Maß der Zielerreichung, entsprechend der Anforderungen an die Stoffwechseleinstellung, entscheidend für die Lebenserwartung und -qualität der Betroffenen.

2.3.4 Gesundheitsrisiken des Diabetes mellitus

Nach der Manifestation der Erkrankung ist die Lebenserwartung von Patienten mit Typ 1-Diabetes und Typ 2-Diabetes vermindert. In einer 30jährigen Beobachtung aller neuentdeckten Diabetiker wurde ein mittlerer Lebensverlust von 5,3 Jahren bei männlichen und 6,4 Jahren bei weiblichen Patienten im Vergleich zur Standardbevölkerung registriert [19]. In der Diabetes Intervention Study (Ostdeutschland) konnte gezeigt werden, dass das relative Gesamtmortalitätsrisiko für 36-45jährige Männer mit Typ 2-Diabetes bei 5,1 und für Frauen derselben Altersgruppe sogar bei 7,0 im Vergleich zur Normalbevölkerung liegt. Bei den 46-55jährigen sank das Risiko für Männer auf 2,0 und für Frauen auf 3,5 ab [20].

Als relative Risiken bzw. Odds Ratios für Komplikationen infolge des Diabetes mellitus werden in der „Nationalen Versorgungsleitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft“, auf der Basis verschiedener europäischer und amerikanischer Studien, folgende Werte angegeben [17].

Tabelle 10: Relative Risiken für Komplikationen von Patienten mit Diabetes mellitus im Vergleich zur Normalbevölkerung

Komplikation	Relatives Risiko bzw. Odds Ratio	Referenz
Myokardinfarkt	Männer: 3,7* Frauen: 5,9*	Löwel et al., 1999
Herz-Kreislauf-Tod	Diagnose vor dem 30. Lebensjahr: 9,1* Diagnose nach dem 30. Lebensjahr: 2,3*	Moss et al., 1999
Apoplex	2-4*	Kuller, 1999
Erblindung	5,2**	Trautner et al., 1997
Niereninsuffizienz bei Männern	12,7*	Brancati et al., 1997
Amputation der unteren Extremitäten	22,2*	Trautner et al., 1996
Fußulcera	45*	Standl et al., 1996

* Bezugspopulation: Nicht-Diabetiker/ ** Bezugspopulation: Allgemeinbevölkerung

2.3.4.1 Makroangiopathische Komplikationen

Allgemeines

Die Makroangiopathie beim Diabetiker manifestiert sich überwiegend in Form von koronarer Herzkrankheit, peripherer arterieller Verschlusskrankheit sowie der zerebrovaskulären Insuffizienz. Im Vergleich zu Nicht-Diabetikern ist Diabetes mellitus bei Männern mit einer 3,7fach und bei Frauen mit einer 5,9fach erhöhten Myokardinfarkt-Inzidenz verbunden. Das Risiko für die Entwicklung einer KHK (koronaren Herzkrankheit) nimmt mit der Diabetesdauer für beide Diabetestypen zu. Das relative Risiko der kardiovaskulären Mortalität und Morbidität schwankt bei Typ 2-Diabetikern zwischen 1,5 und 6,2 mit einem Median bei 2,5 für Männer sowie zwischen 1,8 und 10,9 mit einem Median bei 3,3 für Frauen [21]. Die Prävalenz einer pAVK (periphere Arterielle Verschlusskrankheit), definiert als Dopplerindex $< 0,9$, beträgt in der Normalbevölkerung 7 %. Im Vergleich dazu liegt es bei Diabetespatienten bei 20,9 % [22]. Das Risiko eines Diabetikers einen Schlaganfall zu erleiden liegt im Vergleich mit der Normalbevölkerung um ein 2-4faches über dem durchschnittlichen Risiko der Allgemeinbevölkerung.

Diabetes und Hypertonie

Die Prävalenz der arteriellen Hypertonie bei Typ 2-Diabetikern in Deutschland wurde von der Hypertension in Diabetes Study Group mit 70-80 % angegeben [24]. Häufig besteht der Bluthochdruck schon vor der Manifestation des Typ 2-Diabetes. Diese Koinzidenz von Diabetes und Hypertonie führt zu einer Risikopotenzierung. Diabetiker, die zusätzlich an einer Hypertonie erkrankt sind, werden nach der Klassifizierung der WHO der (hohen) Risikogruppe zugeordnet, bei der mit einer 20 bis 30%igen Wahrscheinlichkeit mit einem kardiovaskulären Ereignis in den nachfolgenden 10 Jahren zu rechnen ist.

Der Hypertonus gilt auch als Progressionsfaktor für die mikrovaskulären Komplikationen Nephropathie und Retinopathie. Mit der typischerweise im weiteren Verlauf der Erkrankung auftretenden Manifestation einer Nephropathie, werden diese Patienten in diejenige Risikogruppe eingeordnet, bei der mit einer über 30%igen Wahrscheinlichkeit mit dem Auftreten einer kardiovaskulären Komplikation innerhalb der kommenden 10 Jahre zu rechnen ist. [17].

Diabetes und Fettstoffwechsel

Nachdem die Rolle der Serumlipide in der Primär- und Sekundärprävention kardiovaskulärer Komplikationen beim Diabetiker lange Zeit diskutiert wurde, konnte durch die Diabetes Atherosclerosis Intervention Study (DAIS 1999) endgültig bewiesen werden, dass speziell Diabetiker von einem normnahen Lipidstatus profitieren [31].

Diabetes und Amputation

Die Prävalenz von Fußamputationen lag bei einer in Jena durchgeführten Erfassung der Versorgungsqualität (1994/95) für Typ 1-Diabetiker bei 3 % und für Typ 2-Diabetiker bei 4 %. Die Inzidenzrate von diabetischen bzw. nichtdiabetischen Patienten bezogen auf 100.000 Personenjahre liegt für Diabetiker 45 mal höher [23,24]. Der wichtigste Risikofaktor für die nicht-traumatische Amputation an den unteren Extremitäten ist die diabetische Neuropathie, deren Prävalenz bei Typ-1 und Typ 2-Diabetikern im Mittel bei 30 % anzusiedeln ist [17]. In Deutschland wird die Anzahl der durch Diabetes verursachten Amputationen auf 20.000 pro Jahr geschätzt [10].

2.3.4.2 Mikroangiopathische Komplikationen

Von den mikroangiopathischen Komplikationen des Diabetes mellitus sind überwiegend die Kapillaren im Augenhintergrund sowie in den Nierenglomerula betroffen. Die in der Vergangenheit vertretene Meinung, dass von der Mikroangiopathie überwiegend die Typ 1-Diabetiker betroffen sind wurde mittlerweile revidiert.

Diabetes und Niere

20 bis 30 % aller betroffenen Typ 1 und Typ 2-Diabetiker entwickeln im Verlauf ihres Diabetes eine Nephropathie, wobei das Risiko für beide Diabetestypen gleich hoch anzusiedeln ist [25]. Besonders dramatisch ist die Tatsache, dass sich die Inzidenzrate für die terminale Niereninsuffizienz von Diabetikern sowie daraus resultierender Dialysebehandlung von 36 % im Jahr 1990 auf 59 % im Jahr 1995 fast verdoppelt hat [17]. Da die Nephropathie eng mit erhöhtem Blutdruck, koronarer Herzkrankheit, peripherer arterieller Verschlusskrankheit sowie der diabetischen Retinopathie und dem diabetischen Fußsyndrom assoziiert ist, ist sie ein entscheidender Marker für die Mortalität sowie die Lebensqualität des Patienten.

Diabetes und Augen

Das relative Erblindungsrisiko, infolge des Diabetes, ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung 5,2fach erhöht. (Tab. 10). Die Prävalenz diabetesbedingter Erblindungen (Erblindung definiert als Visus < 1/25) nimmt zu. Während bei einer Erhebung von 1985 10 erblindete Patienten/ 100.000 Einwohner errechnet wurden, waren es bei einer 12 Jahre später durchgeführten Erhebung (Region Nordrhein 1997) 14,4/100.000 Einwohner [26,27,28,29]. Insgesamt erblinden pro Jahr ca. 1700 Patienten mit Diabetes [hochgerechnet aus 27]. Die Netzhautkomplikationen Retinopathie und Makulopathie sind die häufigsten Ursachen der Diabetes-bedingten Erblindung. Nach 15 bis 20 Jahren Diabetesdauer haben 95 % der Typ 1-Diabetiker eine Retinopathie entwickelt. Bei den Typ 2-Diabetikern liegt bei 36 % schon bei Diagnosestellung eine Retinopathie vor. Der weitere Verlauf ist bei den Typ 2- Diabetikern abhängig vom Auftreten einer sekundären Insulinpflicht. Typ 2-Diabetiker, die nicht mit Insulin behandelt werden entwickeln in 50 % der Fälle eine Retinopathie, insulinpflichtige Typ 2-Diabetiker im gleichen Zeitraum in 80 % der Fälle [17].

2.3.4.3 Entstehung und Progression von Folgekomplikationen

Der endgültige Beweis für den Kausalzusammenhang zwischen der Einstellungsqualität und der Entstehung von diabetischen Folgekomplikationen wurde 1993 für Typ-1 Diabetiker durch die Diabetes Control and Complications Trial [5] und 1998 für Typ-2 Diabetiker mit Hilfe der United Kingdom Prospective Study [7] eindrucksvoll erbracht.

Die Diabetes Control and Complications Trial (DCCT)

Die zentrale Fragestellung dieser Studie lautete: "Kann eine normnahe Stoffwechseleinstellung (intensivierte Insulintherapie) das Auftreten diabetischer Folgeschäden bei Typ 1-Diabetes verzögern bzw. deren Fortschreiten verlangsamen?" Im Rahmen der DCCT wurden 1441 Patienten über einen mittleren Zeitraum von 6,5 Jahren beobachtet. Als Ergebnis der DCCT kann festgehalten werden, dass das Erreichen einer besseren Blutzuckereinstellung mit einem geringeren Neuauftreten und verminderten Progression von diabetischer Retinopathie, Nephropathie sowie Neuropathie assoziiert ist. Dieses Ergebnis konnte auch durch zeitgleich durchgeführte europäische Studien bestätigt werden [17].

Durchschnittlich wurde durch eine Verbesserung des HbA_{1c}-Wertes um 1-2 % die Komplikationsrate bei Typ 1-Diabetikern um ca. 50 % gesenkt. Die geforderte Verbesserung der Blutzuckereinstellung kann nur mit Hilfe einer intensivierten Therapie erreicht werden.

Die United Kingdom Prospective Study

Die UKPDS sollte untersuchen, ob eine Verbesserung der Blutzuckerwerte auch beim Typ 2-Diabetiker klinische Komplikationen verhindert und die Initialtherapie mit verschiedenen oralen Antidiabetika bzw. mit Insulin Vor- bzw. Nachteile birgt. Des Weiteren wurde die Bedeutung des Blutdrucks für die Entstehung von Folgekomplikationen untersucht. Hierzu wurden im Rahmen der Studie 5102 neu diagnostizierte Patienten über einen Zeitraum von 20 Jahren beobachtet. Als zusammenfassendes Ergebnis kann man bezüglich dieser Studie festhalten, dass es beim Typ 2-Diabetiker durch niedrigere HbA_{1c}-Werte zu einer signifikanten Reduktion aller diabetesbezogenen Endpunkte kam. Insbesondere konnte gezeigt werden, dass der HbA_{1c}-Wert entscheidend ist für die Entstehung und Progression mikroangiopathischer Komplikationen welche bis zu diesem Zeitpunkt v.a. dem Typ 1-Diabetes zugewiesen waren. Damit ist die Bedeutung des HbA_{1c}-Wertes für Typ 2-Diabetiker analog der Situation beim Typ 1-Diabetes. Um die geforderten Ergebnisse der Stoffwechselführung zu erreichen ist eine effektive Initialtherapie, z.B. durch frühzeitige Kombination entsprechender medikamentöser Optionen sowie eine vollständige Ausschöpfung der nichtmedikamentösen Strategien, angeraten.

Des weiteren hat die UKPDS die Bedeutung der Blutdruckeinstellung hinsichtlich der diabetesbezogenen Endpunkte der Blutzuckereinstellung gleichgestellt. Eine scharfe Blutdruckeinstellung führt zu einer Reduktion aller diabetesbezogenen Endpunkte.

Ein interessantes Ergebnis zeigte sich auch bezüglich der Kosten-Nutzen-Rechnung: trotz eines intensiveren finanziellen Aufwandes für eine bessere Diabeteseinstellung zeigte sich schon über einen Zeitraum von 10 Jahren ein Kostenvorteil für diese Therapie.

2.3.5 Therapieziele

Aufgrund der Heterogenität des Patientenkollektivs "Diabetiker", ist eine individualisierte Therapieziel-Definition notwendig. Sinnvollerweise sollte das Behandlungsziel mit jedem Patienten individuell unter Berücksichtigung seines biologischen Alters, seiner Begleiterkrankungen und seiner Beschwerden definiert werden. Vollkommen unabhängig vom Alter und der verbleibenden Lebenserwartung gilt die Prävention des diabetischen Kommas, schwerer Unterzuckerungen sowie diabetesbedingter Komplikationen für alle Diabetiker als grundlegendes Ziel der Therapie. Für alle "jüngeren" Diabetiker (< 65 Lebensjahr) gilt die normoglykämische Stoffwechseleinstellung, mit dem Ziel der Prävention der diabetischen Mikroangiopathie, als primäres Therapieziel.

In Tabelle 11 ist ein altersdefinierter Therapiezielvorschlag der Fachkommission Diabetes in Bayern dargestellt [30].

Tabelle 11: Therapieziele für Diabetiker in Abhängigkeit vom Alter

Anzustrebende HbA _{1c} -Werte nach Altersgruppen	
Alter (Jahre)	Therapieziel HbA _{1c} -Wert
< 50	< 6,0
50-75	< 7,0
> 75	< 8,0

Bei einem HbA_{1c}-Normbereich von 6,0

- **Präproliferative oder proliferative Retinopathie:** langsamere Annäherung an das Therapieziel.
- **Strengere Therapieziele speziell bei:** Sensomotorischer Neuropathie, Schwangerschaft, KHK, Herzinfarkt, Diabetischer Fuß, beginnender Nephropathie sowie Erektile Dysfunktion.

Zur Prävention und Sekundärintervention werden auch hinsichtlich des Blutdrucks und des Lipidstoffwechsels Therapieziele definiert. Wie in der UKPDS gezeigt werden konnte, erreichte die Gruppe der Typ 2-Diabetiker mit straffer Blutdruckeinstellung bei einer medianen Nachbeobachtungszeit von 8,4 Jahren eine 32%ige Risikoreduktion bezüglich der diabetesbezogenen Mortalität im Vergleich zur Gruppe mit höheren Zielblutdruckwerten [24,7]. Beim Vorliegen weiterer mikroangiopathischer Veränderungen spielt die Absenkung des Blutdrucks unter 130/85 mmHg eine bedeutende Rolle im Hinblick auf die Progression des Gesamtgeschehens.

Die im Rahmen der verfügbaren Evidenz systematisch erstellte (HTA-Reports. Cochrane Libery etc.) "Nationale Versorgungs-Leitlinie Diabetes", welche im Mai 2002 verabschiedet wurde, sieht zusammenfassend folgende Zielgrößen für die Stoffwechseleinstellung vor [17]:

Tabelle 12: Biochemische Zielgrößen für die Stoffwechseleinstellung der Diabetiker nach DDG 2002:

Indikator	Einheit	Zielwertbereich
Blutglukose	mg/ dl	
nüchtern/ präprandial		90-120
1-2 h postprandial		130-160
Vor dem Schlafengehen		110-140
HbA _{1c} -Wert		≤ 6,5 %
Lipide	mg/ dl	
Diabetiker ohne mikro- bzw. makrovaskuläre Erkrankung		*Chol _{ges} < 200 *LDL-Chol < 130 *HDL-Chol ≥ 35 *Nüchtern TG < 150
Diabetiker mit mikro- bzw. makrovaskulärer Erkrankung		*Chol _{ges} < 170 *LDL-Chol < 100 *HDL-Chol ≥ 40 *Nüchtern TG < 150

Indikator	Einheit	Zielwertbereich	
Diabetiker mit Triglyzeriden > 1000		Durch Akuttherapie *TG < 400 unter Dauertherapie Nüchtern TG < 150	
Body-Mass-Index	kg/ m²		
Erwachsene		= 25	
Blutdruck	mmHg	Systolisch	Diastolisch
Diabetiker mit essentieller Hypertonie		≤ 140	≤ 85
Bei guter Verträglichkeit eines *RR von 140/85		≤ 130	≤ 80
Diabetiker mit Mikroalbuminurie und/ oder manifester Nephropathie		≤ 130	≤ 80

* Chol_{ges} : Gesamt-Cholesterin, * LDL-Chol: Low-density-Lipoprotein-Cholesterin, *HDL-Chol: High-density- Lipoprotein-Cholesterin, *Nüchtern TG: Nüchtern-Triglyzeride, *TG: Triglyzeride

** RR: Blutdruck (Riva Rocci)

Die European Policy Group hat darüber hinaus Richtwerte definiert, anhand derer man das Risikoprofil erhöhter Stoffwechselfparameter beurteilen kann [33]:

Tabelle 13: Grenzwerte der European Policy Group zur Risikobeurteilung von Typ 2-Diabetikern

Risikobeurteilung laut NIDDM Policy Group			
	gering	mittel	hoch
Hba1 _c -Wert	< 6,5 %	6,5-7,5 %	> 7,5 %
Blutdruck systolisch	< 140 mmHg		>140 mmHg
Blutdruck diastolisch	< 85 mmHG		> 85 mmHG
*Chol _{ges}	< 185 mg/dl	185-230 mg/dl	>230 mg/dl
*HDL-Chol	> 46 mg/dl	46-39 mg/dl	< 39 mg/dl
*LDL-Chol	< 115 mg/dl	115-155 mg/dl	> 155 mg/dl
*Nüchtern TG	< 150 mg/dl	150-200 mg/dl	> 200 mg/dl

* Chol_{ges} : Gesamt-Cholesterin, * LDL-Chol: Low-density-Lipoprotein-Cholesterin, *HDL-Chol: High-density- Lipoprotein-Cholesterin, *Nüchtern TG: Nüchtern-Triglyzeride, *TG: Triglyzeride

** RR: Blutdruck (Riva Rocci)

Ergänzend sind folgende Parameter zur Beurteilung des Risikoprofils notwendig:

Basisuntersuchung Fuß:	
Inspektion Haut, Infektion, Deformitäten, Ulkus	ohne Auffälligkeiten
Neurologischer Status Vibrationsempfinden	> 4/8
Schmerz, Temperatur, Berührungsempfinden	ohne Befund
Klinische Untersuchung Palpation der Fußpulse	tastbar
Basisuntersuchung Nierenfunktion	
Mikroalbumin (Spontanurin)	< 20-300 µg/min
Serum-Kreatinin	< 20-200 mg/l

Erstes klinisches Anzeichen einer diabetischen Nephropathie ist eine Mikroalbuminurie, d.h. das Auftreten von 20-300 µg Albumin im Spontanurin. Ein weiterer Marker für eine Niereninsuffizienz ist die Konzentration des Serum- Kreatinins, welche im Normalfall unter 20 bis 200 mg/l liegt.

2.4 Das Krankheitsbild Diabetes als Herausforderung für ein Gesundheitssystem

2.4.1 Versorgung des Diabetes mellitus zwischen Anspruch und Wirklichkeit

2.4.1.1 Forderungen der Fachgesellschaft zur Versorgungsqualität

Um die Prozess- und Ergebnisqualität einer Erkrankung zu erfassen müssen Zielvorgaben für relevante Stoffwechselfparameter definiert sein, welche dann in vorgegebenen Zeitabständen überprüft und bewertet werden. Bezogen auf das Krankheitsbild Diabetes mellitus erstellte die „Nationale Versorgungs- Leitlinie“ Vorgaben zu den biochemischen Zielgrößen der Stoffwechseleinstellung. Die Häufigkeit der Verlaufskontrollen, zur Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität, ist abhängig vom individuellen Status des Patienten bezüglich makro-/ oder mikroangiopathischer Veränderungen.

Zusammengefasst sollten die Kontrollen nach Empfehlung der Europäischen NIDDM Policy Group [33] in folgenden Abständen durchgeführt werden:

Tabelle 14: Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus

	ohne Komplikationen	mit Komplikationen
Gewicht kg/m ²	1 x im Quartal	
Blutdruck mmHg	1 x im Quartal	tägliche Selbstmessung
Blutzucker mg/dl nüchtern/ postprandial	1 x im Quartal beim Arzt Selbstkontrolle je nach Therapie	
HbA _{1c} -Wert %	1 x im Quartal	

	ohne Komplikationen	mit Komplikationen
Cholesterin mg/dl	1 x im Jahr	2 bis 4 x jährlich
HDL/LDL-Chol mg/dl		
Triglyzeride mg/dl		
Mikroalbumin mg/l Kreatinin im Serum mg/dl	1 x im Jahr	2 bis 4 x jährlich Serum-Kreatinin, Harnstoff, Kalium, evtl. Krea- Clearance, Mikroalbumin
Augenuntersuchung	1 x im Jahr	nach Maßgabe des Arztes
Basisuntersuchung Fuß	1 x im Jahr	mind. 1 x im $\frac{1}{2}$ Jahr

Mit den Richtlinien zur Verlaufskontrolle, in Verbindung mit den im vorangegangenen Kapitel beschriebenen biochemischen Zielgrößen der Stoffwechseleinstellung, sind für das Krankheitsbild Diabetes mellitus unmissverständliche Standards der Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt worden. Damit erfüllt das Krankheitsbild eine der zentralen Forderungen des Gesundheits-Reformgesetzes von 1988, nämlich diejenige nach klar definierten Standards zur Qualitätssicherung (SGB V; § 137).

Um die Behandlungsqualität adäquat beurteilen zu können, reicht die regelmäßige Kontrolle vorgegebener Standards allein noch nicht aus. Nur durch eine begleitende Dokumentation der gemessenen Parameter kann der Erfolg der durchgeführten Maßnahmen in der Praxis gewährleistet werden. Als Instrument für die Dokumentation und Verlaufskontrolle hat man sich innerhalb der Fachgesellschaft auf den Gesundheitspass Diabetes geeinigt. Er stellt ein einfaches aber effektives Instrument dar, um die Behandlungsergebnisse zu überprüfen und die Therapie ggf. zu modifizieren. Gleichzeitig bietet er eine Grundlage der Kommunikation für die Kooperation der verschiedenen Behandlungsebenen.

Außerdem fördert der Gesundheitspass Diabetes DDG die Eigenverantwortlichkeit der Patienten, der die im Pass festgelegten Zielvorgaben der Stoffwechseleinstellung mit seinen individuell erreichten Zielen vergleichen kann.

2.4.1.2 Realität der Versorgungsqualität

Schon im Oktober 1989 fand anlässlich der unbefriedigenden Versorgungssituation der Diabetiker in Europa, unter Leitung der WHO- Europa und der International Diabetes Federation IDF- Europa, eine europäische Konferenz von Patienten, Diabetologen, Gesundheitspolitikern sowie anderen Repräsentanten von Entscheidungsträgern der Gesundheitssysteme statt. Ergebnis dieses Zusammentreffens war die Verabschiedung der sogenannten St. Vincent Deklaration, in welcher Forderungen zur systematischen Verbesserung von Diabetestherapie, -edukation und praxisrelevanter Forschung mittels präziser Zielsetzungen formuliert wurden:

1. Der Verlauf der Schwangerschaft bei einer Diabetikerin ist dem bei einer Nichtdiabetikerin anzugleichen.
2. Die diabetesbedingten Erblindungen sind um 30 % zu reduzieren.
3. Das Eintreten der diabetesbedingten terminalen Niereninsuffizienz ist um 30 % zu senken.
4. Beinamputationen bei Patienten mit Diabetes sind um 50 % zu reduzieren.

Die Erklärung wurde im September 1991 im Rahmen der WHO-Regional-Konferenz von Lissabon von allen 50 europäischen Gesundheitsministern unterschrieben und sollte ursprünglich innerhalb von 5 Jahren umgesetzt werden. Leider konnten die 5-Jahres-Ziele der St. Vincent Deklaration, trotz der medizinischen Möglichkeiten und Ergebnisse von DCCT sowie UKPDS, bis heute noch nicht im entferntesten realisiert werden [4,6,8,9,10].

Die neuesten Daten diesbezüglich, die Ergebnisse der Code-2-Studie (Costs of Diabetes in Europe- Type 2) [32], belegen diese Aussage eindrücklich. Im deutschen Arm der CODE-2-Studie wurden retrospektiv, über einen Zeitraum von einem Jahr, medizinische, demographische und ökonomische Daten von 809 Patienten gewonnen. Die Erhebung wurde durch persönliche Interviews, auf der Basis der Krankenakte, bei 135 niedergelassenen Allgemeinärzten, Internisten und Diabetologen in ganz Deutschland

durchgeführt. Dabei wurde zusätzlich auf eine repräsentative Verteilung der Patienten über die alten und neuen Bundesländer geachtet. Als Einschlusskriterium mussten die Patienten mit der Diagnose "Diabetes mellitus Typ 2" charakterisiert und die Erstmanifestation der Erkrankung musste vor dem 30. Lebensjahr erfolgt sein. Außerdem wurde darauf geachtet, dass die Behandlung möglichst umfassend in der Hand des befragten Arztes (Primärarzt) lag, so dass der erfasste Datensatz komplett dokumentiert vorlag. Neben den Daten zur Diabetesbehandlung, und zum Ressourcenverbrauch, wurden klinische Parameter wie HbA_{1c}-Wert, Blutfettwerte und Blutdruck ermittelt. Zur Risikobeurteilung wurden die ermittelten Parameter mit den biochemischen Zielgrößen der Fachgesellschaft verglichen [33,17]. In Tabelle 13 sind die demographischen Charakteristika der deutschen Studienpopulation zusammengestellt.

Tabelle 15: Charakteristika der deutschen Studienpopulation der CODE-2-Studie

	Mittelwerte
Alter (Jahre)	67 (39-96)
Bekannte Krankheitsdauer (Jahre)	8 (0-58)
Diabetestherapie:	
Diät und Bewegung	19 %
Medikamente ohne Insulin	53 %
Insulin (mit/ohne Medikamente)	28 %
Hba_{1c}-Wert	7,51 %
Body Mass Index (kg/m²)	28 (17-59)
Anteil der Patienten mit Übergewicht (BMI > 25)	73 %
Blutdruckwerte nach Komplikationsstatus:	
systolisch	145,9 mmHg +/- 17,7
ohne Komplikationen	147,2 mmHg +/- 17,5
mit Komplikationen	
diastolisch	84,0 mmHg +/- 8,9
ohne Komplikationen	83,0 mmHg +/- 8,1
mit Komplikationen	

	Mittelwerte
Lipidwerte nach Komplikationsstatus:	
<u>*Chol_{ges}</u>	
ohne Komplikationen	226,8 mg/dl +/- 44,5
mit Komplikationen	226,9 mg/dl +/- 49,9
<u>*LDL-Chol</u>	
ohne Komplikationen	142,1 mg/dl +/- 46,4
mit Komplikationen	143,2 mg/dl +/- 43,0
<u>*Nüchtern TG</u>	
ohne Komplikationen	252,5 mg/dl +/- 336,2
mit Komplikationen	229,1 mg/dl +/- 227,8
<u>*HDL-Chol</u>	
ohne Komplikationen	49,8 mg/dl +/- 18,7
mit Komplikationen	48,7 mg/dl +/- 16,5

* Chol_{ges} : Gesamt-Cholesterin, * LDL-Chol: Low-density-Lipoprotein-Cholesterin, *HDL-Chol: High-density- Lipoprotein-Cholesterin, *Nüchtern TG: Nüchtern-Triglyzeride, *TG: Triglyzeride

** RR: Blutdruck (Riva Rocci)

Das im Rahmen der CODE-2-Studie erfasste Patientenkollektiv ist im Durchschnitt 67 Jahre alt und weist eine durchschnittliche Krankheitsdauer von 8 Jahren auf. Somit liegt das errechnete Manifestationsalter dieses Kollektivs bei 59 Jahren und ist dem „Typ-2-Diabetes im mittleren Lebensalter“ zuzuordnen. 72 % der Patienten wurden nicht mit Insulin behandelt. Der mittlere Hba_{1c}-Wert lag bei 7,51 %. Die Messung des Hba_{1c}-/Hba₁-Wertes, als wichtigstem klinischen Verlaufparameter, war bei rund 40 % der Patienten nur ein- bis zweimal jährlich und bei 38 % der Patienten dreimal pro Jahr durchgeführt worden. Bei 22 % der Patienten wurde im Jahr 1998 überhaupt keine Messung des Hba_{1c}/Hba₁-Wertes dokumentiert. Gliedert man die gemessenen Hba_{1c}-Werte entsprechend der Risikobeurteilung der European Diabetes Policy Group [33] auf so zeigt sich folgende Verteilung:

Tabelle 16: Hba_{1c}-Wert-Verteilung der CODE-2-Studie

Risiko	Hba _{1c} -Wert (%)	Patienten
Gering	< 6,5	26 %
Mittel	≥ 6,5 bis < 7,5	29 %
Hoch	≥ 7,5	45 %

Insgesamt erreichten nur 26 % der an der Studie beteiligten Patienten einen Hba_{1c}-Wert im empfohlenen Bereich. Sie wiesen damit ein relativ geringes Risiko hinsichtlich der Entwicklung makro- und mikrovaskulärer Komplikationen auf. Die Mehrzahl der untersuchten Patienten (74 %) waren bezüglich ihrer Stoffwechseleinstellung als unzureichend einzustufen.

Der Body-Mass-Index lag bei den Patienten der CODE-2-Studie im Mittel bei 28, der Gesamtanteil an übergewichtigen Patienten bei 73 %.

Zudem wies der Blutdruck zum Zeitpunkt der Studie einen Mittelwert von 147/84 mmHg auf. Insgesamt wurden 69 % der Patienten bezüglich des systolischen und 43 % der Patienten bezüglich des diastolischen Blutdrucks in die Kategorie „hohes Risiko“ eingeordnet. Insgesamt wurde etwa ein Viertel (systolisch 22,9 %; diastolisch 25,1 %) der betroffenen Patienten nicht mit Antihypertensiva behandelt.

Des Weiteren wurden im Rahmen der CODE-2-Studie die Blutfettwerte der Patienten erfasst. Der Vergleich der Blutfettwerte von Patienten mit und ohne Folgekomplikationen zeigte keinen signifikanten Unterschied. Bei der Einteilung der Lipidwerte in Kategorien gemäß den Vorschlägen der Europäischen Diabetes Policy Group [33] zeigte sich hinsichtlich der Blutfettfraktionen folgendes Risikoprofil:

Tabelle 17: Risikoprofil der Blutfettwerte der CODE-2-Studie

Blutfettfraktion	Risiko (Patienten in %)		
	niedrig	mittel	hoch
*Chol _{ges}	19 %	38 %	43 %
*LDL-Chol	26 %	41 %	33 %
*Nüchtern TG	38 %	21 %	41 %
*HDL-Chol	50 %	22 %	28 %

* Chol_{ges} : Gesamt-Cholesterin, * LDL-Chol: Low-density-Lipoprotein-Cholesterin, *HDL-Chol: High-density- Lipoprotein-Cholesterin, *Nüchtern TG: Nüchtern-Triglyzeride

Bezüglich der Risikobeurteilung der Blutfettwerte waren 43 % der Gesamt-Cholesterinwerte sowie 41 % der Nüchtern-Triglyzeride der Kategorie „hohes Risiko für die Entwicklung vaskulärer Folgekomplikationen“ zuzuordnen. Insgesamt wurde trotz des hohen Risikos vaskulärer Komplikationen nur eine Minderheit der Patienten mit lipidsenkenden Medikamenten behandelt. So erhielten 23,6 % der Patienten mit erhöhten Gesamtcholesterinwerten, 30,2 % der Patienten mit erhöhten LDL-Cholesterinwerten sowie 31 % der Patienten mit erhöhten Triglyzeridwerten eine entsprechende medikamentöse Therapie.

2.4.2 Die Gesundheitspolitische Bedeutung des Diabetes mellitus in Deutschland

2.4.2.1 Folgekosten des Diabetes mellitus

Neben der Versorgungsqualität wurden im Rahmen der CODE-2-Studie die Gesamtkosten für das gesamte Patientenkollektiv der Typ 2-Diabetiker in Deutschland ermittelt [35]. Dabei wurde die Prävalenz der Erkrankung anhand der Daten des Gesundheitsberichtes des statistischen Bundesamtes des Jahres 1998 mit 4,24 % festgelegt. Die evidenzbasierte Diabetes- Leitlinie der DDG [17] geht, unter Einbeziehung nicht diagnostizierter Fälle, zwar von einer Prävalenz von 7-8 % aus, da es bisher aber keine Untersuchungen über die Fallkosten undiagnostizierter Diabetespatienten gibt, bleiben diese Fälle in der folgenden Statistik unberücksichtigt.

Zur Ermittlung der Kosten wurde der Ressourcenverbrauch zu folgenden Kostenarten erhoben [35]:

Tabelle 18: Erhobene Kostenarten und Kostenquellen zur Berechnung der durch Typ 2-Diabetes verursachten Kosten in Deutschland (CODE-2)

Kostenart	Kostenquelle	Durchschnittskosten/ Jahr/Patient [DM]
Medikamente	Rote Liste	1496,-
Arztkosten (ambulant)	EBM/ GOÄ	775,-
Krankenhaus	Fallpauschalen und Sonderentgeltkatalog, Krankenhauspflegesätze	2774,-
Rehabilitation	Tagessatz 135 DM für ambulante, 242,50 DM für stationäre Rehabilitation	120,-
Arbeitsunfähigkeit	Durchschnittlicher Bruttolohn/ Tag: 137 DM	373,-
Gesamt		5538,-

Die statistisch ermittelten Gesamtkosten von 5538,- DM/ Patient und Jahr spiegeln nur annähernd die Kostenrealität wieder. Die Gesamtkosten pro Typ 2-Diabetiker waren in der CODE-2-Studie stark vom Komplikationsstatus abhängig. Im Vergleich zu den Durchschnittsausgaben der GKV für Ihre Versicherten (2684,- DM/Jahr), betragen die jährlichen GKV-Ausgaben für Typ 2-Diabetiker ohne Komplikationen lediglich 3370,- DM, also das 1,3 fache des Normalversicherten. Die Kosten für Patienten mit kombinierten makro- und mikrovaskulären Komplikationen lagen dagegen bei 11034,- DM und erreichten damit das 4,1fache der mittleren Ausgaben für alle GKV-Versicherten.

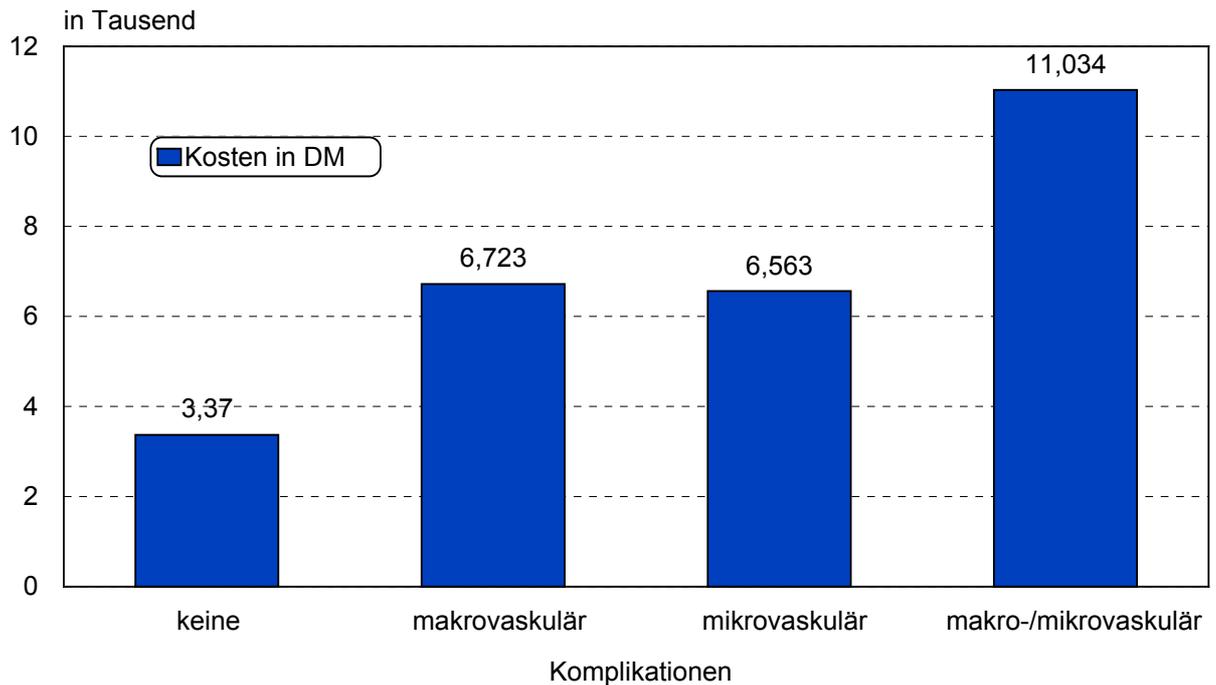


Abb. 1: Kostenverteilung für Typ-2-Diabetes in Deutschland (CODE-2)

Rechnet man die Kosten für alle Typ 2-Diabetiker hoch, entstehen den verschiedenen Versicherungssystemen in Deutschland jährlich ungefähr 31,4 Milliarden DM diabetesbedingte Gesamtkosten. Kostentreiber sind dabei in erster Linie die Diabetes-Folgeerkrankungen.

Rechnet man den Betrag auf die bei der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Diabetiker herunter, fällt für die GKV ein Ausgabenvolumen von 18,5 Milliarden DM an. Dies sind 8 % der gesamten GKV-Leistungsausgaben im Jahr 1998, für einen Anteil von 4,2 % der Versicherten.

Die Hälfte dieser Ausgaben wurde durch Krankenhausaufenthalte verursacht. Die Medikamentenkosten belegen mit 27 % den 2. Platz der Kostenverursacher, allerdings spielen die blutzuckersenkenden Medikamente dabei nur eine untergeordnete Rolle (Insulin 5 %; OAD 2 %). Durch Arztkontakte werden 13 % der anfallenden Kosten verursacht.

Ähnliche Ergebnisse hat auch eine kürzlich abgeschlossene amerikanische Studie erbracht. In dieser Studie wurden die Kosten, die mit den Komplikationen des Typ 2-

Diabetes zusammenhängen, modellhaft für die Gesamtlebenszeit berechnet. Hierbei kam heraus, dass über einen Zeitraum von 30 Jahren 52 % dieser Kosten durch das Auftreten von makrovaskulären Erkrankungen, 21 % infolge der Nephropathie, 17 % infolge der Neuropathie und 10 % infolge der Retinopathie verursacht wurden (im Durchschnitt 47.240 \$/ Patient/ Jahr)[62].

Aus gesundheitsökonomischer Sicht birgt der stationäre Sektor das größte Einsparpotential. 50 % der Gesamtkosten werden durch Krankenhausaufenthalte infolge diabetischer Komplikationen verursacht. Dabei liegen die in der CODE-2-Studie ermittelten Ausgaben für Krankenhausaufenthalte um das 8fache höher, als bisherige Schätzungen, die sich auf die Daten des Statistischen Bundesamtes mit der Primäreinweisungsdiagnose Diabetes stützten. Während diese Schätzungen von einem Ausgabenvolumen von 1,1 Milliarden ausgehen, wurde in der CODE-2-Studie ein Ausgabenvolumen von 9,3 Milliarden DM ermittelt. Der große Einfluss der stationären Behandlung am Gesamtausgabenvolumen zeigt sich besonders deutlich in der Abhängigkeit der Kosten vom Komplikationsstatus der Patienten. Im Hinblick auf eine Prophylaxe der Spät komplikationen und einer damit verbundenen Kostenreduktion spielen Maßnahmen zur Optimierung der Versorgungsqualität die herausragende Rolle.

2.5 Lösungsansätze zur Verbesserung der Situation

2.5.1 Patientenzentrierte Gesundheitspolitik

Zwischen den diabetologischen Fachgremien, den Gesundheitsökonomen und der Gesundheitspolitik besteht weitestgehend Einigkeit darüber, dass eine zentrale Entwicklungsperspektive um Veränderungsimpulse zu entwickeln in der Frage nach Reformnotwendigkeiten aus Sicht der Patienten liegt.

Der politische Wille zur Förderung und Ausgestaltung der Rolle der Patienten im Gesundheitswesen ist vor allem in den Dokumenten über die Gesundheitsförderung erkennbar [37,77,86]: In der Zielbestimmung von gesundheitsförderlichen Strategien geht es zunehmend um die Aktivierung und Erhaltung von menschlichen Ressourcen, um gegenseitige Unterstützung und um Partizipation im Sinne der Teilhabe von Adressaten und Betroffenen. Die Ottawa-Charta von 1986 benennt als ein wichtiges Ziel die Selbstbestimmung im individuellen und sozialen Kontext: "Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen" [77]. Die Mitgliedstaaten der WHO rufen im Rahmen der Patientenrechtsdeklaration von 1994 dazu auf, die Beziehungen zwischen Patienten und Leistungsanbietern förderlich zu gestalten und dabei insbesondere eine aktivere Beteiligung der Patienten zu ermöglichen. Die Jakarta Erklärung (1997) fordert die Stärkung der Handlungskompetenz des Einzelnen. "Gesundheitsförderung ist ein Prozess, der Menschen befähigen soll, mehr Kontrolle über ihre Gesundheit zu erlangen und sie zu verbessern. Die Stärkung der Handlungskompetenz erfordert die beständige und verlässliche Beteiligung an gesundheitsrelevanten Entscheidungsprozessen, sowie die Vermittlung der notwendigen Fähigkeiten, Fertigkeiten und des Wissens" [78].

Die Erklärung der europäischen Minister für Gesundheit von 1996 fordert die Neubestimmung und Absicherung der Rechte von Patienten im Gesundheitssystem als ein zentrales Element in der „neuen sozialen Übereinkunft über Gesundheit“. Im Mittelpunkt dieser politischen Erklärung steht die Förderung der Patientenbeteiligung bei der Konzeption, beim Aufbau, bei der Reformierung und dem Funktionieren des Gesundheitssystems. Um diese Forderungen umzusetzen wurden folgende Aktionen vorgeschlagen [37]:

-
- Förderung einer aktiven, ausbalancierten und dialogischen Beteiligung von Patienten (-organisationen) in Gesundheitsfragen;
 - aktive Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsprozess durch Information und Aufklärung;
 - Respektierung der Rechte des Patienten dazu gehören Verantwortlichkeit und Transparenz sowie die Möglichkeiten einer effektiven Vorgehensweise bei Beanstandungen;
 - Förderung der Patientenbeteiligung bei der Einführung von Qualitätsstandards in der Versorgung;
 - Unterstützung der demokratischen Teilnahme an gesundheitspolitischen Entscheidungen;
 - patientenbezogenen Qualifizierung von Professionellen.

Als jüngstes Beispiel für die politische Willenserklärung ist das Gutachten des Sachverständigenrates für die „Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ [Bd. III zum Thema Über- Unter- und Fehlversorgung] zu nennen. "Der Rat erkennt in Kompetenz und Partizipation die Schlüsselqualitäten des Nutzers, die einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und Wirtschaftlichkeit des Systems ausüben an. Daraus folgt, dass zum einen vorhandene Kompetenzen besser genutzt werden müssen, und dass zum anderen das Nutzerverhalten durch Ausbau der Kompetenzen und durch mehr Partizipation zu verbessern ist" [79].

2.5.2 Schulung als Weg zur Patientenautonomie

Die strukturierte Schulung ist inzwischen eine international anerkannte Therapiemaßnahme bei Menschen mit Diabetes. Die Effektivität und Effizienz von Schulungsmaßnahmen, im Hinblick auf eine verbesserte Therapiemitarbeit, und daraus resultierenden verbesserten Prognose, kann als gesichert angesehen werden [80].

Im Hinblick auf die Forderung nach Patientenautonomie sollte der Patient den Arzt autorisieren, eine Behandlungs- und Schulungsmaßnahme durchzuführen ("autonomuos authorization") und nicht nur seine Zustimmung dazu erteilen ("informed consent").

Eine ganzheitliche Schulung, die psychosoziale Aspekte einbezieht, sollte von folgenden Grundprinzipien geleitet sein [81]:

- Freiwilligkeit und maximale Entscheidungsfreiheit der Schulungsteilnehmer.
 - Schulung in einer geschlossenen Gruppe mit gemeinsamem Anfang/ Ende und strukturiertem Ablauf.
 - Ganzheitliche Betrachtung des Diabetes und der Therapie im Leben des Betroffenen.
 - Berücksichtigung psychosozialer Aspekte in der Konzeption aller Schulungsthemen und Einbeziehung in das Unterrichtsgespräch.
 - Gruppengespräche zu psychosozialen Fragen des Lebens mit Diabetes.
 - Vermeiden von Anweisungen; Freiräume für Schulungsteilnehmer zum Erproben eigener Lösungsalternativen.
 - Ermöglichung von Aktivität der Betroffenen, Einzeln und in der Gruppe.
 - Vermittlung gezielter psychotherapeutische Hilfen bei Bedarf.
-

Um diese Ziele zu erreichen hat die Deutsche Diabetes-Gesellschaft folgende Kriterien festgelegt, die eine "moderne" Schulung erfüllen sollte [80, 81, 84]:

Strukturqualität

- *Schulungsinhalte*: müssen den Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft entsprechen
 - *Zielgruppendefinition*: Schulung sollte zielgruppenspezifisch, z.B. für bestimmte Altersgruppen (Kinder, Jugendliche, mittleres Lebensalter, geriatrische Patienten), eine bestimmte Therapieform (nicht insulinpflichtig, insulinpflichtig) oder ein spezifisches Schulungsthema (Hypertonie, Sport, diabetischer Fuß) angeboten werden.
 - *Schulungsansatz*: Umsetzung kognitiver, affektiver und verhaltensbezogener Lernziele im Sinne des Selbstmanagement- oder Empowermentansatzes. Die Didaktik (z.B. Vortragsstil/ Erarbeitung) und Methodik (z.B. Arbeitsblätter, Metaplantchnik) der Schulung muss dieser Forderung gerecht werden. Über inhaltliche Lernziele, das didaktische Vorgehen und methodische Hinweise muss ein Curriculum vorliegen, welches die Qualität der Schulung gewährleistet. Die apparative und räumliche Ausstattung der Schulungseinrichtung muss die Anwendung der gewünschten Medien sicherstellen.
 - *Schulungsmodule*: der Schulungsschwerpunkt sollte modular gewählt werden. Dabei ist zu unterscheiden ob der Patient eine Grund,- Aufbau,- Wiederholungs- oder problemspezifische Schulung benötigt.
 - *Schulungssetting*: Schulung kann bei individuellen Problemstellungen im Rahmen einer Einzelschulung, bei allgemeinen Fragestellungen in einer Gruppenschulung (gruppendynamische Effekte) erfolgen. Die Durchführung kann alltagsbegleitend ambulant (z. B. einmal wöchentlich) oder bei entsprechender Indikation in einer stationären Schulungseinrichtung (z. B. eine Woche kontinuierlich) durchgeführt werden. Das geeignete Setting sollte, je nach Problemstellung des Patienten, individuell bestimmt werden.
-

- *Integration der Schulungsmaßnahme:* die Schulung muss in die ärztliche Behandlung integriert sein und in einer Einrichtung stattfinden, die von einem Arzt/ einer Ärztin mit entsprechender Qualifikation geleitet wird. Weiterhin sollte das Schulungspersonal über eine entsprechende Weiterbildung auf dem Fachgebiet Diabetes verfügen.

Prozessqualität

- *Formulierung und Umsetzung persönlicher Behandlungsziele:* das Schulungsprogramm muss den Patienten im Sinne eines ganzheitlichen Menschenbildes motivieren, persönliche Behandlungsziele zu formulieren. Des Weiteren sollte es angemessene Hilfestellungen anbieten, um diese Ziele zu erreichen (Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten, Hilfestellung zur Entscheidung, zur Verhaltensänderung und dem Transfer in den Lebensalltag).
- *Informationsaustausch:* zwischen allen an der Schulung beteiligten Teammitgliedern sollte ein Informationsaustausch erfolgen (z.B. Teambesprechung).
- *Einbeziehung des sozialen Kontext des Patienten:* in den Schulungsprozess sollten die Angehörigen, bzw. wichtige Bezugspersonen des Patienten einbezogen werden.
- *Maßnahmen zur Qualitätskontrolle und -sicherung des Schulungsprogrammes:* die Behandlungsziele und Schulungsergebnisse sollten dokumentiert und als Verlaufskontrolle überprüft werden.

Ergebnisqualität

Falls ein vergleichbares Schulungsprogramm vorliegt sollte die Evaluation mittels Kontrollgruppendesign erfolgen. Die Evaluation muss mindestens folgende Parameter umfassen:

- *Wissen*
 - *Grad der Zielerreichung der Ziele des Patienten*
 - *Grad der Umsetzung der Selbsthandlungsfertigkeiten*
 - *Lebensqualität, Befindlichkeit*
 - *Zufriedenheit der Patienten mit dem Schulungsprogramm*
-

-
- *HbA_{1c}-Wert*
 - *Akutkomplikationen*

2.5.3 Diabetesmodelle zur integrierten Versorgung

Aufgrund seiner gesundheitspolitischen Bedeutung kommt dem Krankheitsbild Diabetes mellitus eine herausragende Bedeutung bei der Erprobung neuer Versorgungsstrukturen im Rahmen von Modellprojekten zu. In diesem Sinne wurden in den vergangenen Jahren zahlreiche Modellverträge zwischen Kostenträgern und entsprechenden Versorgungsstrukturen des Gesundheitswesens abgeschlossen. Zielsetzung dieser Diabetesvereinbarungen war eine qualitativ hochwertige, integrative und flächendeckende Diabetikerversorgung. In den Modellverträgen sind klare Qualitätsstandards für teilnehmende Praxen und Kliniken definiert [57,58]. Als weiteres Merkmal sind in den meisten Modellprojekten Behandlungskorridore festgeschrieben, welche die Versorgungsabläufe regeln. Außerdem werden im Rahmen der Diabetesvereinbarungen besondere Vergütungsstrukturen geschaffen, welche die im Vergleich zur Regelversorgung finanziell aufwendige Behandlung umsetzbar machen.

Diabetesvereinbarungen wurden schon in verschiedenen Bundesländern erprobt und konnten eine Verbesserung der Versorgungsqualität nachweisen [40,41,42,43,48,59]. Die derzeit in Teilbereichen veröffentlichte TEMPO- Studie konnte zeigen, dass mit Hilfe sinnvoller Regelungen im Bereich der Kooperation die Krankenhauseinweisungen auf 1,6 % gesenkt werden konnten [132]. Im Rahmen der EVA-Studie konnte nachgewiesen werden, dass sich die Betreuungsqualität innerhalb eines integrierten Versorgungssettings im Vergleich mit einer AOK-Stichprobe verbessert [55]. Die Ergebnisse der bisherigen Diabetesmodelle weisen zusammenfassend darauf hin, dass sich durch ergebnisorientierte Anreizstrukturen und neue Vergütungselemente Behandlungsabläufe steuern lassen. Gleichzeitig können Kostenverschiebungen erzielt werden, welche die Kosten für eine Verbesserung der Versorgungsqualität der Betroffenen, über sinnvolle Einsparungen im stationären Bereich, finanzierbar machen [55,56].

2.5.4 DMP - ein neuer gesundheitspolitischer Lösungsansatz?

Seit dem 1. Januar 2002 ist ein neues Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in Kraft getreten, welches für Diskussionen in der "Diabetesszene" sorgt. Die neuen gesetzlichen Regelungen geben den Krankenkassen die Möglichkeit mittels Disease-Management-Programmen (DMP) die Versorgung bestimmter Patientengruppen zu verbessern. Gleichzeitig sollen Krankenkassen mit einem hohen Anteil an chronisch kranken Patienten, mittels Risikostrukturausgleichs (RSA), finanziell entlastet werden. Konkret bedeutet dies für die Krankenkassen, dass sie entsprechend der Risikostruktur ihrer Versicherten aus einem Ausgleichstopf Beitragsbedarfzuweisungen erhalten. Allerdings müssen sich die Patienten hierzu in akkreditierte Disease-Management-Programme einschreiben. Sie werden dann mit all ihren Kosten aus dem bisherigen RSA heraus- und in eine neu geschaffene Gruppe eingegliedert. Als Nettoeffekt entsteht den Krankenkassen für chronisch kranke Patienten ein höherer Finanzrückfluss aus dem RSA als bisher.

Um die neutrale Qualität der Programme zu schützen, ist die Akkreditierung durch eine entsprechende Stelle beim Bundesamt für Versicherungswesen vorgesehen. Eine weitere, entscheidende Veränderung im Vergleich zu den bisherigen Diabetesvereinbarungen ist die Einschreibung der Ärzte in das Programm. Diese verpflichten sich mit ihrer Unterschrift, im Programm definierte Rechte und Pflichten anzuerkennen und wahrzunehmen.

Disease-Management ist also die auf eine Krankheit bezogene systematische, prozessorientierte Versorgung des Patienten. Auf Empfehlung des Koordinierungsausschusses, bestehend aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), der Bundesärztekammer (BÄK), der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Vorsitzenden der Bundesausschüsse der Krankenkassen, wurden dem Bundesministerium für Gesundheit, im Februar 2002, folgende vier Krankheiten für die Erprobung der Disease-Management-Programme vorgeschlagen:

- Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 (inkl. Modul Hypertonie)
 - Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma bronchiale und COPD)
 - Koronare Herzkrankheit (inkl. Modul Hypertonie)
 - Brustkrebs
-

Im zweiten Schritt hat der Koordinierungsausschuss die Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme definiert und an das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) empfohlen. Im Rahmen der Programme sollen folgende gesetzlich definierten Eckpunkte berücksichtigt werden:

1. Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors,
2. durchzuführende Qualitätssicherungsmaßnahmen,
3. Voraussetzungen und Verfahren für die Einschreibung der Versicherten in ein Programm einschließlich Dauer der Teilnahme,
4. Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten,
5. Dokumentation und
6. Bewertung der Wirksamkeit des Behandlungsprogramms und der Kosten (Evaluation) und die zeitlichen Abstände zwischen den Evaluationen eines Programms sowie die Dauer seiner Zulassung.

Auf den ersten Blick erscheint die Einführung der Disease- Management- Programme als eine Weiterentwicklung der bisherigen regionalen Diabetesvereinbarungen und -modelle. Auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien, die für das Krankheitsbild Diabetes mellitus vorliegen, soll die Wirksamkeit (Effektivität) und die Wirtschaftlichkeit (Effizienz), z.B. der Diabetikerversorgung optimiert werden. In diesem Sinne wäre die Einführung von Disease- Management- Programmen in Deutschland zu begrüßen, wenn Theorie und Praxis Hand in Hand gingen. Tatsächlich hat der vom AOK Bundesverband beschrittene Weg, zur Umsetzung dieser Maßnahmen, eine breite Abwehrfront der maßgeblichen Interessenverbände der deutschen Diabetologie heraufbeschworen.

Sowohl die Deutsche Diabetes-Gesellschaft, als auch der Deutsche Diabetikerbund und die regionalen Arbeitsgemeinschaften rufen die Ärzte und Patienten zum offenen Boykott von Curaplan, so der Name des DMP der AOK, auf. Alle Interessenverbände äußern erhebliche Bedenken gegen bestimmte Inhalte des AOK-Programms. Der Entwurf von Curaplan wurde ohne Einbindung der Fachgesellschaft DDG und der Selbsthilfegruppe DDB entwickelt. Die Curaplan- Leitlinie weicht in wesentlichen Punkten von der "Nationalen Versorgungs-Leitlinie" [17] ab, und es wurde auf eine Auswertung der Erfahrungen aus der bisherigen Evaluation der Modellverträge verzichtet.

Die wesentlichsten Kritikpunkte an dem AOK-Modell sind:

- HbA_{1c}-Wert als derzeit wichtigster Verlaufsparemeter ist im DMP nicht vorgesehen,
- Da die Blutzuckereinstellung von untergeordneter Bedeutung ist, sind bei der überwiegenden Patientenzahl keine Blutzuckerselbstkontrollen notwendig,
- Für die meisten Typ 2-Diabetiker reicht das Therapieziel "Symptomfreiheit",
- Diabetologische Schwerpunktpraxen haben zu einer unnötigen Verteuerung der Therapie geführt.

Aus Sicht der in der Diabetesversorgung tätigen Experten ist der aktuelle Curaplan-Entwurf, der im Juli 2002 in die Regelversorgung implementiert werden soll, darauf ausgelegt, auf Kosten einer sachgerechten und wissenschaftlich fundierten Betreuung Geld einzusparen. Die Versorgung der Betroffenen wird sich dadurch weiter verschlechtern. Bestehende Diabetesverträge wurden bundesweit gekündigt und die Zukunft der Versorgungsebene 2 ist derzeit ungewiss.

Nach Recherche der Autorin lag bis einschließlich Januar 2003 kein akkreditiertes Disease- Management- Programm Diabetes zur Einschreibung vor.

3 Entwicklung eigener Fragestellungen und Arbeitshypothesen

3.1 Fragestellungen

Das deutsche Gesundheitswesen erreicht im internationalen Vergleich, trotz eines unverhältnismäßig hohen Einsatzes von Mitteln, nur mittelmäßige Gesundheitsergebnisse. Die Optimierung des Nutzerverhaltens, durch den Ausbau der Kompetenzen und durch mehr Partizipation, wird von Experten als zentrale Lösungsstrategie vorgeschlagen. Schlagworte wie Partizipation und Teilhabe, Selbstbestimmung und Handlungskompetenz demonstrieren den politischen Willen die Rolle des Patienten zu stärken.

Bisherige Untersuchungsansätze vernachlässigen die Sichtweise der Patienten zur Erreichung des Gesundheitszieles. In Deutschland gibt es, nach sorgfältiger Recherche der Autorin, vergleichsweise wenig Studien über die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung und den Einfluss der interaktiven Seite der Gesundheitsversorgung. Auch die Datenlage zu konkreten Patientenerwartungen und -wünschen an den behandelnden Arzt ist zum aktuellen Zeitpunkt beschränkt. Ein umfangreicher Literaturüberblick (siehe Anhang) über die internationale Studienlage zeigt, dass in den vergangenen Jahren zahlreiche Studien zur Patientenzufriedenheit durchgeführt wurden. Allerdings handelt es sich bei den existierenden Studien, zu diesem Themenkomplex, um sehr allgemeine Fragestellungen zur Zufriedenheit der Bevölkerung mit der ambulanten und stationären Versorgung. Diese Studien scheinen nicht geeignet, die wirklichen Schwachstellen der Patientenbetreuung aufzuspüren.

Die meisten der vorliegenden Studien wurden außerdem bei einem Durchschnittskollektiv von "Hausarztpatienten" durchgeführt. Darüber, wie sich die Situation für chronisch kranke Patienten, die in besonderem Maße auf Aufklärung und Partizipation angewiesen sind darstellt, gibt es nur Spekulationen. Defizite im Bereich der Vermittlung der notwendigen Fertigkeiten, Fähigkeiten und des Wissens, sowie daraus resultierende Wirksamkeitsmängel medizinischer Leistungen, zeigen sich jedoch insbesondere bei diesem Patientenkollektiv. Für Langzeit-Patienten ist die weitgehende Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit sowie die Erlangung entsprechender Handlungskompetenzen zukunfts- und letztlich lebensentscheidend. Darüber hinaus handelt es sich bei chronisch Kranken um Patienten die längere und intensivere Erfahrungen mit dem

Gesundheitssystem gemacht haben, als der „Durchschnittspatient“. Sie stehen in einem „Langzeitarbeitsverhältnis“ zu ihrem behandelnden Arzt, welches i.d.R. über Jahre gewachsen ist und vermutlich von anderen Erwartungen/ Erfahrungen der Partner (Arzt-Patient) geprägt wird als „kurzfristige Arbeitsverhältnisse“.

Vor diesem Hintergrund ist es das Anliegen der vorliegenden Untersuchung die Kernprozesse der Interaktion zwischen Arzt und Patient aus der Perspektive von chronisch kranken Patienten zu untersuchen. Folgende Fragen stehen dabei im Mittelpunkt:

- Inwieweit sind Patienten zum aktuellen Zeitpunkt in der Lage ihre neue Rolle auszuüben?
- Sind die in den gesundheitspolitischen Vorschlägen geforderten Schlüsselqualifikationen „Kompetenz“ und „Partizipation“ bei den Patienten schon vorhanden?
- Inwieweit ist bei Patienten der Wunsch nach mehr Autonomie vorhanden?
- Wie gestaltet sich die Arzt- Patient- Beziehung?
- Inwieweit tragen Ärzte der Eigenkompetenz der Patienten Rechnung?
- Wie gestalten sich Interaktionsprozesse zwischen den Versorgungsebenen?

Um diese Kernprozesse aus Patientensicht abzubilden, wurden der Untersuchung folgende Fragestellungen zugrunde gelegt, auf die im Anschluss (Kapitel 3.2) entsprechende Arbeitshypothesen formuliert werden:

Fragestellung 1:

Ist die Arzt- Patient- Beziehung darauf ausgerichtet, die ko-produktiven Potentiale der Patienten im Sinne des "Selbstmanagementansatzes" zu aktivieren?

Fragestellung 2:

Inwieweit sind die Voraussetzungen bezüglich der Vermittlung von Information, Beratung und ggf. Schulung erfüllt, um Patienten in die Rolle eines „mündigen Partners“ im Gesundheitsprozess zu versetzen?

Fragestellung 3:

Wie realistisch beurteilen Patienten Ihre medizinische Versorgungsqualität?

Fragestellung 4:

Wie erleben Patienten die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen?

Mit Hilfe dieser Fragestellungen soll ein Status Quo der Umsetzung dieser Forderungen aus der Patientenperspektive ermittelt werden. In diesem Zusammenhang werden kritische Erfolgsfaktoren und typische Blockaden der Interaktion von Gesundheitssystem und chronisch krankem Patient genauer betrachtet und beurteilt. Im letzten Schritt soll geprüft werden inwieweit eine Schulung, als Aufklärungsmaßnahme, einen Einfluss auf die genannten Prozesse hat.

Anhand der Ergebnisse soll abgeleitet werden, ob und inwieweit das deutsche Gesundheitssystem aktuell die Voraussetzungen bietet, chronisch kranke Patienten in die von Gesundheitsexperten geforderte Position des "mündigen Klienten medizinischer Leistung" zu versetzen.

3.2 Arbeitshypothesen

Vorliegende Studien zur Patientenzufriedenheit lassen vermuten, dass es bei den Betroffenen ein Autonomiepotential gibt. Der Wunsch nach Aufklärung und Information über die Erkrankung wird in allen Studien, von den Patienten hoch bewertet. Er ist ein entscheidender Faktor für die Zufriedenheit mit der Betreuung. Allerdings deuten die Studien auch darauf hin, dass die Forderung nach weiterführenden autonomierelevanten Aspekten für die meisten Patienten eine eher untergeordnete Rolle spielt. Auch das Selbstverständnis für die Rolle der Patienten als "gleichberechtigter Partner" in der Arzt-Patient- Beziehung scheint noch entwicklungsfähig.

In Bezug auf die Fragestellung werden der Untersuchung folgende Arbeitshypothesen zugrunde gelegt:

Arbeitshypothese 1:

Die Form der Autoritätsbeziehung zwischen Arzt und Patient behindert die Aktivierung der ko- produktiven Potentiale auf der Seite der Patienten.

Arbeitshypothese 2:

Infolge unzureichender Vermittlung der notwendigen Fähigkeiten und des Wissens sind Patienten nicht ausreichend aufgeklärt und somit nicht in der Lage ihre Rolle als „mündiger Partner“ im Gesundheitsprozess zu übernehmen.

Arbeitshypothese 3:

Die Einschätzung der Versorgungsqualität durch Patienten ist zu positiv und spiegelt nicht die tatsächliche medizinische Versorgungsqualität wieder.

Arbeitshypothese 4:

Patienten haben mit der Interaktion der Leistungserbringer im Gesundheitssystem negative Erfahrungen gemacht, welche ihre Therapiemotivation und -durchführung negativ beeinflussen.

4 Ergebnisse der Untersuchung

4.1 Beschreibung der Rahmenbedingungen und des Untersuchungskollektivs

4.1.1 Versorgungssituation im Untersuchungsgebiet Frankfurt/Main

Orientiert man sich am Einzugsgebiet der Kassenärztlichen Vereinigung, Bezirksstelle Frankfurt, ergibt sich für die Gesamtpopulation folgendes Bild [34]:

Tabelle 19: Population im KV-Bereich der Bezirksstelle Frankfurt/ Main

Region	Bevölkerungszahl am 31.12.98
Stadt Frankfurt am Main	643 857 Einwohner
Main-Taunus-Kreis	216 353 Einwohner
Hoch- Taunus-Kreis	222 983 Einwohner
Stadt Offenbach am Main	115 905 Einwohner
Landkreis Offenbach	331 485 Einwohner
Main-Kinzig-Kreis	402 616 Einwohner
Gesamt	1 933 199 Einwohner

Berechnet [1,18,35] man auf der Grundlage dieser Bevölkerungszahl das epidemiologische Vorkommen des Diabetes mellitus sieht die Situation im Raum Frankfurt/ Main folgendermaßen aus:

Tabelle 20: Epidemiologie des Diabetes mellitus im KV- Bereich

Einwohner in Südhessen,	ca. 1 933 199
4,24 % Diabetiker [35],	ca. 81 968
Typ 1-Diabetiker (ca. 5 %)	4098
Typ 2-Diabetiker (ca. 95 %)	77 870
davon im höheren Alter (über 65 J.) ca. 60 %	ca. 46 722
davon im jüngeren und mittleren Alter (bis 65 J.) ca. 40 %	ca. 31 148

Nach Angaben der KV Hessen, Bezirkstelle Frankfurt stellt sich die Versorgung mit Vertragsärzten in der Region wie folgt dar:

Tabelle 21: Vertragsärzte der KV Hessen - Bezirkstelle Frankfurt

	Anzahl der Allgemeinärzte	Anzahl der hausärztl. tätigen Internisten	Anzahl der fachärztl. tätigen Internisten
Frankfurt/M.- Stadt	373	111	77
Main- Taunus- Kreis	105	32	8
Hoch- Taunus- Kreis	83	34	18
Offenbach- Stadt	63	15	18
Offenbach- Land	139	37	10
Main- Kinzig- Kreis	209	37	20
Gesamt	972	266	151

Quelle: KV Hessen; Stand 15.08.2001

Im Einzugsbereich der Bezirksstelle Frankfurt sind 972 Vertragsärzte als Allgemeinarzt bzw. 266 als hausärztlich tätiger Internist niedergelassen. Damit stehen für die Basisversorgung der 81 968 Diabetiker im Raum Frankfurt 1238 Hausärzte zur Verfügung.

Berechnet man auf dieser Zahlengrundlage die durchschnittliche Fallzahl pro Praxis, werden in jeder Hausarztpraxis ca. 66 Diabetespatienten versorgt.

Tabelle 22: Anzahl der Diabetiker in einer durchschnittlichen Praxis

	Fallzahl/ Praxis
Durchschnittliche Gesamtzahl der Diabetiker/ Praxis	66
davon Typ 1-Diabetes (ca. 5 %)	3
davon Typ 2-Diabetes (ca. 95 %)	63
<i>im höheren Alter (über 65 J.) ca. 60 %</i>	38
<i>im jüngeren und mittleren Alter (bis 65 J.) ca. 40 %</i>	25

Rechnet man diese Zahlen auf die unterschiedlichen Schulungsanforderungen des Patientenkollektivs herunter, wie z.B. Alter, Therapieform, etc. ergeben sich für eine durchschnittliche Hausarztpraxis, ohne Schwerpunkt, organisatorische Probleme bei der Umsetzung qualifizierter und zielgruppenorientierter Schulungsprogramme. Diese Aussage konnte auch durch eine 1994 durchgeführte Untersuchung der Schulungshäufigkeit in mittelhessischen Arztpraxen belegt werden. Im Durchschnitt führten nur 5 % der befragten Arztpraxen, mit einer entsprechenden Zusatzqualifikation (nach Abrechnungsziffer 15), regelmäßig Diabetikerschulungen durch. Als Gründe für die geringe Schulungsaktivität wurden an erster Stelle die fehlende Patientenmotivation, und an zweiter Stelle ein zu geringes Zeitbudget seitens der Praxis angeführt [35].

Eine kritische Bestandsaufnahme der Versorgungssituation von Typ 2-Diabetikern im mittleren Lebensalter bestätigt, dass der Großteil der Patienten bisher überhaupt noch nicht, zu spät oder unzureichend geschult ist [83,84]. Diese Aussage spiegelt sich auch in den Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung aus dem Quartal I/2001 der Bezirksstelle Frankfurt wieder. Im ersten Quartal wurden insgesamt 160 Schulungen in folgender Verteilung abgerechnet:

Tabelle 23: Abrechnungsdaten der KV Hessen für Schulungen im Quartal I/2001

Abrechnungsziffer	Schulungsgruppe	Zahl der Patienten
8013	Typ 2 ohne Insulin	87
8014	Typ 2 mit Insulin	52
8016	Typ 1	21

Diese geschätzten Hochrechnungen zeigen eindrucksvoll, dass das Ziel einer flächendeckenden Schulung, für Diabetiker im Raum Frankfurt, noch nicht im Entferntesten umgesetzt wird.

4.1.2 Das Schulungskonzept der Universitätsklinik Frankfurt/ Main

Zur Medizinischen Klinik I der Universitätsklinik Frankfurt/ Main gehört ein, nach den Richtlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft, zertifiziertes Schulungszentrum für Typ 1- und Typ 2-Diabetiker. Entsprechend den Anerkennungskriterien erfüllt das Diabetes-Schulungszentrum die geforderten Voraussetzungen zur Struktur- Prozess- und Ergebnisqualität. Die Schulung erfolgt im Rahmen eines 12-tägigen stationären Aufenthaltes in einer geschlossenen Gruppe (An-/ Abreise der Patienten am gleichen Tag) von 10 Patienten.

 Diabetes-Schulungszentrum (Woche 1)							
Uhr	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
9.00 bis 9.45	Begrüßung/ Stations- begehung	I Arztsprech- stunde	Gesunde, Ernährung	Bedeutung der Kohlen- hydrate	Lehrküche Backen		
10.00 bis 10.45	Schulung - Erwartungen Wünsche		Insulin- bedarf/ - dosierung	Soziale Aspekte -	psycholog. Einzel- beratung	Notfall- seminar für Patienten und Angehörige	
11.00 bis 11.45	Säulen der Therapie	Slimline- Gymnastik I	Insulin- anpassung	Diabetes und Beruf	Entspannungs- übung		
14.00 bis 14.45	Was ist Diabetes?	Blutzucker- besprechung	Unter- zuckerung	Blutzucker- besprechung	Blutzucker- besprechung	Blutzucker- besprechung	
15.00 bis 15.45	Arztsprech- stunde	Insuline und deren Wirkprofile	Blutzucker- selbst- kontrolle	Süßungs- mittel	Blutdruck- kontrolle und Bedeutung		
16.00 bis 16.45		Hilfsmittel und Spritztechnik		Diabetes- management in der Öffentlichkeit	gemeinsames Kaffeetrinken		
17.00 bis 17.45				Pizza, Gyros, Fishmac- ein Problem?			

Abb. 2: Stundenplan der 12-Tages-Schulung in der Uniklinik – 1. Woche

 Diabetes-Schulungszentrum (Woche 2)							
Uhr	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag		
9.00 bis 9.45	Diabetes- akzeptanz/ Wege zur Eigenverant- wortung	Umgang mit Ängsten	Besondere Ernährungs- formen		Ärztliche Abschluss- gespräche		
10.00 bis 10.45			Lehrküche fettarme Zubereitung				
11.00 bis 11.45			Entspannungs- übung	Slimline- Gymnastik			
14.00 bis 14.45	Blutzucker- besprechung	Blutzucker- besprechung	Blutzucker- besprechung	Blutzucker- besprechung	Abreise		
15.00 bis 15.45	Diabetes und Sport	Sprechstunde Orthopädie- Schumacher	Stoffwechsel- entgleisung	Getränk Kunde			
16.00 bis 16.45	Folgeschäden und sinnvolle Checks	Fußpflege und Schuh		Schulungsende! Wie geht's weiter?			
17.00 bis 17.45				Besonderen Situationen	Psychologische Abschluss- gespräche		

Abb. 3: Stundenplan der 12-Tages-Schulung in der Uniklinik – 2. Woche

Das Schulungsprogramm ist darauf ausgerichtet, sowohl theoretische als auch praktische Kenntnisse entsprechend der Philosophie des Selbstmanagement- / Empowermentansatzes zu vermitteln. Darüber hinaus werden Barrieren und Probleme der Umsetzung im Alltag und im sozialen Umfeld thematisiert und ggf. individuelle Lösungsstrategien besprochen. Über Lernziele und Inhalte der Unterrichtseinheiten liegt ein Curriculum vor.

Zum Schulungsteam gehören 5 DiabetesberaterInnen DDG, eine Psychologin sowie ein Teamarzt (Diabetologe DDG).

Es findet täglich eine Teambesprechung zum Informationsaustausch aller Teammitglieder statt. Das Diabetes-Schulungszentrum nimmt an regionalen und überregionalen Qualitätssicherungsmaßnahmen (Dokumentationsbogen der Hessischen Fachgesellschaft für Diabetologie, Arbeitsgemeinschaft strukturierte Diabetestherapie, etc.) teil.

4.1.3 Stichprobenbeschreibung

4.1.3.1 Patiententeilnahme und Rücklaufquote

Insgesamt bearbeiteten 121 Patienten des Diabetes-Schulungszentrums der Medizinischen Klinik I des Universitätsklinikums Frankfurt den Fragebogen zu Beginn [t₁] und am Ende eines stationären Schulungsaufenthalts [t₂] sowie 3 Monate nach ihrer Entlassung [t₃]. Der absolute Rücklauf betrug 84 Fragebögen. Das entspricht einer Rücklaufquote von 69,4 %.

4.1.3.2 Patientencharakteristika

Der Anteil an Typ-1-Diabetikern im befragten Patientenkollektiv beträgt 39,7 %, dies entspricht N= 48 Patienten. Demnach liegt der Anteil von Typ 2-Diabetikern bei 60,3 % entsprechend N= 73 Patienten. In bezug auf die epidemiologische Verteilung der Diabetestypen in der Gesamtbevölkerung (ca. 95 % Typ 2-Diabetiker) ist der Anteil der Typ-1-Diabetiker im Kollektiv der Uniklinik Frankfurt/ Main sehr hoch.

4.1.3.3 Kontrolldaten des Patientenkollektivs

Im Rahmen der Fragestellung wird die subjektive Einschätzung der Versorgungsqualität durch die Patienten mit objektiven medizinischen Parametern verglichen und beurteilt. In diesem Zusammenhang wurde ein Kontrolldatenblatt (siehe Anhang) entwickelt, mit dessen Hilfe wichtige Parameter der medizinischen Versorgungsqualität sowie soziodemographische Daten erfasst wurden.

In den Tabellen 24 und 25 sind wichtige allgemeine Rahmendaten des Patientenkollektivs im Überblick zusammengestellt:

Tabelle 24: Allgemeine Daten des Patientenkollektivs der Uniklinik Frankfurt/ Main

	Typ 1	Typ 2	Gesamt
Durchschnittsalter:	42,9 J. +/- 15,7	61,7 J. +/- 10,3	54,4 J. +/- 15,6
Diabetesdauer	14,5 J. +/- 11,0	11,0 J. +/- 9,4	12,4 J. +/- 10,2
Dauer der Insulinbehandlung	13,9 J. +/- 11,5	3,0 J. +/- 5,9	7,3 J. +/- 10,7
Therapieform:			
Ohne Insulin	0 %	7,0 %	4,2 %
Konventionell	10,6 %	39,4 %	28,0 %
Präprandial	2,1 %	19,7 %	12,7 %
Intensiviert	87,2 %	33,8 %	55,1 %
BZSK/ Woche	34,0 +/- 11,8	22,4 +/- 11,8	27,0 +/- 12,5
Hba1_c	8,03 % +/- 2,08	8,19 % +/- 2,17	8,1 % +/- 2,1
Body-Mass-Index	23,93 +/- 3,40	30,15 +/- 5,59	27,7 +/- 5,7
Schwere Hypoglykämie	14,6 %	1,4 %	6,6 %

Altersverteilung

Das Durchschnittsalter der Typ-1-Diabetiker des untersuchten Patientenkollektivs liegt bei 42,9 (+/-15,7) Jahren. Der Altersdurchschnitt der Typ 2-Diabetiker liegt mit 61,7 (+/-10,3) Lebensjahren deutlich unter dem Altersdurchschnitt der Diabetiker in der Gesamtpopulation. In bezug auf die Diabetesdauer ergibt sich ein mittleres Manifestationsalter von 28,4 Jahren bei den Typ-1-Diabetikern sowie 50,7 Jahren bei den Typ 2-Diabetikern.

Therapieoptionen

Von den 121, während der Studie betreuten, Patienten wurden bei Aufnahme ins Diabetes-Schulungszentrum 95,8 % mit Insulin behandelt. Der hohe Anteil an insulinpflichtigen Typ 2-Diabetikern erklärt sich daraus, dass einer der häufigsten Einweisungsgründe in eine stationäre Schulungseinrichtung die Erst- bzw. Neueinstellung auf Insulin ist.

Entsprechend der Pathophysiologie beider Erkrankungen (D. m. Typ-1/ Typ-2) ist der Manifestationszeitpunkt und der Beginn der Insulinbehandlung für den Typ-1 Diabetiker nahezu zeitgleich zu verzeichnen, während die Typ-2-Diabetiker im Durchschnitt in den ersten 8 Jahren mit anderen Therapieoptionen behandelt werden. Während rund 87,2 % der Typ-1-Diabetiker mit einer intensivierten Insulintherapie behandelt werden und im Durchschnitt 4,7 mal täglich eine Blutzuckerselbstkontrolle (BZSK) durchführen, sieht das bei den Typ-2 Diabetikern ganz anders aus. 59,1 % der Typ-2-Diabetiker spritzen 2 bis 3 mal täglich Insulin und messen den Blutzucker dementsprechend im Durchschnitt 3,2 mal/ Tag.

HbA_{1c}-Werte

Der mittlere HbA_{1c}- Wert liegt in beiden Patientengruppen über 8 % und somit deutlich über der Empfehlung der European Policy Group. Bildet man HbA_{1c}-Gruppen entsprechend einem niedrigem, mäßigen und hohen Risiko für die Entstehung von Folgekomplikationen, und unterteilt diese ergänzend nach Alterskategorien, zeigt sich folgendes Bild der Einstellungsqualität:

Tabelle 26: HbA_{1c} und Alter

HbA _{1c} (%)	Alter in Jahren						Insgesamt	
	≤ 40 J.		> 40 J. ≤ 64 J.		> 64 J.			
	<i>Typ-1</i>	<i>Typ-2</i>	<i>Typ-1</i>	<i>Typ-2</i>	<i>Typ-1</i>	<i>Typ-2</i>	<i>Typ-1</i>	<i>Typ-2</i>
≤ 6	10,4 %	2,7 %	10,4 %	1,4 %	25,0 %	2,7 %	45,8 %	6,8 %
> 6 ≤ 8	2,1 %	5,5 %	20,8 %	9,6 %	14,6 %	13,7 %	37,5 %	28,8 %
> 8	0 %	2,7 %	6,3 %	34,2 %	10,4 %	27,5 %	16,7	64,4 %

Diese Daten dokumentieren eindrucksvoll die schlechte Einstellungsqualität der Diabetiker des untersuchten Kollektivs. Knapp die Hälfte der Typ-1 Diabetiker und nur 6,8 % der Typ-2 Diabetiker erreichen eine zufriedenstellende Einstellungsqualität. Ähnliche Ergebnisse erbrachte die von Standl et al. durchgeführte Münchner Praxisstudie zur Betreuung von Typ-2-Diabetikern im Großraum München. In dieser Studie lag der Anteil der Patienten mit Typ-2-Diabetes ≤ 64 Jahren und einem HbA_{1c} über 8 % sogar bei 44,1 %.

Dagegen ist die Einstellungsqualität der Typ-1-Diabetiker ist besser. 45,8 % der Typ-1-Diabetiker liegen bei einem Hba1c-Wert unter 6 %, also im Normbereich. Dieses gute Ergebnis darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass bei 35,7 % der Typ-1-Diabetiker Werte zwischen 6 % und 8 % ermittelt wurden. 16,7 % haben sogar einen HbA_{1c}-Wert, der über 8 % liegt.

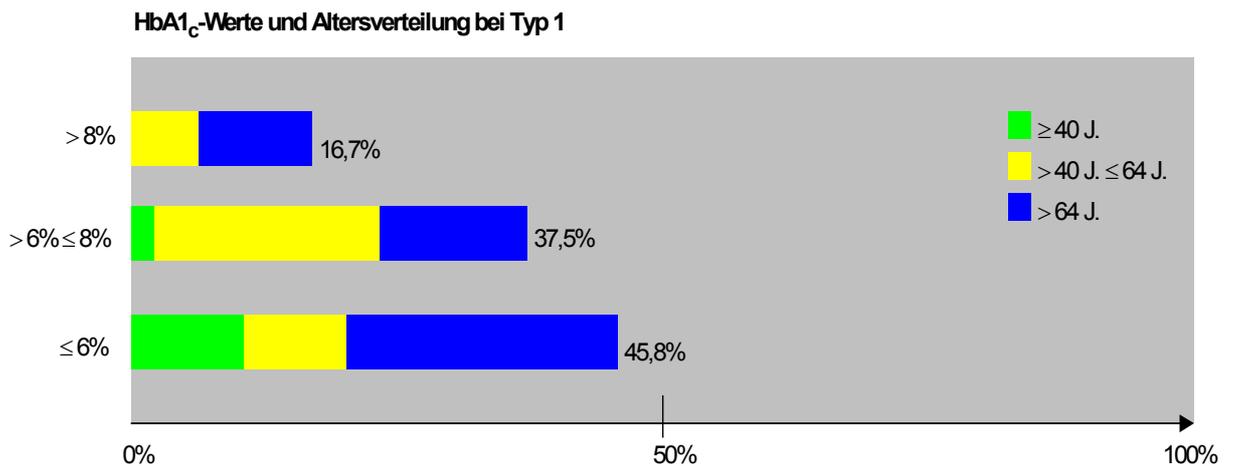


Abb. 4: HbA_{1c}-Werte und Altersverteilung Typ-1

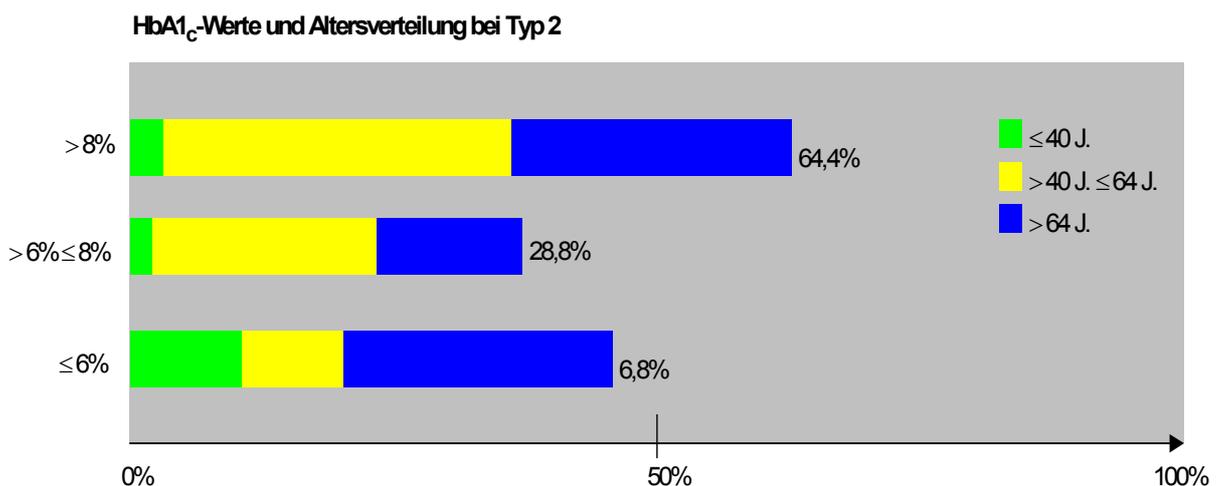


Abb. 5: HbA_{1c}-Werte und Altersverteilung Typ-2

Vergleicht man die Ergebnisse der CODE-2-Studie mit den Ergebnissen der hier vorliegenden Untersuchung, ist das Risikoprofil hinsichtlich des festgestellten HbA_{1c} noch höher einzustufen.

Tabelle 27: Hba_{1c}-Wert-Verteilung/ Vergleich CODE-2-Studie/ Uniklinik

Risikoprofil	Hba _{1c} -Wert (%)	CODE-2	Kollektiv Uniklinik
gering	< 6,5	26 %	17 %
mittel	≥ 6,5 bis < 7,5	29 %	19 %
hoch	≥ 7,5	45 %	64 %

Nur 17 % der Typ-2 Diabetiker erreichen einen HbA_{1c}- Wert im Bereich des mäßigen Risikos, während 64 % ein hohes Risikopotential für Folgekomplikationen haben.

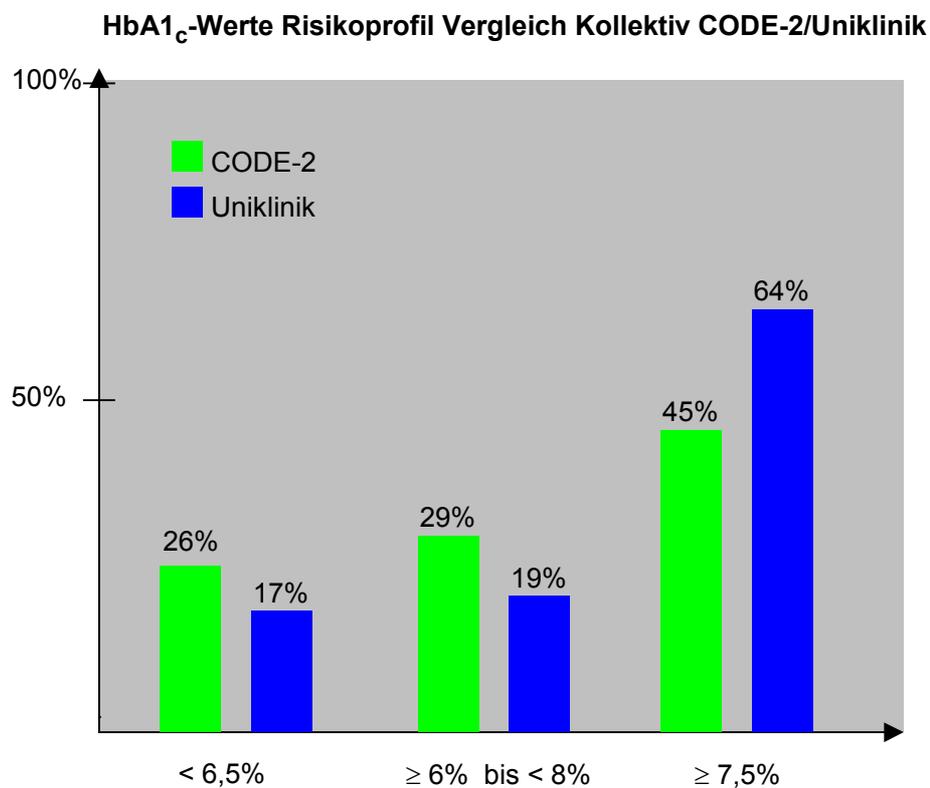


Abb. 6: Risikoprofil/ Vergleich CODE-2/ Uniklinik

Gewicht

Erwartungsgemäß sind die Typ-1-Diabetiker normalgewichtig. Die Typ-2-Diabetiker sind nach WHO-Definition mit einem mittleren BMI von 30,15 (+/- 5,59) im Bereich der manifestierten Adipositas einzuordnen. Dadurch tragen sie, entsprechend der Richtlinien der European Diabetes Policy Group, ein hohes Risiko für die Entwicklung von Gefäßkomplikationen.

Tabelle 28: Weitere Risikofaktoren und Folgeerkrankungen

	Typ 1	Typ-2	Gesamt
Hypertonie	33,3 %	75,3 %	58,7 %
Blutdruck systolisch mmHg	132,2 +/- 22,7	148,8 +/- 19,3	142,3 +/- 22,2
Blutdruck diastolisch mmHg	79,9 +/- 10,0	85,8 +/- 9,1	83,5 +/- 9,9
Hyperlipidämie	18,8 %	68,5 %	48,8 %
Gesamt-Cholesterin mg/dl	183,2 +/- 32,1	202,3 +/- 51,1	194,7 +/- 45,3
LDL- Cholesterin mg/dl	104,5 +/- 29,2	124,75 +/- 46,2	117,1 +/- 41,7
HDL- Cholesterin mg/dl	60,8 +/- 19,5	47,6 +/- 12,6	52,6 +/- 16,8
Triglyzeride mg/dl	95,4 +/- 64,7	166,0 +/- 129,0	138,0 +/- 113,2
	Typ 1	Typ-2	Gesamt
Polyneuropathie	37,5 %	63,0 %	52,9 %
pAVK	2,1 %	11,1 %	7,5 %
Koronare Herzkrankheit	10,4 %	18,1 %	15,0 %
Herzinfarkt	6,3 %	13,9 %	10,8 %
Nephropathie	18,8 %	5,5 %	10,7 %
Mikroalbumin	25,0 %	30,1 %	28,1 %
Kreatinin mg/dl	0,9 +/- 0,4	0,9 +/- 0,3	0,9 +/- 0,4
Retinopathie	27,1 %	15,1 %	19,8 %

Basierend auf den Normwerten der European Policy Group stellt sich das Patientenkollektiv bezüglich Risikofaktoren und Folgeerkrankungen wie folgt dar:

Blutdruck

Bei 58,7 % aller Patienten des Kollektivs liegt ein behandlungsbedürftiger Bluthochdruck vor. Von diesem Anteil der Patienten entfallen 75 % auf die Typ-2-Diabetiker und nur 25 % auf die Typ-1-Diabetiker.

Blutfettwerte

Bei 48,8 % der Patienten liegt eine behandlungsbedürftige Hyperlipidämie vor. Ebenso wie beim Blutdruck liegt der Anteil der Typ-2-Diabetiker mit erhöhten Blutfettwerten signifikant höher (68,5 %) als der Anteil betroffener Typ-1-Diabetiker (18,8 %).

Tabelle 29: Risikoprofil der Blutfettwerte/ Vergleich Kollektiv CODE-2-Studie/ Uniklinik

Blutfettfraktion	Risiko (Patienten in %)					
	CODE-2	Uniklinik	CODE-2	Uniklinik	CODE-2	Uniklinik
	niedrig		mittel		hoch	
*Chol _{ges}	19 %	40 %	38 %	43 %	43 %	17 %
*LDL-Chol	26 %	47 %	41 %	32 %	33 %	21 %
*Nüchtern TG	38 %	71 %	21 %	10 %	41 %	19 %
*HDL-Chol	50 %	65 %	22 %	7 %	28 %	28 %

* Chol_{ges} : Gesamt-Cholesterin, * LDL-Chol: Low-density-Lipoprotein-Cholesterin, *HDL-Chol: High-density- Lipoprotein-Cholesterin, *Nüchtern TG: Nüchtern-Triglyzeride

In bezug auf die Lipidwerte haben die Typ-2-Diabetiker der Uniklinik ein niedrigeres Risikoprofil als die Patienten der CODE-2-Studie (siehe Abbildung 6).

Blutfettwerte-Risikoprofil Vergleich CODE-2/Uniklinik

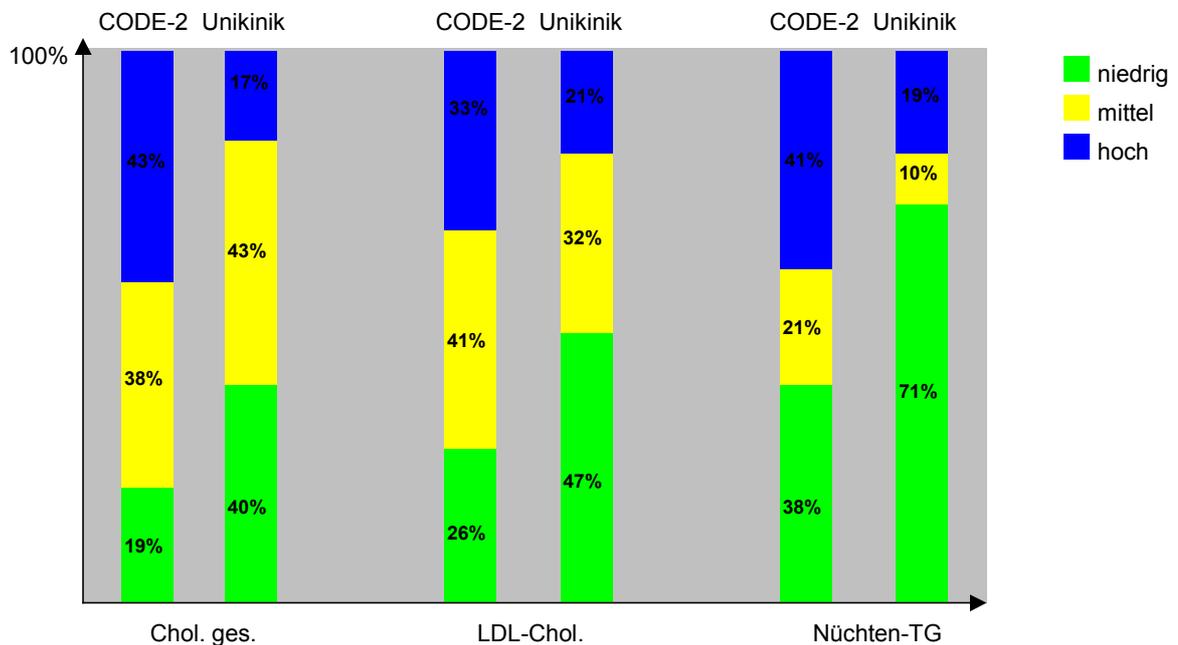


Abb. 7: Blutfettwerte/ Vergleich CODE-2/ Uniklinik

Makroangiopathische Komplikationen

Bei 7,5 % liegt eine Durchblutungsstörung (periphere arterielle Verschlusskrankheit = pAVK) vor. 15 % der Patienten leiden unter einer Koronaren Herzkrankheit (KHK). 10,8 % dieser Patienten hatten bereits einen Herzinfarkt. Der Anteil der von makroangiopathischen Komplikationen betroffenen Typ-2-Diabetiker liegt ca. doppelt so hoch, wie der Anteil davon betroffener Typ-1-Diabetiker.

Mikroangiopathische Komplikationen

Der Status mikroangiopathischer Folgeerkrankungen stellt sich im vorgestellten Patientenkollektiv wie folgt dar: 10,7 % des Gesamtkollektivs haben eine fortgeschrittene Nephropathie im Stadium NP III oder NP IV. 19,8 % der Patienten haben bereits eine Retinopathie.

Neuropathie

Bei 52,9 % der Patienten ist eine Polyneuropathie diagnostiziert. Davon sind 37,5 % der befragten Typ-1-Diabetiker und 63 % der Typ-2-Diabetiker betroffen.

4.1.3.4 Soziographische und andere Rahmendaten

Tabelle 30: Soziodemographische Daten

	Typ-1	Typ-2
Krankheitstag/ Jahr:		
Kollektiv Uniklinik	22,2 +/- 41,9	40,9 +/- 98,7
Krankenhaustage/ Jahr		
Kollektiv Uniklinik	4,6 +/- 11,7	12,1 +/- 20,9
Beruf:		
Student	6,8 %	0 %
Hausfrau	9,1%	17,2 %
Arbeiter/ Angestellter	79,6 %	69,0 %
Selbstständig	2,3 %	0 %
Rentner	2,3 %	13,8 %

Die Typ-1-Diabetiker der befragten Stichprobe sind im Durchschnitt 22,2 Tage/ Jahr krank. Der Anteil der Krankheitstage der Typ-2-Diabetiker liegt, vermutlich aufgrund des höheren Alters dieses Patientenkollektivs, mit 40, 9 Tagen ungefähr doppelt so hoch. Ein ähnliches Verhältnis zeigt sich auch bei der Verteilung der Krankenhaustagen/ Jahr (bezogen auf die vergangenen 12 Monate). Von den 121 untersuchten Patienten sind 2,3 % der befragten Typ-1 und 13,8 % der Typ-2-Diabetiker berentet. Die verbleibenden Patienten sind in der Ausbildung, Hausfrau, selbstständig tätig oder stehen in einem Arbeitsverhältnis.

4.1.4 Anschlussversorgung nach der Entlassung

3 Monate nach der Entlassung aus dem Diabetes- Schulungszentrum sind vom behandelnden Hausarzt die folgenden Untersuchungen durchgeführt worden

Tabelle 31: Anschlussbehandlung durch den Hausarzt (Angaben durch die Patienten)

	Typ-1	Typ-2	Gesamt
Hausarztkontakt seit Entlassung	90,6 %	90,4 %	90,5 %
Fußuntersuchung durchgeführt	3 %	20,1 %	14,1 %
Mikroalbumin bestimmt	18,8 %	28,3 %	24,7 %

HbA_{1c}- Wert im Anschluss an den Schulungsaufenthalt

Obwohl 90,5 % der entlassenen Patienten schon mindestens einen Hausarztkontakt hatten, ist bei 73,6 % 3 Monate nach Entlassung noch kein neuer HbA_{1c}- Wert bestimmt worden. Um einen Anhaltspunkt über die Qualität der Blutzuckereinstellung im Anschluss an den Aufenthalt in der Uniklinik zu erhalten, wurden die Patienten im Rahmen des 3. Fragebogens gebeten, ein 3-Tages Blutzuckerprofil aufzuschreiben.

Als mittlere Blutzuckerwerte wurden angegeben:

Tabelle 32: Blutzuckertagesprofile im Anschluss an die Schulung

	Typ-1	Typ-2	Gesamt
Blutzucker morgens	131 mg/dl	139 mg/dl	135 mg/dl
Blutzucker mittags	125 mg/dl	136 mg/dl	131 mg/dl
Blutzucker abends	132 mg/dl	138 mg/dl	135 mg/dl
Blutzucker spät	142 mg/dl	139 mg/dl	141 mg/dl

Mit Hilfe der Umrechnungsformel, $HbA_{1c}\text{- Wert (kalkuliert)} = 4,038 + \text{Blutzucker} \times 0,023$, lässt sich aus diesen mittleren Blutzuckerwerten ein kalkulierter HbA_{1c}- Wert von 7,2 % ableiten.

Kontrolle des Status vorliegender Komplikationen durch den Hausarzt

Vor Beginn der Schulung lag bei 52,9 % der Patienten eine manifeste Polyneuropathie vor. Bei 81,1 % dieser Patienten war 3 Monate nach der Entlassung keine weitere Fußuntersuchung durch den behandelnden Arzt durchgeführt worden. Analog zu dieser Tatsache war auch bei 75,3 % der befragten Patienten, ein Quartal nach Entlassung, keine weitere Kontrolle der Nierenfunktion (Mikraltest) durchgeführt worden.

4.1.5 Informationsstatus der Patienten

Ergänzend wurden folgende Aspekte zum Informationsstatus und zur Mitarbeit der Patienten erfragt:

Tabelle 33: Aufklärung der Patienten

	Typ-1	Typ-2	Gesamt
Geschult	58,3 %	35,2 %	44,5 %
Besuch der Schulung			
Eigeninitiative	76,1 %	53,5 %	62,4 %
Arztinitiative	23,9 %	46,5	37,6 %
Selbsteinschätzung:			
Folgeschäden ja	45,6 %	49,3 %	47,9 %
<i>davon Falscheinschätzung</i>	8,7 %	11,3 %	10 %
Folgeschäden nein	54,4 %	50,7 %	52,1
<i>davon Falscheinschätzung</i>	8,7 %	38,0 %	23,4 %
Gesundheitspass Diabetes	18,8 %	11,6 %	14,5 %

Insgesamt haben 55,5 % der Patienten noch nicht an einer strukturierten Schulung teilgenommen. Bei 62,4 % erfolgt der Besuch der Schulung auf eigenen Wunsch, wobei der Anteil der Typ-1-Diabetiker, welche die Initiative zur Teilnahme an einer Schulung ergreifen, um ca. ein Drittel höher liegt, als der Anteil der Typ-2-Diabetiker.

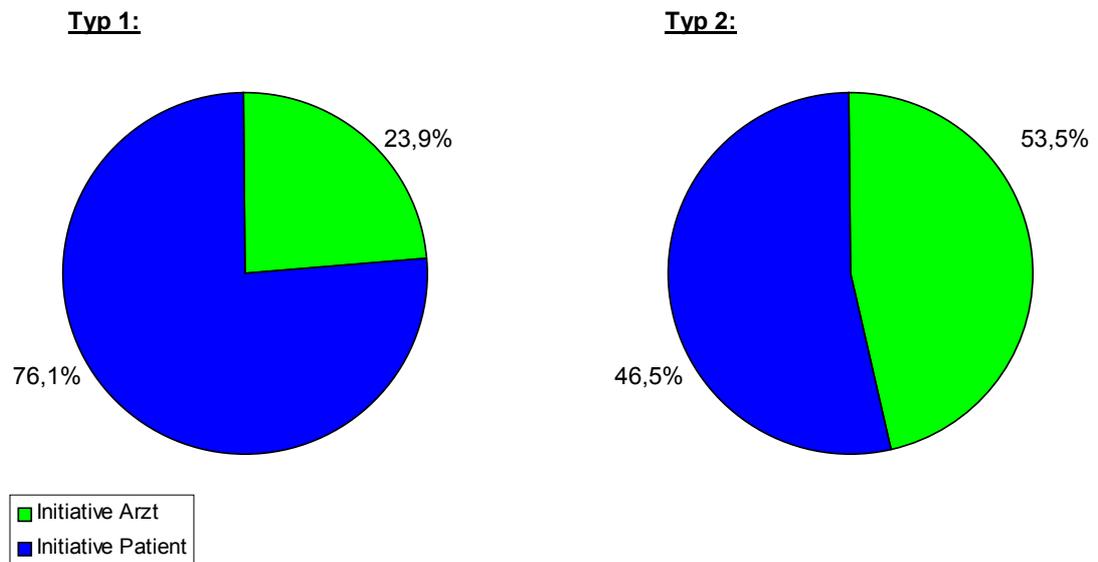
Initiative zur Schulung

Abb.8: Schulungsinitiative

Die Patienten wurden im Zuge der Erhebung gebeten eine subjektive Einschätzung ihres aktuellen Krankheitsstatus abzugeben. Ziel dieser Fragestellung war es diese Patienteneinschätzung mit dem objektiven Krankheitsverlauf zu vergleichen, um Rückschlüsse über den Informationsstand der Patienten zu erhalten.

Insgesamt glauben 47,9 % der befragten Patienten, dass bei ihnen diabetische Folgekomplikationen aufgetreten sind. Bei einer Korrelation dieser Daten mit den medizinischen Befunden zeigt sich, dass bei 8,7 % der befragten Typ-1-Diabetiker medizinisch noch keine Folgeschäden bekannt sind. Bei den Typ-2-Diabetikern liegt der Anteil dieser Fehleinschätzung etwas höher, nämlich bei 11,3 %. Im umgekehrten Fall (keine Folgekomplikationen) zeigt sich ein ähnliches Bild. Während 8,7 % der Typ-1-Diabetiker angeben, dass bei Ihnen noch keine diabetischen Folgekomplikationen bekannt sind, obwohl dies medizinisch der Fall ist, wissen sogar 38 % der befragten Typ-2-Diabetiker nichts von ihren diabetischen Folgeerkrankungen. Als Gesamtergebnis zeigt sich, dass ca. ein Viertel der Patienten über diesen entscheidend wichtigen Aspekt ihres Gesundheitsstatus nicht ausreichend aufgeklärt sind, wobei der Wissensstand der Typ-1-Diabetiker erwartungsgemäß deutlich höher liegt.

Einen Gesundheitspass Diabetes führen insgesamt nur 14,5 % der Patienten.

4.1.6 Arztbezogene Rahmendaten

Im folgenden Abschnitt werden arztbezogene Daten dargestellt, mit deren Hilfe Einstellungen zur Bedeutung des Hausarztes sowie die Form des Arztkontaktes beschrieben werden.

Tabelle 34: Arztbezogene Daten

	Typ-1	Typ-2	Gesamt
Hausarztbetreuung seit	11,7 J. +/- 10,4	14,4 J. +/- 10,6	13,4 +/- 10,5
<i>Frequenz der Hausarztkontakte:</i>			
1 x pro Woche	4,4 %	4,3 %	4,3 %
1 x pro Monat	23,9 %	42,9 %	35,4 %
1 x pro Quartal	47,8 %	30,0 %	37,1 %
> 1 x pro Quartal	23,9 %	22,9 %	23,3 %
Arztwechsel (vergangene 5 J.)	39,1 %	22,4 %	29,2 %
Überweisung zu „Diabetes-Spezialist“	60,5 %	55,7 %	57,5 %
Einweisung zur Schulung über			
Hausarzt	87,0 %	86,6 %	86,7 %
Diabetesambulanz	13,0 %	13,4 %	13,3 %

Die Patienten sind im Durchschnitt seit 13,4 Jahren bei Ihrem Hausarzt in Behandlung. 4,3 % der Patienten gehen 1x wöchentlich zum behandelnden Hausarzt. Der überwiegende Anteil der Patienten frequentiert den Hausarzt zwischen einmal im Monat (35,4 %) und einmal im Quartal (37,1 %). Betrachtet man die Frequenz der Arztkontakte bezogen auf den Diabetestyp, so zeigt sich, dass die Typ-2-Diabetiker verstärkt zu einem Arztbesuch/ Monat tendieren (42,9 %). Die Mehrzahl der Typ-1-Diabetiker geht durchschnittlich einmal pro Quartal zum Hausarzt (47,8 %).

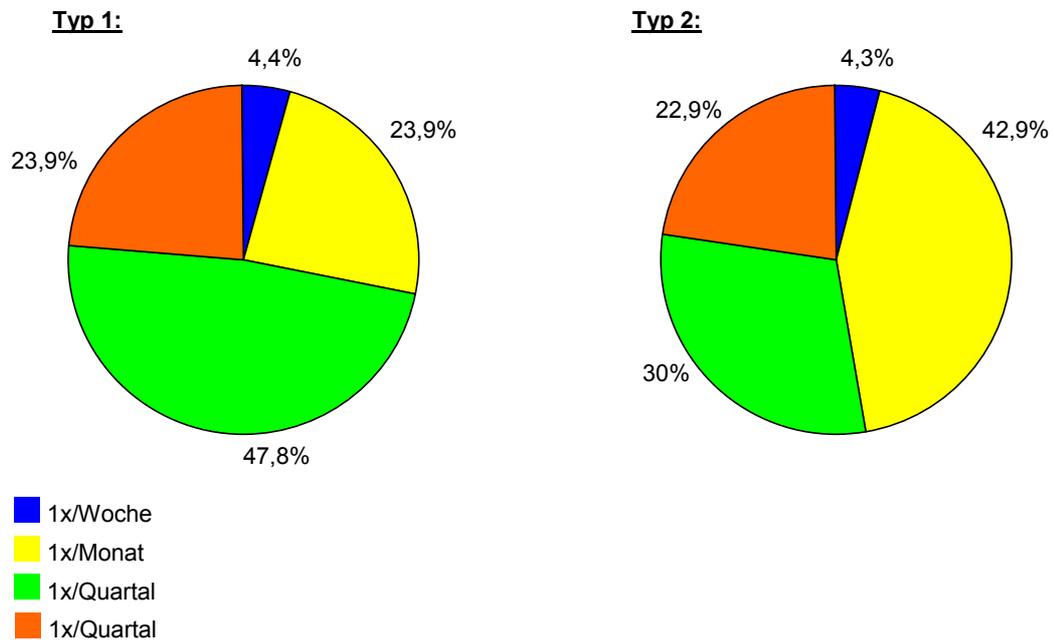
Frequenz der Hausarztkontakte

Abb.9: Arzt-Patienten-Kontakte

Zudem geben 57,5 % der Patienten an, von ihrem Hausarzt schon einmal zu einem „Diabetes-Spezialisten“ überwiesen worden zu sein. Die Einweisung zur Schulung ins Diabetes-Zentrum der Uniklinik Frankfurt erfolgte bei 86,7 % der Patienten durch den Hausarzt. In den vergangenen 5 Jahren haben 39,1 % der Typ-1- und 22,4 % der Typ-2-Diabetiker ihren behandelnden Arzt gewechselt.

Kriterien für die Arztwahl

Im Folgenden wurden die Patienten gebeten, eine persönliche Rangfolge zu erstellen, welche der von einem Hausarzt bereitgestellten Leistungen ihnen persönlich am wichtigsten ist [1 (am wichtigsten) bis 6 (am wenigsten wichtig)].

Tabelle 35: Kriterien für die Arztwahl

Rang		Typ-1	Typ-2	Gesamt
1	Arzt hat viel Zeit für mich	29,3 %	37,0 %	33,7 %
2	Ich verstehe mich gut mit meinem Arzt	21,9 %	25,9 %	24,2 %
3	Arzt ist auf neuestem Kenntnisstand bzgl. Diabetes	21,9 %	18,5 %	20,0 %
4	Arzt gibt klare, korrekte Anweisungen	12,2 %	24,1 %	18,9 %
5	Arzt geht partnerschaftlich mit mir um	9,8 %	12,9 %	11,6 %
6	Arzt verfügt über modernste technische Ausstattung	9,8 %	11,1 %	10,5 %

Das von beiden Patientengruppen mit Abstand am wichtigsten gewertete Kriterium lautet "Mein Arzt hat viel Zeit für mich". Die Typ-1-Diabetiker beurteilen die Bedeutung der Kriterien "Ich verstehe mich gut..." sowie "Arzt ist auf dem neuesten Kenntnisstand.." gleichrangig, während die Typ-2-Diabetiker den Wunsch nach "... klaren, korrekten Anweisungen" an die 3. Stelle setzen und erst an 4. Stelle Wert auf den medizinischen Kenntnisstand ihres behandelnden Arztes legen.

5 Methodik

In diesem Teil der Arbeit werden die Entwicklung des Messinstruments sowie die Rekrutierung der Stichprobe vorgestellt. Ferner wird ein Überblick über die statistischen Auswertungsschritte gegeben.

5.1 Konstruktion des Messinstruments

Wie sich aus den Überlegungen zur Fragestellung und Hypothesenbildung der Studie ergab, wurden drei Fragebögen erstellt, welche die Kernprozesse der Interaktion von Gesundheitssystem und Patienten erfassen sollten. Der erste Fragebogen (vor der Schulung) umfasst 60 Items, Fragebogen 2 (direkt nach der Schulung) 80 Items und Fragebogen 3 (drei Monate nach der Schulung) 85 Items. Die Auswahl der zu untersuchenden Aspekte wurde auf der Basis einer umfassenden Literaturrecherche, aktuellen Studien zu den Fragestellungen "patient expectation", "patient priorities", "patient/ consumer satisfaction" und "patient evaluation", der aktuellen Diskussion im Gesundheitswesen sowie eigenen Erfahrungen aus der Arbeit mit Patienten getroffen. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang die Veröffentlichungen der Arbeitsgruppe "European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP)" aus dem Jahr 2000 [89,92,93], der Fragebogen zur Messung der Patientenzufriedenheit im Rahmen des AOK- Hausarztmodells, welches von der AOK-Hessen, der KV-Hessen und dem AOK-Bundesverband 1997/1998 durchgeführt wurde [88] sowie internationale Veröffentlichungen zum Themenkomplex [87, 90, 91, Literaturquellen 94 -111].

Zur Erfassung der Kernprozesse, lt. Fragestellung, lagen nach Wissen der Autorin, zum Zeitpunkt der Erstellung des Fragebogens (Januar 2000), keine vergleichbaren Messinstrumente vor, so dass es sich um selbsterstellte Items handelt. Diese wurden angelehnt an die Toronto Alexthymie Skala (TAS 26) von BROSIG; KUPFER und BRÄHLER (2000), sowie o.g. Untersuchungen zur Patientenzufriedenheit.

Hierzu wurden lt. Fragestellung 4 Skalen gebildet, mit deren Hilfe die zu untersuchenden Effekte erfasst werden sollen. Die Skalen setzten sich aus Subskalen zusammen, welche die Dimension der entsprechenden Skala abbilden.

Die Subskalen, die sich aus selbsterstellten Einzel- Items zusammensetzen, bilden folgende Parameter der Versorgungsqualität ab: Verhältnis zum Arzt, Prozess des Wissenstransfers zwischen Arzt und Patient, Einfluss einer Intervention (Schulung) auf das Verhältnis Arzt-Patient, Aufklärung durch den Arzt, Therapiezufriedenheit und -umsetzung, Partizipationsanspruch, Einfluss einer Intervention (Schulung) auf das Diabetesmanagement, Zufriedenheit mit der Versorgung durch den behandelnden Arzt sowie Erfahrungen mit der Kooperation behandelnder Ärzte und deren Auswirkungen auf das Behandlungsergebnis,.

Der Fragebogen wurde im Rahmen eines Vorlaufs mit N= 27 Patienten erprobt und aufgrund der Erfahrungen des Vorlaufs nochmals überarbeitet. Von den 121 erhobenen Patientenfragebögen, wurden 119 Fragebögen vollständig ausgefüllt und konnten in die Auswertung einbezogen werden.

Die Skalen setzen sich aus folgenden Subskalen zusammen:

Skala 1: Aktivierung des ko- produktiven Potentials der Patienten

- Subskala 1: Verhältnis zum Arzt
- Subskala 2: Prozess des Wissenstransfers zwischen Arzt und Patient
- Subskala 3: Partizipationsanspruch des Patienten
- Subskala 4: Beziehungsform zwischen Arzt und Patient

Skala 2: Aufklärung der Patienten zum „mündiger Partner“

- Subskala 5: Aufklärung durch den Hausarzt
 - Subskala 6: Therapiezufriedenheit
 - Subskala 7: Therapieumsetzung
-

Skala 3: Einschätzung der Versorgungsqualität durch Patienten

Subskala 8: Zufriedenheit mit der Versorgung des D.M. durch den Arzt

Skala 4: Erfahrungen der Patienten mit der Integration der gesundheitlichen Versorgung

Subskala 9: Erfahrungen mit der Kooperation der Ärzte

Subskala 10: Einfluss des Faktors Kooperation auf das Behandlungsergebnis

Die Aussagen zum Arzt-Patienten-Verhältnis beziehen sich auf den Hausarzt in seiner Funktion als Versorgungsebene Eins, entsprechend einer kontinuierlichen Basisversorgung des Patienten.

5.2 T- Test

Da die Befragung der Patienten zu 3 verschiedenen Zeitpunkten (t_1 = vor der Schulung/ t_2 = direkt nach der Schulung/ t_3 = 3 Monate nach der Schulung) durchgeführt wurde, beziehen sich die Ergebnisse der Skalen zum Zeitpunkt t_1/t_2 auf 119 Datensätze und zum Zeitpunkt t_2^*/t_3 auf den Rücklauf von 84 Datensätzen. In diesem Zusammenhang wurden T-tests zur Berechnung angewendet.

5.3 Methodisches Vorgehen

Zur statistischen Auswertung wurde das Datenmaterial in das Programm Systat 7.0 für Windows (registered trademark of SPSS) eingegeben.

Die Gruppierung der Items zu Subskalen diente einerseits der Zusammenfassung zu methodisch relevanten Kategorien sowie andererseits der Möglichkeit zur Berechnung weiterer statistischer Analysen (Korrelation mit medizinischen Daten, etc.).

Nachdem die Gruppierung der Items abgeschlossen war, wurde mittels des Programms Systat 7.0 eine Itemanalyse durchgeführt. Bei dieser Analyse wurden die Mittelwerte und deren Standardabweichungen, die korrigierte Trennschärfe sowie die Reliabilität berechnet.

Als Maß für die Reliabilität der Skalen dienten Spearman- Brown Coefficient und Cronbach`s Alpha.

Als Kriterium für den Verbleib eines Items in der Skala war eine Trennschärfe ≥ 0.30 erforderlich. Mit Hilfe der Trennschärfe kann die Korrelation des Einzel-Items mit dem Skalenmittelwert beurteilt werden. Somit kann mit der korrigierten Trennschärfe eine Aussage darüber getroffen werden, wie gut ein Item in die entsprechende Skala passt.

5.4 Skalenbildung

Im Folgenden wird das methodische Vorgehen zur Überprüfung der Subskalen sowie das Ausschlussverfahren, nicht in die Skala passender Items, näher beschrieben. Die Beurteilung der Items erfolgte mittels einer 5-stufigen Likert-Skala, die folgendermaßen skaliert war:

"1" trifft gar nicht zu,

"2" trifft kaum zu

"3" trifft teils/teils zu

"4" trifft eher zu

"5" trifft völlig zu

Im nächsten Abschnitt werden Mittelwert, Standardabweichung und korrigierte Trennschärfe der Items sowie die Ergebnisse bezüglich Reliabilität und Validität der Skalen dargestellt .

5.4.1 Skala 1: Aktivierung des ko- produktiven Potentials der Patienten

Subskala 1:

Verhältnis zum Hausarzt	MW * t1	Std Abw.	korr. TS
Arzt versteht was ich von ihm will	3.98	1.00	0.76
Arzt hat Interesse an persönlicher Situation	4.03	1.08	0.60
Arzt ermöglicht über Probleme mit D.M. zu reden	4.07	1.16	0.64
Arzt bezieht mich in Entscheidungen mit ein	3.87	1.09	0.53
Kann mich verlassen, dass Arzt das Beste für mich tut	3.98	1.07	0.66
Habe Vertrauensverhältnis zum Arzt	4.04	1.00	0.70
Habe partnerschaftliches Verhältnis zum Arzt	3.43	1.34	0.63
Habe keinen Grund für Arztwechsel	3.78	1.47	0.50

* MW = Mittelwert Std. Abw. = Standardabweichung korr. TS = korrigierte Trennschärfe

Spearman - Brown Coefficient: 0.89

Cronbach`s Alpha: 0.86

In der endgültigen Auswertung der Subskalen wurden nur diejenigen Items berücksichtigt, deren korrigierte Trennschärfe einen Wert ≥ 0.30 erreichten. Zielgröße der Prüfung der Skalen bezüglich ihrer Reliabilität war ein Wert ≥ 0.70 (Spearman- Brown Coefficient/ Cronbach`s Alpha). Bezogen auf diese beiden Anforderungen an die Stabilität der Skala zeigt die o.g. Subskala eine sehr gute Reliabilität sowie eine gute korrigierte Trennschärfe der Items. Das bedeutet, die Antwortmuster bei den Items sind homogen.

Subskala 2:

Prozess Wissenstransfer Arzt-Patient	MW * t₁	Std Abw.	korr. TS
Arzt sieht in mir einen fähigen Partner	3.74	1.21	0.43
Arzt hat von mir Neues über D.M. gelernt	2.36	1.18	0.33
Arzt legt Wert darauf über meine Erfahrungen zu reden	3.66	1.16	0.44
Arzt nimmt Erfahrungen mit D.M. an und lernt daraus	3.00	1.16	0.41
Arzt berücksichtigt meine Erfahrungen bei Behandlung	3.47	1.16	0.44

* MW = Mittelwert Std. Abw. = Standardabweichung korr. TS = korrigierte Trennschärfe

Spearman - Brown Coeffizient: 0.73

Cronbach`s Alpha: 0.67

Diese Skala zeigt in bezug auf die Anforderungen an ihre Stabilität (korrigierte Trennschärfe ≥ 0.30 sowie Spearman-Brown bzw. Cronbach`s Alpha Coeffizient ≥ 0.70) eine im Grenzbereich akzeptable Reliabilität, da der Cronbach`s Alpha Coeffizient leicht unter der gewünschten Zielgröße liegt. Die korrigierten Trennschärfen der Items liegen im mittleren Bereich. Da die Stabilität von Skalen zu Prozessen der Interaktion erfahrungsgemäß niedrig sind und die Trennschärfen der vorliegenden Skala gut sind, wurde diese Skala trotzdem in die Auswertung aufgenommen. I

m Ursprungsfragebogen wurden darüber hinaus zusätzlich folgende Items abgefragt, die nicht die gewünschte Trennschärfe zum Skalenmittelwert erreichten und somit nicht zur Auswertung gelangten:

[Item 25] Ich habe das Gefühl mehr über Diabetes zu wissen als mein Arzt.

[Item 50] Ich glaube es würde meinem Arzt gefallen, wenn ich bei meiner Diabetesbehandlung selbstbewusster wäre und mehr Eigenverantwortung übernehmen würde.

Subskala 3:

Partizipationsanspruch des Patienten	MW * t₁	Std Abw.	korr. TS
Möchte mehr Mitbestimmung bezüglich D.M.	3.36	1.34	0.51
Könnte durch Mitbestimmung Einstellung verbessern	3.36	1.31	0.49
Bin erwachsen und treffe eigene Entscheidung über Behandlungsziele	2.77	1.27	0.45
Unmotiviert, weil Arzt persönliches Wissen ignoriert	2.09	1.26	0.42
Wütend, weil Arzt Behandlung vorschreibt	2.21	1.28	0.42

* MW = Mittelwert Std. Abw. = Standardabweichung korr. TS = korrigierte Trennschärfe

Spearman - Brown Coeffizient: 0.80

Cronbach`s Alpha: 0.70

Diese Dimensionen der Interaktion sind sehr schwierig zu erfassen. Wegen mangelnder Trennschärfe, also sehr unterschiedlichem Antwortverhalten der Patienten, wurden 6 Items eliminiert. Nach Ausschluss folgender Items weist diese Skala bezüglich der gestellten Anforderungen (korrigierte Trennschärfe ≥ 0.30 sowie Spearman-Brown bzw. Cronbach`s Alpha Coeffizient ≥ 0.70) eine zufriedenstellende Stabilität auf:

[Item 02] Ich weiß welche Kontrolluntersuchungen wichtig sind und achte selbst darauf, dass sie regelmäßig durchgeführt werden.

[Item 06] Ich komme besser mit Behandlungsanweisungen zurecht, wenn ich in die Entscheidung über die Behandlungsziele mit einbezogen werde.

[Item 22] Mein Arzt respektiert, wenn ich bei Entscheidungen über die Behandlungsziele persönliche Schwerpunkte setze.

[Item 37] Mein Arzt sagt mir, wann die Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden müssen

[Item 38] Es motiviert mich eine bessere Stoffwechseleinstellung zu erreichen, wenn der Arzt persönliches Wissen von mir annimmt

[Item 55] Ich fühle mich aktiv an allen Entscheidungsprozessen bezüglich meiner Behandlung beteiligt

Bei diesen Items handelt es sich um sehr subjektiv beurteilbare Fragestellungen. Dies könnte eine Ursache für die mangelnde Trennschärfe der Items sein.

Subskala 4:

Beziehungsform	MW * t ₁	Std Abw.	korr. TS
Arzt nimmt persönliches Wissen nicht ernst	2.21	1.40	0.55
Arzt trifft allein Entscheidung über Behandlung	2.65	1.43	0.55
Arzt ist bestimmend im Umgang mit mir	2.73	1.38	0.55
Habe Angst dem Arzt zu widersprechen	2.07	1.17	0.30
Entlastend wenn Arzt die Verantwortung übernimmt	3.15	1.33	0.35

* MW = Mittelwert Std. Abw. = Standardabweichung korr. TS = korrigierte Trennschärfe

Spearman - Brown Coeffizient: 0.77

Cronbach`s Alpha: 0.70

Ebenso wie bei den vorhergehenden Skalen sind die Ergebnisse dieser Skala in bezug auf die methodischen Anforderungen zufriedenstellend (korrigierte Trennschärfe ≥ 0.30 sowie Spearman-Brown bzw. Cronbach`s Alpha Coeffizient ≥ 0.70). Besonders niedrig ist die Trennschärfe des Items "Habe Angst dem Arzt zu widersprechen".

5.4.2 Skala 2: Aufklärung der Patienten zum „mündigen Partner“

Subskala 5:

Aufklärung durch Hausarzt	MW * t₁	Std Abw.	korr. TS
Arzt verfügt über umfassendes Wissen über D.M.	3.39	1.21	0.65
Arzt hat mich über Entstehung/Verlauf D.M. informiert	3.14	1.41	0.77
Arzt hat mich über Behandlung D.M. informiert	3.35	1.36	0.76

* MW = Mittelwert Std. Abw. = Standardabweichung korr. TS = korrigierte Trennschärfe

Spearman - Brown Coeffizient: 0.87

Cronbach`s Alpha: 0.85

Die Items dieser Skala wurden sehr einheitlich und eindeutig beantwortet. Sie zeigt eine sehr gute Reliabilität auf, und die Items erreichen eine hohe korrigierte Trennschärfe (korrigierte Trennschärfe ≥ 0.30 sowie Spearman-Brown bzw. Cronbach`s Alpha Coeffizient ≥ 0.70). Es mussten keine Items eliminiert werden.

Subskala 6:

Therapiezufriedenheit	MW * t₁	Std Abw.	korr. TS
Fühle mich sicher im Umgang mit der Therapie	3.67	1.16	0.71
Fühle mich selbständig/ selbstbewusst mit der Therapie	3.73	1.08	0.52
Fühle mich "frei" mit der Therapie	3.84	1.19	0.78
Kann durch Therapie Folgeschäden verhindern	3.91	1.11	0.61

* MW = Mittelwert Std. Abw. = Standardabweichung korr. TS = korrigierte Trennschärfe

Spearman - Brown Coeffizient: 0.85

Cronbach`s Alpha: 0.83

Diese Skala zeigt in bezug auf die Anforderungen an ihre Stabilität (korrigierte Trennschärfe ≥ 0.30 sowie Spearman-Brown bzw. Cronbach's Alpha Coefficient ≥ 0.70) eine sehr gute Reliabilität sowie gute korrigierte Trennschärfen der Items. Im Ursprungsfragebogen wurde darüber hinaus zusätzlich folgendes Item abgefragt, welches nicht die gewünschte Trennschärfe erreichte und somit nicht zur Auswertung gelangte:

[Item 23] Ich bin zufrieden mit meiner jetzigen Therapie

Subskala 7:

Therapieumsetzung	MW t₁	Std Abw.	korr. TS
Schwer den Anordnungen des Arztes zu folgen	2.55	1.24	0.53
Arztanweisungen berücksichtigen nicht meine Situation	2.43	1.24	0.61
Einwände werden von Arzt nicht ausreichend beachtet	2.28	1.27	0.56

* MW = Mittelwert Std. Abw. = Standardabweichung korr. TS = korrigierte Trennschärfe

Spearman - Brown Coefficient: 0.76

Cronbach's Alpha: 0.74

Auch diese Skala zeigte gute Ergebnisse bezüglich der Reliabilität und korrigierten Trennschärfe (korrigierte Trennschärfe ≥ 0.30 sowie Spearman-Brown bzw. Cronbach's Alpha Coefficient ≥ 0.70). Es mussten keine Items eliminiert werden.

5.4.3 Skala 3: Einschätzung der Versorgungsqualität durch Patienten

Subskala 8:

Versorgung des D.M. durch Hausarzt	MW * t₁	Std Abw.	korr. TS
Arzt hat ausreichend Zeit, um über D.M. zu reden	3.42	1.31	0.62
Arzt nimmt D.M. ernst genug	4.24	0.92	0.65
Arzt verordnet notwendige Medikamente/Hilfsmittel	4.01	1.25	0.53
Arzt führt regelmäßig Kontrolluntersuchungen durch	4.13	1.13	0.72
Bezüglich medizinischer Seite gut versorgt	3.48	1.27	0.76

* MW = Mittelwert Std. Abw. = Standardabweichung korr. TS = korrigierte Trennschärfe

Spearman - Brown Coeffizient: 0.80

Cronbach`s Alpha: 0.84

Die Skala zur Einschätzung der Versorgungsqualität wurde sehr eindeutig und einheitlich beantwortet. Sowohl die Reliabilität als auch die korrigierten Trennschäfen zeigen eine hohe Stabilität der Antwortmuster (korrigierte Trennschärfe ≥ 0.30 sowie Spearman-Brown bzw. Cronbach`s Alpha Coeffizient ≥ 0.70). Auch bei dieser Skala musste kein Item des Ursprungsfragebogens von der Auswertung ausgeschlossen werden.

5.4.4 Skala 4: Wie erleben Patienten die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen?

Subskala 9:

Kooperation der Ärzte	MW * t1	Std Abw.	korr. TS
Ärzten geht es nicht um mich, sondern ums Geld	2.43	1.39	0.57
Habe von Ärzten widersprüchliche Aussagen erhalten	2.47	1.35	0.36
Ärzte arbeiten nicht "Hand in Hand"	2.58	1.12	0.51
Ärzte haben Differenzen auf meine Kosten ausgetragen	2.09	1.17	0.66
Ärzte haben keine gute Meinung übereinander	2.20	1.19	0.49

* MW = Mittelwert Std. Abw. = Standardabweichung korr. TS = korrigierte Trennschärfe

Spearman - Brown Coeffizient: 0.75

Cronbach`s Alpha: 0.75

Diese Skala zeigt bezüglich der methodischen Anforderungen (korrigierte Trennschärfe \geq 0.30 sowie Spearman-Brown bzw. Cronbach`s Alpha Coeffizient \geq 0.70) zufriedenstellende Ergebnisse auf. Die im unteren Bereich angesiedelten Trennschärfen weisen darauf hin, dass bei diesen Fragestellungen die Antwortmuster nicht ganz so stabil sind, wie z.B. bei Fragen zur Versorgungsqualität, etc..

Im Ursprungsfragebogen wurden zusätzlich folgende Items abgefragt, die nicht die gewünschte Trennschärfe erreichten und somit nicht zur Auswertung gelangten:

[Item 44] Mein Arzt berät mich, falls eine Überweisung zu anderen Ärzten notwendig ist, über entsprechende Fachärzte bzw. Krankenhausärzte

[Item 56] Bei Überweisung zu anderen Ärzten (Facharzt, Krankenhaus) bereitet mich mein Arzt gut darauf vor, was mich dort erwartet

Subskala 10:

Einfluss Kooperation auf Behandlungsergebnis	MW * t₁	Std Abw.	korr. TS
Zweifel, wenn Ärzte unterschiedliche Meinung haben	3.06	1.31	0.42
Belastend, wenn Ärzte unterschiedliche Meinung haben	3.190	1.29	0.45
Bin verunsichert, welchem Arzt ich vertrauen soll	3.22	1.30	0.37
Verunsicherung erschwert Therapiemotivation	3.25	1.29	0.30
Größeres Vertrauen, wenn Ärzte gleicher Meinung sind	4.28	0.99	0.32
Bessere Einstellung, wenn Ärzte zusammenarbeiten	4.25	1.02	0.39

* MW = Mittelwert Std. Abw. = Standardabweichung korr. TS = korrigierte Trennschärfe

Spearman - Brown Coefficient: 0.77

Cronbach`s Alpha: 0.65

Wie auch in den vorangegangenen Skalen zur Interaktion oder intrapersonellen Prozessen zeigt sich hier eine Skala, die sich von den statistischen Ergebnissen im unteren Bereich bewegt. Da trotzdem alle Fragen eine zufriedenstellende Trennschärfe aufweisen mussten keine Items eliminiert werden.

Zusammenfassend kann man über die gebildeten Skalen folgende Aussage treffen: sie weisen durchgehend zufriedenstellende bis sehr gute Ergebnisse bezüglich der methodischen Anforderungen auf. Nach Durchsicht aller methodischen Ergebnisse bestätigt sich die Vermutung, dass insbesondere solche Skalen welche die Interaktionen von Arzt und Patient sowie intrapersonelle Prozesse erfassen sollen, im Hinblick auf die methodischen Anforderungen schwächere Ergebnisse erzielen.

5.5 Signifikanz

Die Signifikanz der Ergebnisse wurde mit Hilfe der Propability ermittelt. Um eine genauere Aussage über die Signifikanz der Ergebnisse zu treffen, wurde in 3 Gruppen gewichtet:

- * $p < 0,05$
- ** $p < 0,01$
- *** $p < 0,001$

5.6 Ergänzungen des Fragebogens

Ergänzend zu den beschriebenen Skalen wurden folgende demographische Daten abgefragt: Schulbildung, Dauer der Betreuung durch den Hausarzt, Frequenz der Hausarztkontakte, Hausarztwechsel, Kenntnis über das Vorliegen von Folgeschäden, Teilnahme an strukturierter Schulung, Führen eines Gesundheitspasses DDG und Initiative des Schulungsbesuchs. Darüber hinaus wurden die Patienten gebeten eine Rangfolge über die Bedeutung folgender Leistungen ihres Hausarztes herzustellen: mein Arzt hat viel Zeit für mich, mein Arzt gibt mir klare korrekte Anweisungen bezüglich meiner Behandlung, mein Arzt verfügt über modernste technische Ausstattung zur Durchführung von Untersuchungen, mein Arzt geht partnerschaftlich mit mir um, mein Arzt ist auf dem neuesten Kenntnisstand bezüglich des Diabetes, ich verstehe mich gut mit meinem Arzt.

Im 3. Fragebogen (drei Monate nach Schulung) wurden die Patienten gebeten ergänzende Angaben zu folgenden Fragen zu machen: Hausarztkontakt seit Entlassung, Hausarztwechsel seit Entlassung, aktuelle Insulintherapie, Blutzuckertagesprofil über 3 Tage, durchgeführte Untersuchungen seit Entlassung sowie das Führen eines Gesundheitspasses Diabetes DDG.

Zur Vervollständigung der Daten wurden begleitend medizinisch relevante Daten erhoben: Diabetesdauer, Therapie, Komplikationen, HbA_{1c}- Wert, Blutdruck, Blutfettwerte, Kreatininwerte, Mikroalbuminwerte, Krankheitstage und Krankenhaustage, schwere Hypoglykämien sowie die Häufigkeit der Blutzuckerselbstkontrolle.

5.7 Stichprobenrekrutierung

Der Fragebogen wurde im Zeitraum von Januar bis Mai 2000 im Diabetes-Schulungszentrum der Universitätsklinik Frankfurt entwickelt und im Rahmen eines Vorlaufs an 27 Patienten getestet. Entsprechend dieser Erfahrungen wurde der Fragebogen nochmals modifiziert.

Nachdem der Fragebogen in seiner endgültigen Fassung vorlag, wurde er als Vollerhebung im Zeitraum von Juni 2000 bis Dezember 2000 an alle stationären Patienten des Diabetes-Schulungszentrums ausgeteilt. Grundsätzlich nicht in die Studie eingeschlossen wurden Patienten, die wegen gesundheitlicher oder sprachlicher Probleme nicht in der Lage waren einen solchen Fragebogen zu bearbeiten, sowie Patienten, die nicht an der Studie teilnehmen wollten.

Der Fragebogen wurde am ersten Tag der Schulung und am letzten Tag der Schulung ausgeteilt und beantwortet, sowie drei Monate nach dem Schulungsaufenthalt an die Patienten verschickt. Dem zugesandten Fragebogen war ein persönliches Anschreiben (siehe Anhang) beigefügt, welches zur Erinnerung nochmals die Zielsetzung der Untersuchung beschrieb. Zwei Wochen nach Versand des Fragebogens wurde im Hinblick auf die Steigerung des Fragebogenrücklaufs nochmals allen Patienten ein Erinnerungsschreiben (siehe Anhang) zugeschickt.

5.8 Darstellung der Ergebnisse

In den folgenden Tabellen und Abbildungen werden die Ergebnisse aus den unterschiedlichen Fragebögen und deren Fragestellungen dargestellt. Ergebnisse, welche die Entwicklung vom Zeitpunkt Δt_1 auf Δt_3 aufzeigen, beziehen sich auf einen Datensatz mit 84 Fragebögen. t_2^* bezieht sich auf die Einschätzung der Patienten direkt im Anschluss an den stationären Aufenthalt und bezieht nur die Befragungsergebnisse derjenigen Patienten ein, welche den Fragebogen drei Monate nach dem stationären Aufenthalt zurückgeschickt haben.

Tabelle 36: Gesamtergebnisse Skala 1
(Aktivierung des ko- produktiven Potentials der Patienten)

Subskala	119 Datensätze			84 Datensätze		
	t_1	t_2	$\Delta t_1 t_2$	t_2^*	t_3	$\Delta t_2 t_3$
Verhältnis zum Arzt	3,89	3,78	0,11 \pm 0,54 *	3,79	3,88	- 0,09 \pm 0,79
Wissenstransfer	3,26	3,32	- 0,6 \pm 0,62	3,36	3,48	- 0,12 \pm 0,89
Partizipationsanspruch	2,72	2,68	0,03 \pm 0,76	2,75	2,35	0,40 \pm 0,86 ***
Beziehungsform	2,59	2,48	0,11 \pm 0,62	2,48	2,37	0,12 \pm 0,70
Gesamtergebnis	3.12	3.07	- 0.50 \pm 0.34	3.09	3.03	0.06 \pm 0.44

* $p < 0,05$
 ** $p < 0,01$
 *** $p < 0,001$

"1" trifft gar nicht zu "3" trifft teils/teils zu "5" trifft völlig zu
 "2" trifft kaum zu "4" trifft eher zu

In dieser Skala werden alle relevanten Aspekte erfragt, welche die Form der Arzt- Patient- Interaktion beschreiben. Dazu gehören diejenigen Aspekte, die das Verhältnis zum Arzt, den Prozess des Wissenstransfers zwischen Arzt und Patient, den Partizipationsanspruch seitens des Patienten sowie die Beziehungsform zwischen Arzt und Patient charakterisieren. Als Gesamtergebnis dieser Skala zeigt sich, dass die Umsetzung dieser Aspekte zum Zeitpunkt t_1 mit 3,12 (teils/teils), im mittleren Bereich, beurteilt wird. Um genauer beurteilen zu können, in welchen Skalen sich ein Entwicklungspotential erschließt, werden im Folgenden ausgesuchte Aspekte der Subskalen nochmals auf der Ebene der Einzelitems veranschaulicht.

Bei der Auswertung auf Itemebene, wurden diejenigen Antworten zusammengefasst, bei denen die Patienten "trifft eher zu/ trifft völlig zu (Kategorie 4/5)" angekreuzt hatten.

Tabelle 37: Aktivierung des ko- produktiven Potentials der Patienten (Einzelitems)

	vor Schulung	3 Monate nach Schulung
Arzt versteht was ich von ihm möchte	67,2 %	65,1 %
Habe Vertrauensverhältnis zum Arzt	86,0 %	67,9 %
Arzt hat Interesse an persönlicher Situation	66,9 %	67,9 %
Arzt ermöglicht über Probleme mit dem D.m. zu reden	73,7 %	74,7 %
Arzt bezieht mich in Entscheidungen mit ein	68,7 %	72,0 %
Kann mich verlassen, dass Arzt das Beste für mich tut	66,1 %	72,8 %
Habe partnerschaftliches Verhältnis zum Arzt	50,9 %	56,6 %
Habe keinen Grund für Arztwechsel	63,3 %	55,4 %
Arzt sieht in mir einen fähigen Partner	66,4 %	79,5 %
Arzt hat von mir Neues über D.M. gelernt	19,3 %	25,3 %
Arzt legt Wert darauf über meine Erfahrungen zu reden	58,5 %	56,1 %
Arzt nimmt Erfahrungen mit D.M. an und lernt daraus	35,1 %	32,5 %
Arzt berücksichtigt meine Erfahrungen bei Behandlung	82,5 %	64,2 %
Möchte mehr Mitbestimmung bezüglich D.M.	48,7 %	46,3 %
Könnte durch Mitbestimmung Einstellung verbessern	51,3 %	37,5 %
Bin erwachsen und treffe eigene Entscheidungen über die Behandlung	30,4 %	23,8 %
Unmotiviert, weil Arzt persönliches Wissen ignoriert	17,4 %	13,6 %
Wütend, weil Arzt Behandlung vorschreibt	14,8 %	18,1 %
Arzt nimmt persönliches Wissen nicht ernst	24,4 %	14,3 %

	vor Schulung	3 Monate nach Schulung
Arzt trifft allein Entscheidung über Behandlung	27,7 %	22,6 %
Arzt ist bestimmend im Umgang mit mir	30,8 %	19,3 %
Habe Angst dem Arzt zu widersprechen	12,9 %	6,2 %
Entlastend wenn Arzt die Verantwortung übernimmt	41,9 %	37,4 %

Bei der Auswertung auf Itemebene, wurden diejenigen Antworten zusammengefasst, bei denen die Patienten "trifft eher zu/ trifft völlig zu (Kategorie 4/5)" angekreuzt haben.

Obwohl sich im Gesamtergebnis dieser Skala vom Zeitpunkt t_1 3,12 zu t_3 3,03 (bezogen auf 84 Datensätze) keine signifikante Veränderung [$\Delta t_1 t_3$ 0,09 +/- 0,47 $p=0,08$] abzeichnet, zeigen sich bei Analyse der Einzelitems dieser Skala interessante Verschiebungen.

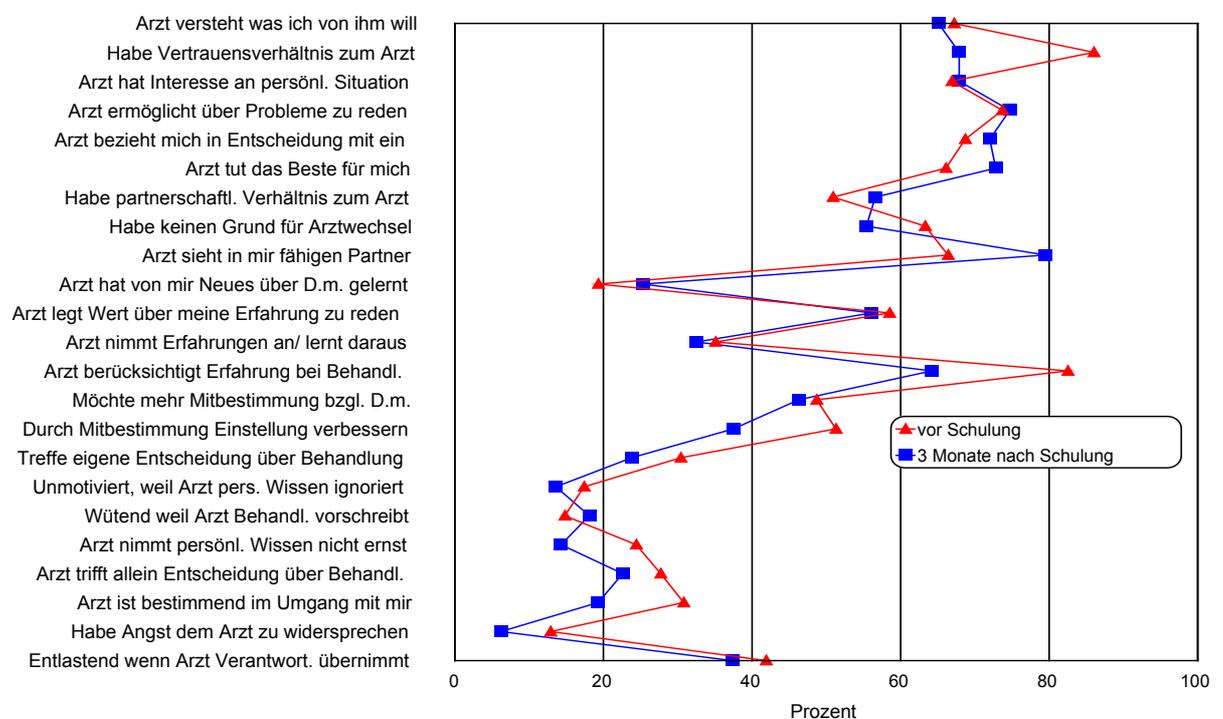


Abb. 10: Aktivierung des ko- produktiven Potentials der Patienten

So sagen vor der Schulung 86 % der Patienten „Ich habe ein gutes Vertrauensverhältnis zu meinem Arzt“, während von dieser Aussage 3 Monate nach der Schulung nur noch 67,9 % der Patienten überzeugt sind. Trotz dieses Vertrauensverlustes fühlen sich die Patienten gleichbleibend verstanden (t_1 67,2 %; t_3 65,1) und das Vertrauen, dass der Arzt das Beste für sie tut steigt sogar von 66,1 % auf 72,8 % an.

Gleichzeitig steigt aus Patientensicht das Gefühl der „Partnerschaftlichkeit“ in der Beziehung. So finden vor einer Schulung 50,9 % der Patienten „Ich habe ein partnerschaftliches Verhältnis zu meinem Arzt“, 3 Monate nach einer Schulung sind das immerhin 56,6 %. Einen ähnlichen Anstieg kann man bei den Aussagen „Mein Arzt sieht einen fähigen Partner in mir, der sich mit Diabetes auskennt“ (t_1 66,4 %; t_3 79,5 %) sowie „Mein Arzt hat von mir schon öfters Neues über den Diabetes gelernt“ (t_1 19,3 %; t_3 25,3 %) verzeichnen. Entsprechend weniger Patienten geben an, „Mein Arzt ist bestimmend in seinem Umgang mit mir“, (t_1 30,8 %; t_3 19,3 %) „Mein Arzt trifft allein die Entscheidungen über meine Behandlung“ (t_1 27,7 %; t_3 22,6 %) sowie „Mein Arzt nimmt mein persönliches Wissen über den Diabetes nicht ernst“ (t_1 24,4 %; t_3 14,3 %). Auch die Zahl derjenigen Patienten, die sich nicht zutrauen ihrem Arzt zu widersprechen nimmt von 12,9 % auf 6,2 % ab. Während vor einer Schulung 82,5 % der Patienten finden, dass ihr Arzt ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Diabetes bei der Entscheidung über die Behandlung berücksichtigt, sind dies nach einer Schulung nur noch 64,2 %.

Bei der Skala Partizipationsanspruch zeigt sich, dass vor Beginn der Schulung 48,7 % den Wunsch nach mehr Mitbestimmung bezüglich ihrer Diabetesbehandlung äußern. Nach der Schulung sind dies nur noch 46,3 %. Noch deutlicher fällt das Ergebnis bei der Einschätzung „Durch aktive Mitbestimmung könnte ich eine bessere Stoffwechseleinstellung erreichen“ aus. Von dieser Annahme sind drei Monate nach Abschluss der Schulung nur noch 37,5 % der Patienten überzeugt, vor der Schulung waren dies immerhin 51,3 %. Dieses Ergebnis wird durch die Aussagen zum Item „Ich finde es entlastend, wenn der Arzt die Verantwortung für meine Diabetesbehandlung übernimmt, denn er ist der Fachmann“ bestätigt. Zum Zeitpunkt t_1 finden dies 41,9 % der Patienten entlastend, zum Zeitpunkt t_3 sind es immerhin noch 37,4 %.

Insgesamt sehen vor der Schulung 63,3 % der Patienten keinen Handlungsbedarf bezüglich eines Arztwechsels, nach der Schulung sind es noch 55,4 %.

Tabelle 38: Gesamtergebnisse Skala 2
(Aufklärung der Patienten zum „mündigen Partner“)

Subskala	119 Datensätze			84 Datensätze		
	t ₁	t ₂	Δ t ₁ t ₂	t ₂ *	t ₃	Δ t ₂ t ₃
Aufklärung durch Arzt	3,30	3,30	0,00 +/- 0,74	3,21	3,62	- 0,42 +/- 1,17 *
Therapiezufriedenheit	3,76	4,26	- 0,49 +/- 0,81	4,25	4,33	0,08 +/- 0,75
Therapieumsetzung	2,46	2,39	0,08 +/- 0,84	2,46	2,00	0,46 +/- 0,96***
Gesamtergebnis	3.18	3.31	- 0.13 +/- 0.46 **	3.31	3.31	- 0.00 +/- 0.46

* p < 0,05
 ** p < 0,01
 *** p < 0,001

"1" trifft gar nicht zu "3" trifft teils/teils zu "5" trifft völlig zu
 "2" trifft kaum zu "4" trifft eher zu

In dieser Skala wurden diejenigen Aspekte erfragt, welche die Zufriedenheit der Patienten mit der Aufklärung durch den Arzt mit der daraus resultierenden Therapiezufriedenheit und -umsetzung im Alltag in Zusammenhang bringen. Auch diese Skala zeigt als Gesamtergebnis [Wert: 3,18] eine mittlere Zufriedenheit der Patienten. Als Effekt der Schulungsmaßnahme zeigt sich eine signifikante Veränderung vom Zeitpunkt t₁ zu t₂ [Δ t₁ t₂ - 0,13 +/- 0,46 p=0,003 **]. Im Anschluss an die Schulung stabilisiert sich dieser Effekt. Im Gesamtbild steigen die Einschätzung der Qualifikation des behandelnden Arztes sowie die Therapiezufriedenheit. Gleichzeitig werden Barrieren, welche die Umsetzung der Therapieanforderungen im Alltag erschweren, abgebaut.

Auf der Ebene der Einzelitems zeigen sich folgende Veränderungen.

Tabelle 39: Aufklärung der Patienten zum „mündigen Partner“ (Einzelitems)

	vor Schulung	3 Monate nach Schulung
Arzt verfügt über umfassendes Wissen über D.M.	41,4 %	49,4 %
Arzt hat mich über Entstehung/Verlauf D.M. informiert	39,7 %	54,9 %
Arzt hat mich über Behandlung D.M. informiert	46,2 %	61,0 %
Fühle mich sicher im Umgang mit der Therapie	52,5 %	91,7 %
Fühle mich selbstständig/ selbstbewusst mit der Therapie	55,0 %	85,5 %
Fühle mich "frei" mit der Therapie	64,1 %	84,2 %
Kann durch Therapie Folgeschäden verhindern	64,2 %	80,7 %
Schwer den Anordnungen des Arztes zu folgen	23,3 %	11,0 %
Arztanweisungen berücksichtigen nicht meine Situation	23,9 %	9,9 %
Einwände werden von Arzt nicht ausreichend beachtet	18,0 %	13,3 %

Bei der Auswertung auf Itemebene, wurden diejenigen Antworten zusammengefasst, bei denen die Patienten "trifft eher zu/ trifft völlig zu (Kategorie 4/5)" angekreuzt haben.

Items, welche sich auf die Fragestellung der Aufklärung durch den Hausarzt beziehen, zeigen vom Zeitpunkt t_1 auf t_3 einen deutlichen Anstieg. Vor der Schulung äußern 41,4 % der Patienten „Mein Arzt verfügt über ein umfassendes Wissen über Diabetes“, drei Monate nach der Schulung empfinden dies 49,4 %. Noch stärker ist der Effekt bei den Fragen zur Entstehung/ Verlauf und Behandlung der Erkrankung. Während sich zum Zeitpunkt t_1 39,7 % der Patienten ausreichend über Entstehung und Verlauf des Diabetes informiert fühlen, sind es zum Zeitpunkt t_3 54,9 %. Über die Behandlung fühlen sich zum Zeitpunkt t_1 46,2 % der befragten Patienten ausreichend informiert, zum Zeitpunkt t_3 geben dies sogar 61 % der Patienten an.

Alle Items zur Therapiezufriedenheit zeigen im Zeitverlauf von t_1 nach t_3 einen deutlichen Aufwärtstrend: „Ich fühle mich sicher ...“ (t_1 52,5 %; t_3 91,7 %), „Ich fühle mich selbstständig/ selbstbewusst ...“ (t_1 55,0 %; t_3 85,5 %), „Ich fühle mich frei ...“ (t_1 64,1 %; t_3

84,2 %). Auch die Überzeugung mit der Therapie Folgeschäden verhindern zu können nimmt deutlich zu und zwar von 64,2 % auf 80,7 %.

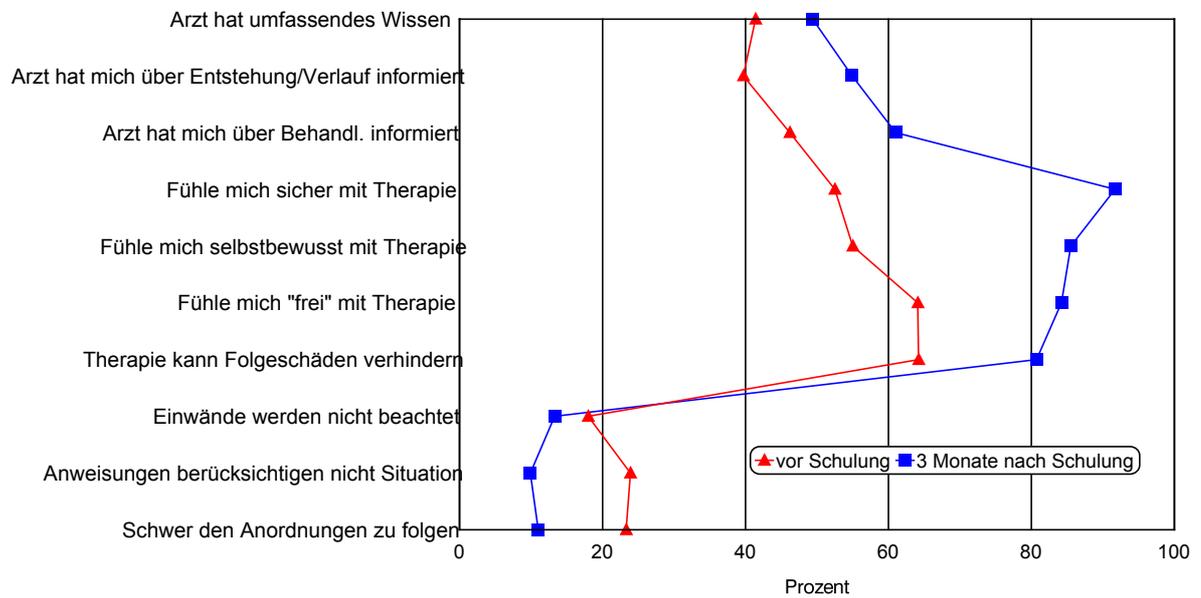


Abb. 11: Aufklärung der Patienten zum „mündigen Partner“

Parallel dazu werden bei der Therapieumsetzung im Alltag kontinuierlich Blockaden abgebaut. Nur noch 11 % statt 23,3 % der Patienten finden es schwer den Anordnungen des Arztes zu folgen, 9,9 % statt 23,9 % der Patienten finden, die Arztanweisungen berücksichtigten nicht ihre persönliche Situation und könnten daher im Alltag oft nicht befolgt werden und nur noch 13,3 % statt 18 % sagen, ihre Einwände werden vom Arzt nicht ausreichend beachtet.

Tabelle 40: Gesamtergebnisse Skala 3
(Einschätzung der Versorgungsqualität durch Patienten)

Subskala	119 Datensätze			84 Datensätze		
	t ₁	t ₂	Δ t ₁ t ₂	t ₂ *	t ₃	Δ t ₂ t ₃
Versorgung des D.M.	3,85	3,88	- 0,04 +/- 0,92	3,90	4,13	- 0,23 +/- 1,12
Gesamtergebnis	3,85	3,88	- 0,04 +/- 0,92	3,90	4,13	- 0,23 +/- 1,12

* p < 0,05
** p < 0,01
*** p < 0,001

"1" trifft gar nicht zu "3" trifft teils/teils zu "5" trifft völlig zu
"2" trifft kaum zu "4" trifft eher zu

In der Skala zur Einschätzung der Versorgungsqualität zeigen die Patienten im Gesamtergebnis eine deutlich höhere Zufriedenheit als in den o.g. Skalen. Die verhältnismäßig hohe Einschätzung in dieser Skala steigt bis zum Zeitpunkt t₃ (bezogen auf 84 Fragebögen) signifikant an [Δ t₁ t₃ - 0,30 +/- 0,85 p=0,002 *].

Die Analyse der Einzelitems ergibt folgendes Bild:

Tabelle 41: Einschätzung der Versorgungsqualität durch Patienten (Einzelitems)

	vor Schulung	3 Monate nach Schulung
Arzt hat ausreichend Zeit, um über D.M. zu reden	54,6	60,7
Arzt nimmt D.M. ernst genug	76,1	83,4
Arzt verordnet notwendige Medikamente/Hilfsmittel	71,8	76,8
Arzt führt regelmäßig Kontrolluntersuchungen durch	77,8	80,5
Bezüglich medizinischer Seite gut versorgt	50,0	62,2

Bei der Auswertung auf Itemebene, wurden diejenigen Antworten zusammengefasst, bei denen die Patienten "trifft eher zu/ trifft völlig zu (Kategorie 4/5)" angekreuzt haben.

Die Items dieser Skala zeigen, ohne Ausnahme, einen Aufwärtstrend. Die beiden Items, die vor der Schulung den höchsten Unzufriedenheitsfaktor aufwiesen, steigen überproportional an. Während vor der Schulung 54,6 % der Patienten die Frage: „Arzt hat ausreichend Zeit um über Aspekte des D. m. zu reden, die für mich wichtig sind“ bejahen, geben dies nach der Schulung 60,7 % an. Einen ähnlichen Anstieg zeigt das Item „Ich fühle mich bei meinem Arzt bezüglich der medizinischen Seite des D. m. gut versorgt“ (t_1 50,0 %; t_3 62,2 %).

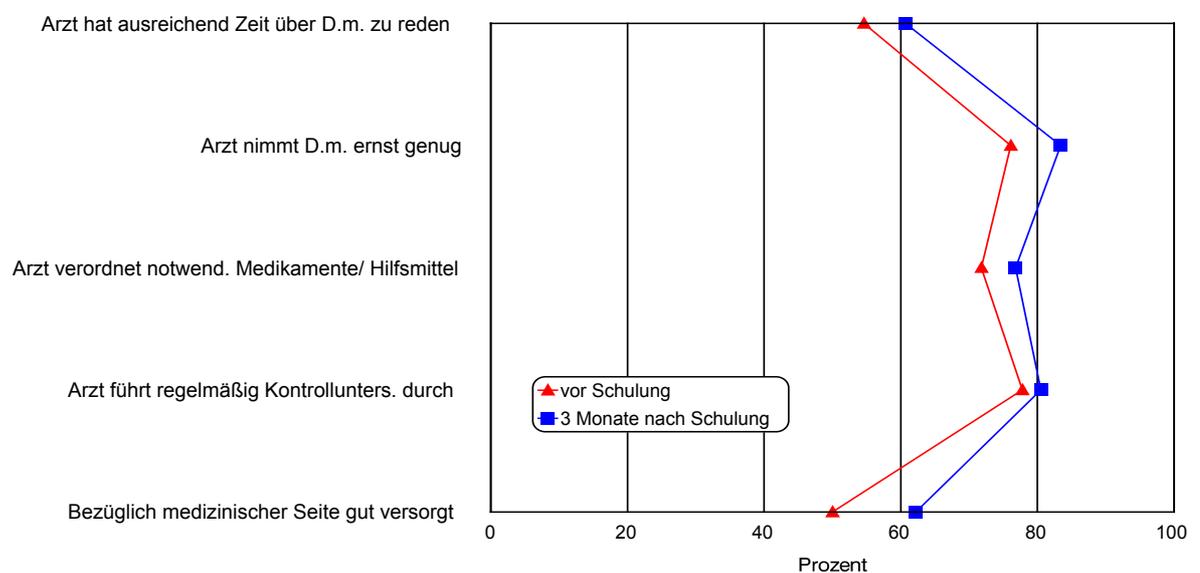


Abb. 12: Einschätzung der Versorgungsqualität durch Patienten

Tabelle 42: Gesamtergebnisse Skala 4

(Erfahrungen der Patienten mit der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen)

Subskala	119 Datensätze			84 Datensätze		
	t ₁	t ₂	Δ t ₁ t ₂	t ₂ *	t ₃	Δ t ₂ t ₃
Kooperation Ärzte	2,36	2,41	- 0,48 +/- 0,72	2,52	2,02	0,50 +/- 0,82 ***
Kooperation vs. Behandlungsergebnis	3,17	3,26	- 0,08 +/- 0,85	2,35	2,88	0,47 +/- 1,05 ***
Gesamtergebnis	2,76	2,83	- 0,07 +/- 0,59	2,93	2,45	0,49 +/- 0,76 ***

* p < 0,05
 ** p < 0,01
 *** p < 0,001

"1" trifft gar nicht zu "3" trifft teils/teils zu "5" trifft völlig zu
 "2" trifft kaum zu "4" trifft eher zu

In dieser Skala werden die Erfahrungen der Patienten mit der übergreifenden Versorgung im deutschen Gesundheitswesen sowie mögliche Auswirkungen der Kooperation der Leistungserbringer auf das Behandlungsergebnis abgebildet.

Insgesamt zeigt auch diese Skala eine mittlere Zufriedenheit mit der Versorgung [Wert: 2,76]. Die Mehrzahl der befragten Patienten tendiert bezüglich der Frage nach negativen Erlebnissen mit der Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte zur Antwortkategorie „trifft kaum zu“. Mit der Erfahrung des Wechsels von der stationären Ebene (Uniklinik t₂) zurück zum behandelnden Hausarzt (t₃) sinkt diese Einschätzung sogar noch signifikant auf 2,45 ab [Δ t₁ t₃ 0,42 +/- 0,82 p=0,00 (bezogen auf 84 Fragebögen)].

Bei einer Analyse der Einzelitems ergibt sich folgendes Antwortverhalten:

Tabelle 43: Erfahrungen der Patienten mit der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen

	vor Schulung	3 Monate nach Schulung
Ärzten geht es nicht um mich, sondern ums Geld	27,1 %	13,3 %
Habe von Ärzten widersprüchliche Aussagen erhalten	23,5 %	12,1 %
Ärzte arbeiten nicht "Hand in Hand"	20,4 %	16,3 %
Ärzte haben Differenzen auf meine Kosten ausgetragen	15,8 %	12,4 %
Ärzte haben keine gute Meinung übereinander	14,7 %	4,9 %
Zweifel, wenn Ärzte unterschiedliche Meinung haben	39,0 %	32,5 %
Bin verunsichert, welchem Arzt ich vertrauen soll	49,1 %	39,3 %
Verunsicherung erschwert Therapiemotivation	44,5 %	36,1 %
Belastend, wenn Ärzte unterschiedliche Meinung haben	43,8 %	46,9 %
Größeres Vertrauen, wenn Ärzte gleicher Meinung sind	82,1 %	82,9 %
Bessere Einstellung, wenn Ärzte zusammenarbeiten	81,5 %	84,2 %

Bei der Auswertung auf Itemebene, wurden diejenigen Antworten zusammengefasst, bei denen die Patienten "trifft eher zu/ trifft völlig zu (Kategorie 4/5)" angekreuzt haben.

Die Analyse der Einzelitems bestätigt, dass weniger als ein Drittel der befragten Patienten schlechte Erfahrungen mit der Zusammenarbeit der behandelnden Versorgungsebenen gemacht hat. So finden vor der Schulung 27,1 % der Patienten "Ich habe schon das Gefühl gehabt, den Ärzten geht es nicht um mich und meine Gesundheit, sondern darum an mir Geld zu verdienen", 23,5 % der befragten Patienten gaben an, von verschiedenen Ärzten, die an der Behandlung beteiligt sind widersprüchliche Aussagen bekommen zu haben. 20,4 % finden "Ich habe schon das Gefühl gehabt, meine behandelnden Ärzte arbeiten nicht Hand in Hand". Der Anteil an Patienten, die „das Gefühl haben ihre Ärzte haben keine gute Meinung übereinander“ liegt mit 15,4 % etwas niedriger.

Das Gleiche gilt für Patienten die schon erlebt haben, dass „Ärzte unterschiedliche Vorstellungen über die Behandlung auf ihrem Rücken ausgetragen haben“ (14,7 %).

Die konkrete Erfahrung im Wechsel von der Versorgungsebene Uniklinik Frankfurt (Schulungszentrum) zur Versorgungsebene Hausarzt hat einen positiven Einfluss auf diese Einstellung. 3 Monate nach der Schulung ist die Anzahl der Patienten, die von negativen Erfahrungen berichten, deutlich gesunken.

Die Bedeutung einer reibungslosen Kooperation auf das Behandlungsergebnis wird von immerhin der Hälfte der befragten Patienten als relevant eingeschätzt.. So liegt der Anteil der Patienten, die angeben, dass sich bei ihnen Unstimmigkeiten zwischen den behandelnden Ärzten auf den Therapieerfolg auswirken zwischen 40 und 50 %.

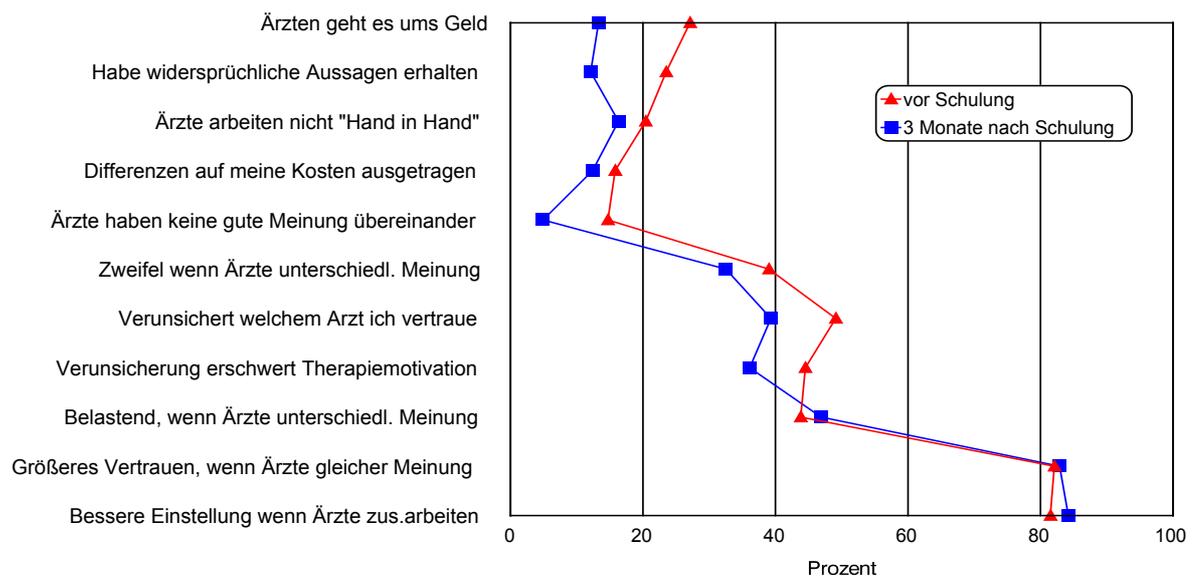


Abb.13: Erfahrungen der Patienten mit der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Leistungserbringer im deutschen Gesundheitswesen

49,1 % der Patienten geben an, "Wenn Ärzte unterschiedliche Behandlungsvorstellungen äußern, bin ich verunsichert und weiß nicht, welchem Arzt ich vertrauen soll". 44,6 % der Patienten geben an, dass Verunsicherung ihre Therapiemotivation erschwert ("Ich kann mich schlecht motivieren mich ernsthaft um den Diabetes zu kümmern, wenn ich nicht

vom Sinn der Bemühungen überzeugt bin"). 39 % der Patienten haben Zweifel am Sinn ihrer Bemühungen, wenn die behandelnden Ärzte unterschiedliche Behandlungsvorstellungen haben und 43,8 % finden es sogar persönlich sehr belastend, wenn die behandelnden Ärzte unterschiedliche Vorstellungen über die Behandlung haben. Die Zahl der Patienten, welche diese Aussage treffen, steigt bis zum Zeitpunkt t_3 auf 46,3 % leicht an. Der Einfluss der anderen Items dieser Kategorie scheint bis zum Zeitpunkt t_3 an Bedeutung zu verlieren.

Einen sehr großen Einfluss auf das Behandlungsergebnis haben die beiden letztgenannten Items. 82,1 % der Patienten geben an "Ich habe größeres Vertrauen in die Richtigkeit meiner Behandlung, wenn meine behandelnden Ärzte gleicher Meinung sind" und 81,5 % sagen "Ich glaube für mich ist es einfacher eine gute Stoffwechseleinstellung zu erreichen, wenn die behandelnden Ärzte Hand in Hand arbeiten".

6 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Untersuchung, insbesondere in bezug auf die Interaktionsprozesse zwischen Patient und Gesundheitssystem, auf dem Hintergrund der bereits beschriebenen Studienergebnisse, der Literatur sowie der zur Diskussion stehenden Fragestellungen und Hypothesen interpretiert. In der Zusammenfassung wird versucht, aus den gewonnenen Daten Erkenntnisse abzuleiten, die Aufschluss über notwendige Veränderungen aus der Sicht der Patienten geben können. Diese sollen als Lernmaterial für Folgeprojekte dienen und darüber hinaus Denkanstöße für zukünftige Reformvorhaben in Deutschland bieten.

Die Autorin ist sich bewusst, dass die folgenden Aussagen mit Einschränkungen zu betrachten sind, da es sich um eine quantitative Studie handelt, mit der Interaktionsprozesse nur schwer erfassbar sind. Darüber hinaus sind die Bewertungskriterien von Patienten derzeit noch nicht ausreichend standardisiert (siehe Literaturteil), so dass eine Interpretation der "Patientenzufriedenheit" nur unter Vorbehalt möglich ist.

Des Weiteren beziehen sich die Studienergebnisse auf eine selektive Stichprobe derjenigen Patienten, die in der Uniklinik Frankfurt/ Main geschult und behandelt wurden. Hierbei handelt es sich um ein, für Diabetiker, verhältnismäßig junges Kollektiv (Altersdurchschnitt 54,4 Jahre) aus einem städtischen Einzugsgebiet. Darüber hinaus sind die Patienten, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt haben, überdurchschnittlich motiviert. 62,4 % nehmen aus eigener Initiative an der Schulung in der Uniklinik Frankfurt/ Main teil.

6.1 Die Arzt- Patient- Beziehung und Aktivierung des ko-produktiven Potentials

Die Arzt- Patient- Beziehung gestaltet sich i. d. R. vor dem Hintergrund eines asymmetrischen Beziehungsgeflechts. Der Arzt ist in dieser Beziehung der mit Kompetenz und Wissen ausgestattete Experte, während der Patient sich in der Rolle des Hilfesuchenden befindet. Im Rahmen der Besprechung der Befragungsergebnisse muss also berücksichtigt werden, dass die im Folgenden durchgeführte Interpretation der Patientenmeinung, als "subjektive" Äußerung, stets im Rahmen dieses vorgegebenen Gefüges von Erwartungs- und Verhaltensmustern gesehen werden muss.

Im Zusammenhang mit der *Arbeitshypothese 1*, die besagt, dass die Aktivierung des ko-produktiven Potentials beim Patienten durch die Form der Autoritätsbeziehung behindert wird, lassen sich folgende Teilergebnisse zusammentragen:

6.1.1 Die Arztwahl aus Patientensicht

Die zentrale Frage, welche Maßstäbe Patienten bei der Wahl ihres behandelnden Hausarztes ansetzen, spiegelt zwei Entscheidungsdimensionen wider: die Einschätzung der medizinischen Kompetenz des Arztes sowie, auf der affektiven Ebene, das persönliche Verhältnis zum betreffenden Arzt. Im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung ist es wichtig einzuschätzen, welche dieser beiden Dimensionen, insbesondere für Langzeitpatienten, einen höheren Stellenwert hat.

Bei der vorliegenden Untersuchung zeigte sich, dass das Patientenkollektiv der Uniklinik Frankfurt/ Main die Forderung „Der Arzt hat viel Zeit für mich“ an erster Stelle ihrer Erwartungen und den Wunsch „... sich gut mit ihrem Arzt zu verstehen“ an zweiter Stelle nannten (siehe Tab. 35). Dagegen wurde die Forderung nach der medizinischen Qualifikation des Arztes („Arzt ist auf dem neuesten Kenntnisstand bezüglich des Diabetes“) erst an 3. Stelle sowie die Forderung dass der Arzt über „modernste technische Ausstattung verfügt“ sogar an letzter Stelle genannt. Der Wunsch nach einem partnerschaftlichen Umgang, wird bei dieser Fragestellung nur von 11,6 % der Patienten geäußert.

Diese Gewichtung, aus Patientensicht, deckt sich mit der von JUNG; VAN HORNE et al. [108] aufgestellten Theorie, dass Patienten, in Ermangelung objektiver

Bewertungskriterien, die Beurteilung der Versorgungsqualität auf der Basis von affektiven zwischenmenschlichen Leistungen vornehmen. Ähnliche Vermutungen wurden auch von AUST [87] geäußert. Sie stellt die These auf, dass Patienten ihre Unfähigkeit die medizinische Qualität der Behandlung zu beurteilen dadurch kompensieren, dass sie ersatzweise die Dauer der Behandlung als Qualitätsmerkmal ansehen. In diesem Zusammenhang spielt das Ausmaß der Kommunikation zwischen Arzt und Patient eine ausschlaggebende Rolle für die Bewertung des Arztes und damit für die Arztwahl.

Diese Vermutung wird durch folgende Patientenäußerungen untermauert (die in begleitend von mir durchgeführten persönlichen Gesprächen von Patienten getroffen wurden):

Ich: „Warum sind Sie so zufrieden mit ihrem Arzt?“

Patient: „Weil ich mich mit ihm unterhalten kann und er ist auch auf meiner Seite ...“

Ich: „Woran machen sie es fest, dass Sie sich gut behandelt fühlen?“

Patient: „Ja, dass ich mit ihm reden kann und wenn es nur 2 bis 3 Minuten sind, dass er Zeit hat, wenn ich irgend einen Wunsch habe oder mal eine dumme Frage stelle...“

Ich: „Was fällt Ihnen ein zu Ihrem Verhältnis zu Ärzten?“

Patient: „Ich gehe auf jeden Arzt zu, akzeptiere ihn erst mal und lerne ihn kennen. Kommen wir gut aus ist es o.k., aber das ist doch im ganzen Leben so mit Menschen, oder?“

Insgesamt wird bei den Kriterien zur Arztwahl deutlich, dass die im Zusammenhang mit dieser Untersuchung befragten Langzeitpatienten den affektiven Aspekten, wie „sich kennen, sich verstehen, sich vertrauen, Zeit füreinander haben, etc.“ eine herausragende Bedeutung beimessen. Maßstäbe dagegen, wie sie im Sinne des „eigenverantwortlichen Patienten“ für notwendig erachtet werden, spielen aus Patientensicht eine untergeordnete Rolle im Verhältnis zum Arzt. Dieses Ergebnis bestätigt die von EVERS in seinem Artikel „Neue Leitbilder für Dienste im Gesundheits- und Sozialbereich“ [67] angesprochene Notwendigkeit komplexerer Leitbilder im Gesundheitswesen, die den Patienten nicht nur zum „kritischen Kunden“ umerziehen möchten, sondern auch seinem Wunsch danach, Verantwortung abgeben zu können und Hilfe einzufordern, gerecht werden.

6.1.2 Das Vertrauensverhältnis zum Arzt

Dem Vertrauensverhältnis zum Arzt kommt für die Beurteilung der Zufriedenheit mit der Versorgung eine zentrale Bedeutung zu. Im Vergleich mit den Ergebnissen der deutschen Studiengruppe von KLINGENBERG, BAHRS und SZECSENYI [92] sind die Langzeitpatienten des untersuchten Kollektivs deutlich kritischer in ihrer Beurteilung des Verhältnisses zu ihrem Hausarzt. Im Gesamtergebnis zeigt sich, mit einem Wert von 3,89, zwar eine relativ hohe Zufriedenheit, im direkten Vergleich auf Itemebene sind die Diabetiker jedoch unzufriedener als die Patienten der EUROPEP. So sagen 90 % der Patienten in der EUROPEP "Der Arzt hatte Interesse an meiner persönlichen Situation", während dies nur 66,9 % der Patienten der Uniklinik bestätigen konnten. 89 % der Patienten der EUROPEP erklärten "Der Arzt hat es mir leicht gemacht über Probleme zu sprechen", im Vergleich wird diese Aussage nur von 73,7 % der von mir befragten Patienten getroffen. Die Aussage "Der Arzt versteht mich/ was ich von ihm möchte" wurde im Rahmen der von SZECSENYI et al. [91] im Ried durchgeführten Befragung von 92,3 % der befragten Patienten bestätigt. Dagegen sind es nur 67,2 % der in der vorliegenden Untersuchung befragten Diabetiker, die sich von ihrem Arzt verstanden fühlen.

Nach RASPE [87] können Ergebnisse von Zufriedenheitsuntersuchungen die unter 75 % liegen, als "erhebliches Konfliktpotential" bewertet werden. Setzt man diesen Maßstab bei der vorliegenden Untersuchung an, weisen die Ergebnisse auf eine geringe Zufriedenheit der Langzeitpatienten mit der Umsetzung der genannten Aspekte hin.

Trotz der, im Vergleich mit den Daten der EUROPEP, kritischen Einschätzung, ist die Bindung der „Langzeitpatienten“ an den Hausarzt relativ stabil. 86 % der Patienten geben an, ein gutes Vertrauensverhältnis zu ihrem Hausarzt zu haben und 66,1 % der Patienten sind davon überzeugt, dass der Arzt das Beste für sie tut. Die befragten Patienten sind im Durchschnitt seit 13,4 Jahren bei ihrem Hausarzt in Behandlung und aufgrund der Häufigkeit des Kontaktes zwischen Arzt und Patient, kann die Beziehung als sehr intensiv bezeichnet werden. 39,7 % der Befragten sehen ihren Hausarzt mindestens 1 x / Monat und 37,1 % mindestens einmal im Quartal. Zwei Drittel der Patienten sehen vor der Schulung keinen Grund ihren Hausarzt zu wechseln. In diesem Zusammenhang ist allerdings anzumerken, dass ca. ein Drittel der Befragten in den vergangenen 5 Jahren

den Hausarzt gewechselt hat, wobei die Typ 1-Diabetiker mit 39,1 % fast doppelt so „wechselfreudig“ sind, wie die Typ 2-Diabetiker mit nur 22,4 % (siehe Tab. 34).

Die Diskrepanz zwischen relativer Unzufriedenheit der „Langzeitpatienten“ und der Stabilität bzw. dem hohen Grad an Vertrauen in das Verhältnis zum Arzt ist nicht einfach interpretierbar. Ein Erklärungsansatz der Autorin liegt in einer Art "Selbstschutzfunktion" der Patienten. Da der Patient keine objektiven Kriterien in der Hand hat, um die Qualifikation des Arztes zu beurteilen, muss er sich auf sein Gefühl verlassen, dass der Arzt "Das Beste für ihn tut". Wie von JUNG, WENSING et al. beschrieben, ist die Vorstellung, dass die Versorgung nicht auf höchstem Niveau stattgefunden hat, beängstigend ("theorie of cognitive dissonance"), so dass der Patient, um sich selbst zu schützen, immer vom höchsten Versorgungsniveau ausgeht. Der Patient wählt den "Arzt seines Vertrauens", bei dem er sich verstanden und gut aufgehoben fühlt. Vor dem Hintergrund einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommt der Betroffene ggf. zu der Erkenntnis, dass der Arzt des Vertrauens nicht immer nur "das Beste" tut bzw. getan hat. Dieses Eingeständnis wirft für den Betroffenen die emotional schwierige Frage auf, inwieweit er selbst eine „Mitschuld“ an dieser Entwicklung trägt, weil er dem Arzt „blind“ vertraut hat, anstatt sich selbst aktiver mit seiner Erkrankung und deren Behandlung auseinander zu setzen. Vor diesem Hintergrund ist es sehr menschlich, die Abweichung zwischen Erwartung und vorgefundener Situation dadurch zu beseitigen, das Anspruchsniveau nachträglich herabzusetzen und dadurch einen Einklang herzustellen. In der Realität kann dies dadurch erreicht werden, dass der behandelnde Arzt, solange irgend möglich, mit Vertrauen und positiven Eigenschaften besetzt wird.

Erschwerend stellt sich, trotz der Unzufriedenheit mit dem Status Quo, für den Patienten das Dilemma einer fehlenden Alternative. Bezieht man die Dauerhaftigkeit der Beziehung zum Arzt sowie den mit einem Arztwechsel verbundenen Aufwand (Verlust vorhandener Sicherheiten beim alten Arzt, Misstrauen gegenüber neuem Arzt, Notwendigkeit des Kennenlernens, Vertrauensbildung, etc.) in die Überlegungen mit ein, müssen vermutlich schwerwiegende Gründe eintreten, dass Patienten diesen Schritt tatsächlich durchführen.

Das im Rahmen des 2-wöchigen Schulungsaufenthaltes (Uniklinik Frankfurt/ Main) erworbene Wissen und die damit verbundene Aufklärung hat einen messbaren Einfluss auf die Bewertung des Vertrauensverhältnisses. Im Anschluss an die Schulung ist die Zahl der Patienten, die das Vertrauensverhältnis als gut einschätzen ist von 86,0 % auf

67,9 % gesunken, und nur noch die Hälfte der Befragten sieht keinen Grund für einen Arztwechsel. Das bedeutet, dass die Maßnahme "Aufklärung" einen maßgeblichen Einfluss auf das bis dahin scheinbar "unerschütterliche" Vertrauensverhältnis zum Arzt hat. Daraus resultiert die Frage, durch welche konkrete Erfahrung dieser Vertrauensverlust zustande kommt?

Ein Erklärungsansatz der Autorin für diese Tatsache lautet: ein Patient der mit dem Instrument Wissen ausgestattet wird ist mehr als zuvor in der Lage, die Kompetenz und Qualifikation des Arztes anhand objektiver Gesichtspunkte zu bewerten. Diese realistische Betrachtungsweise führt, vor dem Hintergrund einer schon vorhandenen kritischen Grundeinstellung, zur Vertrauenseinbuße seitens des Patienten. Vor diesem Hintergrund wäre es natürlich interessant zu erfahren, ob und wie viele Patienten ihren Hausarzt im Anschluss an die Schulung tatsächlich wechseln?

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es in der Zusammenarbeit mit einem aufgeklärten Patienten von Seiten des behandelnden Arztes nicht ausreichen wird "nur" freundlich zu sein und sich viel Zeit zu nehmen. Der aufgeklärte Patient erfordert eine neue Rollenaufteilung zwischen Patient und Therapeut, bei welcher der Arzt mehr auf die Erfahrungen und Bedürfnisse der Patienten eingeht.

6.1.3 Partnerschaft in der Arzt- Patient- Beziehung

Nach der Theorie von THORNE und ROBINSON [98] durchläuft die Arzt- Patient- Beziehung bei chronischen Erkrankungen die Stadien „naives Vertrauen“, „Ernüchterung“ sowie „das vorsichtige Bündnis“. Für die Stärkung der Patientenrolle wäre es wünschenswert, wenn sich die Patienten, im Rahmen des letztgenannten Stadiums, zum "team player" entwickeln. Der wesentlichste Baustein dieser Beziehungsform ist das wechselseitige Vertrauen in die eigene Kompetenz und in die Erfahrungen sowie die Kompetenz des Gegenübers.

Die Untersuchungen von KLINGENBERG, BAHRS und SZECSENYI im Rahmen der "Priorities Study" [93] haben gezeigt, dass der Wunsch nach Partnerschaftlichkeit und Einbeziehung für das Durchschnittskollektiv von Patienten eine untergeordnete Rolle spielt. Dementsprechend findet sich in dieser Kategorie eine hohe Zufriedenheit mit der erhaltenen Leistung. 87 % der Patienten der deutschen „Priorities Study“ finden, dass der Arzt sie sehr gut bzw. gut in die Entscheidungen über die medizinische Behandlung mit einbezogen hat. Die Langzeitpatienten der vorliegenden Untersuchung schätzen diesen Aspekt deutlich kritischer ein. Nur 68,7 % der befragten Diabetiker geben an, dass der Arzt sie in Entscheidungen über die medizinische Behandlung mit einbezieht.

Eine differenzierte Auflistung weiterer Aspekte dieser Arbeit, welche die Dimension „Partnerschaftlichkeit“ abbilden, zeigt ein ähnlich niedriges Ergebnis. Nur die Hälfte der befragten Patienten in der Uniklinik sehen sich in der Rolle eines gleichberechtigten (50,9 %) und fähigen (66,4 %) Partners des Arztes. Nur ein Drittel der Patienten (35,1 %) gibt an, dass persönliche Erfahrungen mit der Erkrankung vom Arzt angenommen werden, und die Idee, der Arzt könne von Ihnen als Langzeitbetroffenen etwas über die Erkrankung lernen ist für die meisten Patienten (80,7 %) unvorstellbar. Dementsprechend gelangt ein Drittel der Patienten zu der Überzeugung, dass der Arzt bestimmend in seinem Umgang mit Ihnen ist (30,8 %) und 27,7 % der Langzeitpatienten finden, dass der Arzt die Entscheidungen über die Behandlung alleine, ohne ihre Mitsprache, trifft.

Die Schulung hat auf die Aspekte der "Partnerschaftlichkeit" einen maßgeblichen Einfluss. Nahezu alle Items, welche diese Dimension der Arzt- Patient- Beziehung abbilden, deuten auf einen leichten bis deutlichen Anstieg des Selbstbewusstseins der Patienten gegenüber dem Arzt hin.

Diese Ergebnisse bestätigen die Theorie von THORNE und ROBINSON [98], dass Patienten, die über einen längeren Zeitraum erkrankt sind und/ oder Zugang zu Informationsquellen hatten, ein höheres Selbstvertrauen bezüglich ihres Krankheitsmanagements entwickeln und eher bereit sind auf ihre eigene Kompetenz zu vertrauen.

Der Zuwachs an Selbstvertrauen seitens der Patienten hat nach Ansicht der Autorin auch Auswirkungen auf das Beziehungsmuster mit dem Arzt. Diese Schlussfolgerung wird durch das folgende Ergebnis der Untersuchung nahegelegt. Die Zahl der Patienten, die ihre Erfahrungen bei der Behandlung berücksichtigt sehen sinkt von 82,5 % (vor der Schulung) auf 64,2 % (nach der Schulung) ab. Das könnte darauf hinweisen, dass Patienten das Ungleichgewicht der Beziehung, im Anschluss an eine Schulung, stärker wahrnehmen. Auch diese Beobachtung der vorliegenden Untersuchung wirft weiterführende Fragestellungen auf. So wäre es interessant, zu erfassen, ob und inwieweit diese Wahrnehmung aus Patientensicht langfristig zu einer Veränderung der Verhaltensmuster zwischen Arzt und Patient führt.

Folgende Patientenäußerung deutet an, dass eine Veränderung der Arzt –Patient-Beziehung in diese Richtung, ein hohes Maß an Selbstbewusstsein durch die Patienten erfordert:

Ich: „Haben Sie das Gefühl Sie haben genug Mitbestimmung gegenüber ihrem Arzt?“

Patient: „Ja, ich habe sie mir erkämpft!“

6.1.4 Mitbestimmung in der Arzt- Patient- Beziehung

Analog zu den Ergebnissen der Vorstudien der EUROPEP zeigt auch die Untersuchung bei einem Langzeitkollektiv auf, dass der Wunsch nach Mitbestimmung eine untergeordnete Rolle spielt. So wird nur von der Hälfte der Betroffenen das Anliegen nach mehr Mitbestimmungsmöglichkeiten in bezug auf die Erkrankung geäußert. Entgegen den Erwartungen der Autorin erhöht sich der Wunsch nach Mitbestimmung seitens der Patienten durch eine Schulungsmaßnahme nicht. Vor der Schulung ist die Hälfte der Patienten (51,3 %) der Überzeugung, die Behandlungsqualität durch Mitbestimmung verbessern zu können. Drei Monate nach der Schulung sehen nur noch 37,5 % der Patienten die Mitbestimmung als einen Weg zur verbesserten Stoffwechseleinstellung an. Ein großer Anteil der Befragten (41,9 %) findet es entlastend, wenn der Arzt die Verantwortung für die Behandlung übernimmt und der Anteil an Patienten, die diesen Wunsch äußern, bleibt auch nach der Schulung stabil (37,4 %).

Dieses Ergebnis ist dahingehend von besonderer Bedeutung, dass die Forderung nach Mitbestimmung, also der in der öffentlichen Debatte geforderten Autonomie, Souveränität, Mündigkeit, etc., nicht vom Aufklärungsstatus der Patienten abhängig und somit auch durch diesen nicht direkt beeinflussbar zu sein scheint.

Im Gesamtergebnis zeigt die Subskala "Partizipationsanspruch" eine signifikante Abnahme vom Zeitpunkt t_1 vor der Schulung bis zum Zeitpunkt t_3 im Anschluss an die Schulung. Eine Erklärung für dieses Ergebnis ist die mit der „Krankenrolle“ verbundene Regressionsneigung der Patienten. Hierzu gehört, auf der emotionalen Ebene, der Wunsch Verantwortung bzw. Initiative abzugeben. Dies gilt nicht nur für akut auftretende Erkrankungen, sondern spielt auch im Verlauf von Langzeiterkrankungen eine wichtige Rolle. Wie die vorliegende Untersuchung zeigt, reicht die Wissensvermittlung als alleinige Maßnahme nicht aus, um diese Regressionsneigung der Patienten zu durchbrechen.

Folgendes Patientengespräch spiegelt die oben beschriebene Situation wieder (begleitend von mir durchgeführtes persönliches Gespräch mit einer Patientin):

Ich „...sie sind ja jetzt ein aufgeklärter Patient. Glauben Sie, dass Patienten mehr Mitbestimmung wollen?“

Patient: „In gewisser Weise schon und in gewissem Umfang. Aber ich muss ganz ehrlich sagen, ich fand hier die Aufklärung fast schon ein bisschen zuviel ... die Aufklärung hat einem dann schon fast ein bisschen Angst gemacht ... Wissen Sie, man will schon was wissen, aber vielleicht nicht bis ins letzte Detail.“

6.2 Aufklärung der Patienten zum „mündigen Partner“

In allen vorgestellten Studien wird ein hoher Erwartungsanspruch der Patienten an die Aufklärung durch den behandelnden Arzt deutlich. In der "Priorities Study [93] von KLINGENBERG et al. steht der Wunsch, der Hausarzt solle "... alles sagen, was ich über meine Erkrankung wissen möchte" auf Platz 4, in der Vorstudie von JUNG, WENSING und GROL [90], äußern Patienten diese Forderung auf Rang 5. Auch in der von DONNER-BANZHOFF et al. [96] durchgeführten Untersuchung zu Handlungserwartungen von Patienten im Rahmen eines bevorstehenden Arztbesuchs, entfielen die meisten Nennungen auf Erwartungen bezüglich der Punkte Aufklärung und Information.

Die *Arbeitshypothese 2* zu dieser Fragestellung unterstellt, dass das Gesundheitssystem zum aktuellen Zeitpunkt bezüglich der Aufklärung noch in keiner Weise die Voraussetzungen bietet, um Patienten in die Rolle eines „mündigen Partners“ zu versetzen.

Vergegenwärtigt man sich die im Kontext der Studie beschriebenen Rahmenbedingungen der qualifizierten Aufklärungsangebote im Raum Frankfurt/ Main, so ist davon auszugehen, dass das Ziel einer flächendeckenden Schulung im Raum Frankfurt/ Main derzeit nicht umgesetzt werden kann. Diese Einschätzung wird durch die Patientenbefragung bestätigt. So haben trotz einer mittleren Diabetesdauer von 14,5 Jahren nur knapp 60 % der Typ-1 Diabetiker schon einmal an einer Schulung teilgenommen. Bei den Typ 2-Diabetikern sind es nach einer mittleren Krankheitsdauer von 11 Jahren sogar nur 35 %. Entsprechend niedrig ist die Zufriedenheit der Patienten mit dem Grad der Aufklärung über Entstehung, Verlauf sowie Behandlung des Diabetes. Weniger als die Hälfte der befragten Langzeitpatienten fühlen sich ausreichend über das informiert, was sie über ihre Erkrankung wissen möchten. Im Vergleich dazu waren es in der EUROPEP- Studie 90 %. Damit ist die Bewertung dieses Aspektes für eine Zufriedenheitsuntersuchung als extrem niedrig einzustufen. Dieses Ergebnis zeigt, dass

Langzeitpatienten auf der kognitiven Ebene einen großen Wunsch nach Wissen und Information äußern.

Wie weiter oben beschrieben, ist die Frage des wechselseitigen Vertrauens in die persönliche Kompetenz sowie in die Kompetenz des Gegenübers ein zentraler Baustein der partnerschaftlichen Beziehung. In diesem Zusammenhang wurden die Patienten gebeten eine Einschätzung der Kompetenz ihres behandelnden Arztes, bezüglich der Erkrankung Diabetes mellitus, abzugeben. Die Aussage "Mein Arzt verfügt über ein umfassendes Wissen über Diabetes" wurde nur von 41 % der Patienten getroffen. Im Vergleich dazu bewerteten 96,4 % Studienteilnehmer der im Rahmen eines Netzprojektes im Ried durchgeführten Befragung (SZECSENYI et al. [91]), ihren Hausarzt als fachlich gut informiert. Auch in diesem Punkt zeigt sich ein deutlicher Unterschied in der Zufriedenheit eines allgemeinen Patientenkollektivs im Vergleich mit dem Kollektiv der chronisch erkrankten Langzeitpatienten in der Universitätsklinik Frankfurt/ Main.

Interessant ist die Entwicklung des Aspektes "Aufklärung" im Zeitverlauf. Während sich die Einschätzung vom Zeitpunkt t_1 vor der Schulung zum Zeitpunkt t_2 direkt nach der Schulung nicht verändert, kommt es im Anschluss an die Schulung bis zum Zeitpunkt t_3 in allen Punkten zu einem Anstieg der Zufriedenheit und positiveren Bewertung des Arztes. Nach Meinung der Autorin könnte dieser Sachverhalt darin begründet sein, dass sich das Verhältnis zwischen Arzt und Patient im Zuge der Schulung tatsächlich verändert. Der nach der Schulung „kompetentere“ Patient neigt zu einer positiveren Beurteilung seines „Partners“ (des Arztes), weil er durch die in der Schulung überantworteten Informationen ein Gefühl der Sicherheit und Kontrolle erfährt. Eine vorsichtige Interpretation dieses Ergebnisses könnte nahe legen, dass der „aufgeklärte Patient“ auch ein „vertrauensfähiger Patient“ ist, da er weniger durch Angst und Wissenslücken motivierte Abwehrhaltungen gegen seinen Arzt hegen muss.

Folgende Patientenäußerung verdeutlicht die Situation (die in einem begleitend von mir durchgeführten persönlichen Gespräch von einer Patientin getroffen wurde):

Ich: „...d.h. Sie haben ein gutes Gefühl wieder zu Ihrem Hausarzt zurück zu gehen?“

Patient: „Ja, weil ich jetzt die Schulung hatte und auch kontrollieren kann macht er es richtig oder nicht richtig.“

Ich: „Ist das ein wichtiges Gefühl?“

Patient: „Ja.“

Ich: „Fühlen Sie sich dadurch wohler?“

Patient: „Nicht wohler, aber sicherer!“

Durch das Grundverständnis der medizinischen Sachverhalte sind Patienten möglicherweise in der Lage, ihre Erwartungen an therapeutische Maßnahmen präziser zu formulieren. Eine gezielte und klare Fragestellung seitens der Patienten ermöglicht es auch dem Arzt, Erwartungen besser zu erfüllen. Eine weitere Erklärung könnte sein, dass der Informationsaustausch dadurch verbessert wird, dass der aufgeklärte Patient ein ausreichendes Verständnis für die überantworteten Informationen aufbringt, und diese auf die eigene Situation anwenden kann. Auch dies könnte die höhere Zufriedenheit mit der Aufklärung, im Anschluss an die Schulung, erklären. Die Stagnation der Werte von t_1 auf t_2 ist insofern von Bedeutung, weil dieses Ergebnis nahe legt, dass die Patienten ihre Antworten tatsächlich auf die Beurteilung ihres Hausarztes und nicht auf den betreuenden Arzt in der Uniklinik bezogen haben. Zusammenfassend weist dieses Teilergebnis der Studie darauf hin, dass im Hinblick auf das Therapiegesehen beide Partner, Arzt und Patient, von der Aufklärung des Patienten profitieren. Der „aufgeklärte Patient“ ist also eine Bereicherung für das Therapiegesehen und die bei einigen Vertretern der Ärzteschaft bestehende Skepsis bzw. Angst vor einem aufgeklärten und selbstbewussten Patienten ist völlig unbegründet.

In der vorliegenden Studie wurde davon ausgegangen, dass Aufklärungsstatus und Therapiezufriedenheit in einem engen Verhältnis stehen. Hinter dieser Vorgabe steht die These, dass die Therapiezufriedenheit entscheidend durch den Aufklärungsstatus der Betroffenen beeinflusst wird. Diese Annahme wurde bestätigt. So fühlen sich ca. die Hälfte der Patienten vor der Schulung sicher, selbstständig und selbstbewusst im Umgang mit ihrer Therapie, nach der Schulung sind dies um die 90 %. Auch die Überzeugung durch die Therapie Folgeschäden verhindern zu können, und damit die zentrale Motivation zur Durchführung der aufwendigen Therapie, steigt von 64 % auf 80 % an. Weiterhin wurden vorhandene Barrieren der Therapieumsetzung durch die Schulung reduziert.

6.3 Subjektive und objektive Versorgungsqualität aus Sicht der Patienten

Als Ergebnis der Kontrolldaten zur medizinischen Versorgungsqualität lässt sich festhalten, dass die Patienten des Untersuchungskollektivs einen verhältnismäßig schlechten Gesundheitszustand aufweisen, der entsprechend der Ergebnisse der DCCT und der UKPDS nicht vertretbar ist. Der Gesamteindruck des Studienkollektivs der Uniklinik ist vergleichbar unbefriedigend wie die von LIEBL et al. im Rahmen der CODE 2 Studie [35] erhobenen Daten, die eine schlechte Versorgungsqualität bestätigt haben. In bezug auf den HbA1c- Wert war die Einstellungsqualität der Diabetiker in der Universitätsklinik Frankfurt/ Main im Vergleich zur CODE-2-Studie sogar noch deutlich schlechter. Dies kann natürlich unter anderem dadurch begründet sein, dass eine "Neueinstellung" der Stoffwechselwerte ein zentraler Einweisungsgrund in eine Einrichtung wie das „Diabetes-Schulungszentrum“ der Universitätsklinik Frankfurt/ Main ist.

In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, inwieweit sich die Betroffenen der Tatsache einer aus medizinischer Sicht unbefriedigenden Versorgungsqualität bewusst sind, bzw. wie sie die Versorgung durch ihren behandelnden Arzt erleben.

Das Gesamtergebnis der Skala „Versorgungsqualität“ zeigt die höchsten Zufriedenheitswerte von allen erfragten Dimensionen dieser Studie [Wert 3,85]. Die schon vor der Schulung hohe Zufriedenheit steigt bis zum Zeitpunkt t_3 sogar noch signifikant an [Wert 4,13]. Trotzdem liegt die Zufriedenheit auf der Ebene der Einzelitems auch in dieser Fragestellung deutlich unter den Ergebnissen von KLINGENBERG et al. [92]. 90 % der Patienten der EUROPEP- Studie, dagegen nur 55 % der Patienten der Uniklinik Frankfurt/ Main, geben an, ihr Arzt habe während des Arztbesuchs ausreichend Zeit, um über wichtige Aspekte des Diabetes zu reden. Dieses Ergebnis ist v.a. deshalb von Bedeutung, da die Patienten bei den Auswahlkriterien für den Arzt den Wunsch "Der Arzt hat viel Zeit für mich", an erster Stelle äußerten. Auch von den Patienten der EUROPEP wurde diese Forderung mit Rang 2 hoch platziert.

Bezüglich der medizinischen Seite fühlt sich nur die Hälfte (50,0 %) der Diabetiker gut versorgt. Im Widerspruch zu dieser extrem niedrigen Zufriedenheit geben 76,1 % der Patienten an: "Der Arzt nimmt den Diabetes ernst genug". Nach Ansicht der Autorin spiegelt auch dieses, auf den ersten Blick widersprüchliche, Antwortverhalten der

Patienten die rationale und die affektive Dimension der Arzt –Patient- Beziehung wieder. Die Mehrzahl der Langzeitpatienten fühlt sich auf der affektiven Ebene „Der Arzt nimmt den Diabetes ernst genug“ gut aufgehoben. Hinter dem „Ernstnehmen“ des Diabetes steht auch das Ernstnehmen der eigenen Person und alle damit verbundenen Aspekte der Beziehung („Verständnis“, „Vertrauen“, etc.). Dagegen ist die Hälfte der Befragten, auf der rationalen medizinischen Ebene, bezüglich der Qualität der erfahrenen Behandlung misstrauisch.

Bezüglich des Ordnungsverhaltens notwendiger Medikamente und anderer Hilfsmittel (Teststreifen etc.) fühlen sich zwei Drittel der Patienten (71,8 %) ausreichend versorgt.

Ebenso geben 77,8 % der Befragten an, der „Arzt führt regelmäßig Kontrolluntersuchungen durch“. In diesem Zusammenhang müsste noch genauer erfasst werden, welche Zeitspanne die Patienten unter regelmäßig verstehen und auf welche Kontrolluntersuchungen sie ihre Aussage beziehen. Die Daten, die 3 Monate nach Abschluss der Schulung erhoben wurden weisen darauf hin, dass im Vergleich mit den Forderungen der Fachgesellschaft keine befriedigende Situation vorliegt. So sind 3 Monate nach der Schulung zwar 90 % der Patienten bei ihrem Hausarzt gewesen, aber es wurde nur bei 26,4 % ein HbA_{1c}- Wert bestimmt.

Auch bei dieser Fragestellung zeigt sich von t_1 auf t_3 ein signifikanter Anstieg der Zufriedenheit. Dieser Anstieg ist, nach Ansicht der Autorin, mit dem schon unter 6.2 erläuterten „Kompetenzzuwachs“ der Patienten (und der damit verbundenen Abnahme von Abwehrhaltungen) sowie dem Gefühl der „Kontrollierbarkeit“ der ärztlichen Aktivität, erklärbar.

6.4 Die Zusammenarbeit der Leistungserbringer

Die Behandlung des Diabetikers findet nicht allein auf einer Versorgungsebene statt, sondern ist häufig von einer Vielzahl von Anlaufstellen geprägt. Die Basisversorgung wird überwiegend vom Hausarzt abgedeckt. Bei bestimmten Fragestellungen wird der Patient dann an andere Versorgungsebenen, wie z.B. eine diabetologische Schwerpunktpraxis oder stationäre Schulungs- und/ oder Behandlungseinrichtung weitergeleitet. Nach Erfüllung des vom Hausarzt gestellten Auftrags wird er wieder an den Hausarzt zurück

überwiesen. Ein herausragendes Merkmal dieser Versorgungskette ist die hohe Anzahl an Schnittstellen, die bezüglich des Behandlungsziels „optimale Gesundheit“ Reibungsverluste erzeugen könnte.

In bezug auf diese Problemstellung geht die *Arbeitshypothese 4* der vorliegenden Untersuchung davon aus, dass Patienten mit der Interaktion der Leistungserbringer im Gesundheitssystem negative Erfahrungen gemacht haben, welche die Therapiemotivation negativ beeinflussen.

Bei der Orientierung bezüglich der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems erwarten die Patienten anscheinend wenig Hilfestellung vom behandelnden Hausarzt. Der Wunsch nach Koordination verschiedener Behandlungsmaßnahmen durch den Hausarzt (Rang 32) sowie die Vorbereitung und begleitende Unterstützung bei Therapiemaßnahmen von Spezialisten (Rang 20) oder stationärem Aufenthalt (Rang 35) spielen aus Patientensicht in der niederländischen Vorstudie der EUROPEP [JUNG et al. (90)] eine untergeordnete Rolle. Der Wunsch bei bestimmten Fragestellungen die Zweitmeinung eines anderen Arztes einzuholen wird auf Platz 29 geäußert.

Dagegen wird das Anliegen "Arzt und andere Leistungserbringer sollten keine widersprüchlichen Informationen weitergeben" auf Platz 6 und die Forderung "Arzt sollte informiert sein, welche Leistungen ein anderer Arzt durchgeführt und was er mit mir besprochen hat" auf Rang 11 genannt.

Bezogen auf diese Forderungen an eine gute Zusammenarbeit zwischen den Versorgungsebenen stellen sich die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung wie folgt dar.

Nur ein Viertel der befragten Patienten berichtet von negativen Erfahrungen in der Vergangenheit. So haben 23,5 % von ihren Ärzten unterschiedliche Aussagen erhalten, 20,4 % der Patienten finden ihre Ärzte arbeiten nicht Hand in Hand und 27,1 % geben an, ihren Ärzten gehe es nicht um sie, sondern ums Geld. Die Mehrheit der Patienten hat in diesem Bereich gute Erfahrungen gesammelt. Allerdings ist, in bezug auf diesen Punkt ,anzumerken, dass bis zum Zeitpunkt der Schulung nur 57,5 % der Befragten von ihrem Hausarzt wegen des Diabetes zu anderen Leistungserbringern („Spezialisten“)

überwiesen worden sind. Das bedeutet, dass fast die Hälfte der Patienten noch gar keine Erfahrungen mit der Zusammenarbeit sammeln konnten.

Die Auswirkungen von negativen Erfahrungen an den Versorgungsschnittstellen unterschiedlicher Leistungserbringer werden von den befragten Diabetikern, auch wenn sie selbst keine negativen Erfahrungen gemacht haben, wie folgt eingeschätzt. Die Hälfte der Patienten glaubt, dass sie durch unterschiedliche Behandlungsvorstellungen seitens der Leistungserbringer verunsichert werden könnten. 43,8 % der Diabetiker stellen es sich sehr belastend vor, wenn Ärzte unterschiedliche Vorstellungen über die Behandlung haben. Knapp 40 % der Befragten sehen die Gefahr, Zweifel am Sinn ihrer Bemühungen um eine gute Einstellung zu bekommen, wenn die behandelnden Ärzte unterschiedliche Behandlungsvorstellungen haben. Dagegen versprechen sich ca. 80 % der Patienten von einer übergreifenden Zusammenarbeit einen Nutzen in bezug auf ihr Vertrauen in die Behandlung sowie ihre persönliche Einstellungsqualität.

Als interessantes Gesamtergebnis dieser Skala ist festzuhalten, dass die Maßnahme „Aufklärung“ einen positiven Effekt auf alle Items hat. So nimmt die Anzahl von Patienten, die ihren Ärzten negative Motive („Ärzten geht es um`s Geld“, „Ärzte haben keine gute Meinung übereinander“, etc.) unterstellen signifikant ab.

7 Zusammenfassung und Ausblick

In der vorliegenden Studie wurde versucht, Daten zu unterschiedlichen Dimensionen der Interaktion zwischen chronisch Kranken und dem Gesundheitssystem zu erfassen und zu bewerten. Hierzu wurde ein quantitatives Messinstrument, in Form eines selbst entwickelten Fragebogens eingesetzt.

Anhand eines Literaturüberblicks wurde die Bedeutung des Krankheitsbildes Diabetes mellitus aus medizinischer und gesundheitspolitischer Sicht dargestellt. Darüber hinaus wurde die Patientenrolle mit Hilfe gängiger Modellvorstellungen sowie aktueller Studien näher beleuchtet. Im Focus der vorliegenden Untersuchung stand vor allem die Frage der Patientenpartizipation im Gesundheitsprozess. Dabei ging es u.a. um die Darstellung sowie die Auswirkungen des Status quo, wie er von Langzeitpatienten wahrgenommen und bewertet wird. Am Beispiel wesentlicher Teilaspekte wurde der Einfluss einer intensiven Aufklärungsmaßnahme auf das Erleben der Interaktion zwischen Gesundheitssystem und Patient dargestellt und diskutiert.

Bei den vorliegenden Untersuchungsergebnissen handelt es sich um die Aussagen von chronisch kranken Patienten, die durch ihre langfristige (bzw. lebenslange) Erkrankung auf besonders intensive Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem und seinen Akteuren zurückblicken können. Als Gesamtergebnis ist in diesem Zusammenhang festzuhalten, dass sich die Erwartungen an, sowie die Erfahrungen mit der Beziehung zum behandelnden Arzt bzw. mit dem Gesundheitssystem zwischen „Langzeitpatienten“ und „Durchschnittspatienten“ deutlich unterscheiden. Bei allen Aussagen, die direkt mit den Aussagen des „Durchschnittskollektivs“ der im Rahmen der EUROPEP- Studie befragten Patienten verglichen werden konnten, lag die Zufriedenheit der Langzeitpatienten deutlich unter derjenigen der EUROPEP- Patienten. Bei der Mehrzahl der erfragten Aspekte liegt die Zufriedenheit der Diabetiker sogar unter 75 % und ist somit, nach RASPE, als "erhebliches Konfliktpotential" zu bewerten.

Dieser kritischen Beurteilung sollte v.a. deswegen Beachtung geschenkt werden, weil die Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten der Versorgungsqualität (Verhältnis zum Arzt, Aufklärung, etc.) für die langfristige, erfolgreiche Therapieplanung und -durchführung von besonderer Bedeutung ist. Eine Verbesserung der im Rahmen der Untersuchung angesprochener Defizite in der Interaktion zwischen Langzeitpatient und

Gesundheitssystem, birgt die Chance einer Erhöhung der Lebensqualität für die Betroffenen sowie einer Senkung der Kosten für das Gesundheitssystem.

Zusammenfassend bestätigen die weiteren Ergebnisse der Untersuchung die ursprünglich formulierten Hypothesen wie folgt:

Zu Hypothese 1: Die Form der Autoritätsbeziehung zwischen Arzt und Patient behindert die Aktivierung der ko- produktiven Potentiale auf der Seite der Patienten

Als Resümee dieser Fragestellung lässt sich festhalten, dass in bezug auf die Arzt-Patient- Beziehung den Kriterien „Verständnis und Vertrauen“ von Patientenseite eine entscheidend höhere Bedeutung beigemessen wird, als der Forderung nach "Partnerschaftlichkeit" oder "Mitbestimmung". Des Weiteren konnte für das befragte Kollektiv aufgezeigt werden, dass dem Wunsch nach Information und Aufklärung von Patientenseite zwar eine hohe Priorität zugeordnet wird, sich der wissende, kompetente Patient jedoch weiterhin wünscht, die Verantwortung für krankheitsrelevante Entscheidungen ein Stück weit an den Arzt delegieren zu können.

Konkret bedeutet dies, dass die Vorstellung vom gleichberechtigt partizipierenden Patienten (nach dem Muster des gut informierten Kunden), wie sie sich in der aktuellen Leitbilddebatte (Selbstmanagement) sowie der gesundheitspolitischen Diskussion abzeichnet, zu eindimensional und somit unrealistisch ist. Dieses Fazit ist, im Hinblick auf die Diskussion zur „Stärkung der Patientenrolle“, ein zentrales Ergebnis der Untersuchung, denn es liefert Anhaltspunkte, die zu einer kritischen Haltung gegenüber dem Leitbild „Patient als gleichberechtigter Partner und kritischer Konsument“ Anlass geben.

Die genannten Ergebnisse bestätigen auch die von EVERS und MOODY [67,139] gestellte Forderung nach einem komplexeren Leitbild, welches Elemente, sowohl des paternalistischen, als auch des liberalen Leitbildes (in Form eines „milden Paternalismus“) in sich vereinigt. Die konsequente Interpretation oben genannter Ergebnisse könnte ein Interaktionsmodell für die Arzt- Patient- Beziehung erforderlich machen, welches von gegenseitiger Anerkennung, Vertrauen und Verständnis geprägt ist und sowohl dem

Patienten, im Rahmen seiner Möglichkeiten, als auch dem Arzt, Verantwortungsübernahme abverlangt.

In dieser Richtung ist aus Sicht der Autorin auf jeden Fall ein weiterführender Forschungsbedarf zu sehen. Hier stellt sich die Frage, ob und durch welche Maßnahmen auf beiden Seiten (Arzt und Patient) die Voraussetzungen geschaffen werden können, um diese Form der Behandlungspartnerschaft zu realisieren.

zu Hypothese 2: Infolge unzureichender Vermittlung der notwendigen Fähigkeiten und des Wissens sind Patienten nicht ausreichend aufgeklärt und somit nicht in der Lage ihre Rolle als „mündiger Partner“ im Gesundheitsprozess zu übernehmen.

In diesem Zusammenhang konnte gezeigt werden, dass die Rahmenbedingungen bezüglich der Vermittlung notwendiger Information und ggf. Schulung der Patienten im Raum Frankfurt/ Main derzeit in keiner Weise erfüllt sind.

Die Studie zeigt darüber hinaus, wie weitreichend der Einfluss einer Aufklärungsmaßnahme hinsichtlich des Selbstverständnisses und Selbstbewusstseins der Patienten in der Interaktion mit ihrem behandelnden Arzt ist. Das gesteigerte Selbstbewusstsein der geschulten Patienten manifestiert sich in Bezug auf die Items der „Partnerschaftlichkeit“ in der Arzt- Patient- Beziehung, sowie auf „Aspekte der Interaktion“ mit dem Arzt. Hier zeigt sich eine deutliche Steigerung der Zufriedenheit.

Das gesteigerte Selbstbewusstsein hat nicht so einen entscheidenden Einfluss auf den Wunsch nach Selbstbestimmung, wie von der Autorin angenommen, dagegen aber einen interessanten Effekt auf die Beurteilung des Arztes als „Partner“. Der im Anschluss an die Schulung „kompetentere“ Patient kommt in vieler Hinsicht zu einer positiveren Grundbewertung seines Arztes. Das bedeutet, dass die „Aufklärung“ des Patienten zwar den Wunsch nach Fürsorge und Vertrauen nicht außer Kraft setzt, aber dass das Eingehen einer Vertrauensbeziehung von Seiten der Patienten dadurch eher ermöglicht wird. Ärzte sollten also keine Angst vor dem „aufgeklärten Patienten“ haben, sondern die Aufklärung der Patienten unterstützen, denn erst durch das daraus resultierende Selbstvertrauen wird der Patient stärker „vertrauensfähig“.

Auch dieses Ergebnis bestätigt die unter *Hypothese 1* aufgestellte Theorie, dass es nicht das Ziel einer Aufklärungsmaßnahme sein sollte, die Arzt- Patient- Beziehung in eine „nüchterne Behandlungspartnerschaft“ umzumodeln, sondern dass die Beziehung nach dem Leitbild eines „milden Paternalismus“ erst unter der Voraussetzung eines mit Wissen ausgestatteten Patienten besser funktionieren kann.

Zu Hypothese 3: Die Einschätzung der Versorgungsqualität durch Patienten ist zu positiv und spiegelt nicht die tatsächliche medizinische Versorgungsqualität wieder.

Im Hinblick auf die Einschätzung der subjektiven Versorgungsqualität zeigt die Untersuchung widersprüchliche Ergebnisse. Obwohl diese Skala im Gesamtergebnis die höchste Zufriedenheit der Untersuchung aufzeigt, fühlt sich nur die Hälfte der befragten Diabetiker bezüglich der medizinischen Seite des Diabetes mellitus gut versorgt. Die hohe Zufriedenheit der Patienten mit den Behandlungsmaßnahmen des Hausarztes (im Gesamtergebnis) spiegelt sich in der objektiven medizinischen Versorgungsqualität nicht wieder. Diese ist, im Vergleich mit den Forderungen der Fachgesellschaft, nicht zufriedenstellend. Das bedeutet, die Patienten beurteilen ihre Versorgungsqualität durch den behandelnden Arzt subjektiv zu gut. Auch diese Skala bildet zwei Dimensionen der Patientenbeurteilung ab: die subjektive Zufriedenheit (auf affektiver Ebene), sowie das Misstrauen in die medizinische Kompetenz (auf rationaler Ebene). Auch hier zeigte die Aufklärungsmaßnahme einen positiven Effekt auf die Einschätzung der Versorgungsqualität.

Bezogen auf die tatsächliche medizinische Versorgungsqualität gibt die Studie Anlass zu der Annahme, dass hier noch kein befriedigender Status quo erreicht ist. In diesem Zusammenhang ist die Implementierung verbindlicher Leitlinien, evtl. auch in Verbindung mit darauf abzielenden Vergütungsformen, ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

zu Hypothese 4: Patienten haben mit der Interaktion der Leistungserbringer im Gesundheitssystem negative Erfahrungen gemacht, welche ihre Therapiemotivation und -durchführung negativ beeinflussen.

Bezüglich dieser Fragestellung war die vorliegende Untersuchung eingeschränkt aussagekräftig, da nur die Hälfte der Befragten, im Rahmen ihrer Diabeteserkrankung zu anderen Leistungserbringern bzw. Versorgungsebenen überwiesen worden sind.

Diejenigen Patienten, die Kontakt mit anderen Ärzten hatten, berichten überwiegend von guten Erfahrungen mit der Interaktion der Leistungserbringer. Die Auswirkungen von negativen Erfahrungen auf die Therapiemotivation und das Selbstbewusstsein werden von den Befragten als hoch eingeschätzt. Immerhin knapp 50 % der Befragten können sich vorstellen, dass eine „schlechte“ Zusammenarbeit der behandelnden Ärzte einen negativen Effekt sowohl auf die Motivation, als auch auf das Selbstbewusstsein hat.

Dieses Ergebnis bestätigt wie wichtig die Regelung der Versorgungsabläufe im deutschen Gesundheitssystem, sowie die einheitliche Umsetzung von Leitlinien, auch im Hinblick auf die Therapieauswirkungen der Patienten, ist. Angesichts der Tatsache, dass immerhin ein Viertel der Betroffenen in diesem Bereich von negativen Erfahrungen berichtet, sollten die gesundheitspolitischen Bemühungen nicht nur im Hinblick auf die Kosten, sondern auch in bezug auf die Patientenzufriedenheit auf eine schnelle und effiziente Umsetzung von Leitlinien und Behandlungskorridoren abzielen. Die Qualifikation und die Aufgaben der einzelnen Funktionseinheiten müssen klar definiert werden. Das Betreuungsnetzwerk sollte einem ganzheitlichen Management unterliegen, welches das zielorientierte Zusammenwirken an der Behandlung beteiligter Leistungserbringer gewährleistet.

In bezug auf diese Fragestellung ist anzumerken, dass in der vorliegenden Untersuchung nur ein kleiner Ausschnitt der im Anschluss an die stationäre Behandlung erlebten Erfahrungen, der Interaktion mit dem behandelnden Arzt, erfragt wurde. Besonders in diesem Bereich könnten jedoch, nach Ansicht der Autorin, weiterführende Erklärungsansätze zu dem Thema der vorliegenden Untersuchung erforscht werden.

Ausblick:

Aufgrund der Komplexität des Themenbereichs, war es in der vorliegenden Untersuchung nur begrenzt möglich das Thema abschließend darzustellen. Durch die detaillierte Erhebung verschiedener Ausschnitte, der Interaktion zwischen Patient und Arzt, ergeben sich neue interessante Fragestellungen, die differenzierter erhoben werden müssen, um die Lücken der Interpretationsmöglichkeiten dieser Befragung zu schließen.

Aus Sicht der Autorin konnten zwei Dimensionen identifiziert werden, welche im Hinblick auf einen weiteren Forschungsbedarf besondere Beachtung erhalten sollten. Dies sind einerseits die Fragen nach „Ausmaß und Form der Mitbestimmung“ wie sie sich aus Patientensicht darstellt, sowie andererseits die Prozesse, die infolge einer Aufklärungsmaßnahme in der Partnerschaft zwischen Arzt und Patient stattfinden.

Die Frage der Mitbestimmung ist dahingehend von zentraler Bedeutung, dass diesbezügliche Lösungsansätze nur dann eine realistische Chance zur positiven Veränderungen in bezug auf das Gesundheitsergebnis beinhalten, wenn sie den Patientenwunsch berücksichtigen.

Hier konnte die vorliegende Untersuchung eindeutig aufzeigen, dass „nur“ die Hälfte der Langzeitpatienten überhaupt den Wunsch nach mehr Mitbestimmung äußern. Interessanterweise hat eine „Aufklärungsmaßnahme“ keinen, bzw. sogar einen negativen Effekt auf den Partizipationswunsch der Patienten. Mitbestimmung und Partizipation können jedoch nicht aufdoktriniert werden, sondern müssen von den Betroffenen getragen werden.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass in bezug auf die Interaktion zwischen Arzt und Patient komplexere Leitbilder erforderlich sind, als die derzeitige Diskussion sie vorsieht („milder Paternalismus“). Die Frage der Mitbestimmung ist im Spannungsfeld zwischen kognitiven und affektiven Aspekten der Erkrankung anzusiedeln und sollte in zukünftigen Untersuchungen noch näher erforscht werden. Bevor man nicht mehr Klarheit über die Wünsche und Vorstellungen der Patienten in der Interaktion hat, sollte von politischen „Top Down Lösungen“ abgesehen werden, da diese sehr wahrscheinlich zum Scheitern verurteilt sind.

Darüber hinaus konnte die Studie aufzeigen, dass das durch den Informationszuwachs gesteigerte Selbstvertrauen der Patienten einen deutlichen Effekt auf die Items der „Partnerschaftlichkeit“ in der Arzt- Patient- Interaktion hat. Hier stellt sich die spannende Frage, welche Prozesse und Veränderungen dieser Effekt im Rahmen des Interaktionsverhältnisses zur Folge hat. Ansatzweise lassen die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung erkennen, dass Patienten sich von ihrem Arzt ernster genommen fühlen, bzw. tatsächlich ernster genommen werden. Ist es wirklich so, dass die neuerworbene Kompetenz des Patienten auch zu einem Einstellungswandel des Arztes führt, oder wird sich der Patient langfristig wieder mit seiner „alten Rolle“ abfinden? In dieser Richtung sind weitergehende Untersuchungen vorstellbar, um zu erfassen welche gesundheitspolitischen Schritte notwendig sind, um Patienten und Ärzte zu gleichberechtigten Partnern im Gesundheitsprozess zu machen.

In bezug auf die Interaktion der „Partner“ im Gesundheitsprozess ist auf jeden Fall festzuhalten, dass eine einseitige Herangehensweise, also die Schulung der Patienten, nicht ausreichen wird, um Patienten zur Mitentscheidung im Behandlungsgeschehen zu befähigen und dadurch das Gesundheitsergebnis zu verbessern. Auch die kommunikative Kompetenz des Arztes stellt eine wichtige Voraussetzung für den Aufbau und die Aufrechterhaltung eines gleichberechtigt vertrauensvollen Arzt- Patienten- Verhältnisses dar. Nur durch die Bereitschaft des Arztes, sich der neuerworbenen Kompetenz des Patienten zu stellen, bzw. diese in das Behandlungsgeschehen zu integrieren, wird es möglich sein, die Asymmetrie der Beziehung zu lockern und ein patientenzentriertes, partnerschaftliches Verhältnis herzustellen. In bezug auf diese Forderung besteht seitens der medizinischen Berufe ein eklatanter Bildungsbedarf, da dahingehende Überlegungen in der ärztlichen Ausbildung noch viel zu wenig Berücksichtigung finden. So liegt in der Stärkung der kommunikativen bzw. psychosozialen Kompetenz der Ärzte, z. B. im Rahmen der medizinischen Ausbildung, ein wesentlicher und unverzichtbarer Lösungsansatz zur Verbesserung des Arzt-Patient- Verhältnisses. Auf diesem Wege könnte es langfristig möglich sein eine ausgewogene Balance zwischen Autonomie (des Patienten) und Verantwortlichkeit (des Arztes) herzustellen.

In diesem Zusammenhang müssen jedoch auch Finanzierungsstrukturen geschaffen werden, welche der geforderten Rolle des Arztes als Dialogpartner Rechnung tragen.

So lange es sich für Ärzte lohnt eine Röntgenaufnahme zu machen, aber es sich nicht rechnet den Patienten gründlich zu informieren, wird sich an der grundlegenden Situation nichts ändern. Hier könnten die viel diskutierten Disease Management Programme (DMP) eine Chance bieten. Im Rahmen der DMP` s werden die „Schulung der Leistungserbringer und der Patienten“ für die eingeschriebenen Teilnehmer vorgesehen, sowie neue Finanzierungsstrukturen geschaffen. Zum aktuellen Zeitpunkt sind jedoch, nach Ansicht der Autorin, die gesetzlich vorgesehenen Qualifikationsanforderungen für die teilnehmenden Ärzte bzw. das Praxispersonal viel zu unverbindlich, um o.g. Anspruch gerecht zu werden. Hier sind die Politik bzw. die Krankenkassen gefordert, verbindliche Weiterbildungskriterien für teilnehmende Ärzte/ Praxen zu bestimmen, um die „Erzieher“ auf ihre anspruchsvolle Rolle in der „Partnerschaft“ vorzubereiten. Erst durch die „Erziehung der Erzieher“ und einem daraus resultierenden Umdenken, können die Voraussetzungen für eine Form der „Aufklärung der Patienten“ geschaffen werden, deren positive Effekte auch in der Folge zum Tragen kommen können.

Zusammenfassend haben die Ergebnisse der vorliegenden Studie gezeigt, dass die derzeit vorherrschende Denk- und Redeweise in der politischen und fachlichen Debatte so etwas wie Patientenautonomie hypostasiert. Sinnvolle Reformen müssen jedoch, nach Ansicht der Autorin, von einer Idee der Beziehung zwischen Gesundheitssystem und Patient ausgehen, welche komplexer ist, und im Vergleich mit den bisher diskutierten Reformkonzepten zusätzlichen Raum für Patientenbedürfnisse wie Abhängigkeit, Schwäche, etc vorsieht. Um dies zu erreichen müssen sich die Reformvorhaben differenzierter mit den Patientenerwartungen und -bedürfnissen auseinandersetzen, dürfen dabei aber auch den Reformbedarf auf Seiten der Ärzte nicht außer acht lassen.

8 Literatur

- [1] Ratzmann, K.P.: eine Analyse von alters- und geschlechtsspezifischer Diabetesprävalenz sowie Behandlungsart: die Berlin-Studie. Akt. Endokr. Stoffw. 12 (1991); S. 220-223
- [2] Standl, R., Stiegler H., Rebell B., Ziegler G., Schauer G., Roth R., Schulz K., Lehmacher W., Standl E.: Der Typ-2-Diabetiker in der Praxis des niedergelassenen Arztes: Konzept einer Zentrumsgestützten Betreuung und Ergebnisse einer Sichprobe-Erhebung im Großraum München. Akt. Endokr. Stoffw. 11 (1990); S. 222-227
- [3] Hauner, H., von Ferber L., Köster I.: Schätzung der Diabeteshäufigkeit in der Bundesrepublik Deutschland anhand von Krankenkassen-Daten. Dtsch. med. Wschr. 117 (1992); S. 645-650
- [4] Berger M., Trautner C.: Die Forderungen von St. Vincent - Stand 1996 in Deutschland: eine Konferenz der Deutschen Diabetes-Union am World Diabetes Day in Düsseldorf - Mainz: Kirchheim Verlag, 1996
- [5] The DCCT Research Group: the effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long-term complications in insulin-dependent diabetes mellitus. New Engl. J. Med. 329 (1993); S. 977-986
- [6] Valle T., Tuomiheto J., Eriksson J.: Epidemiology of NIDDM in Europeans. In Alberti, K.G.M.M., Zimmermet, P., DeFronzo R.A.: International Textbook of Diabetes. Second Edition. Jon Wiley 4 Sons Chichester - New York - Brisbane - Toronto - Singapore, (1997), S. 125-142
- [7] UKPDS Group: Intensive blood glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment an risk of complications in patients with type 2 diabetes. Lancet (1998); S. 837-853
- [8] Trautner C., Haastert B., Giani G., Berger M.: Incidence of lower limb amputations and diabetes. Diabetes Care 19 (1996); S. 1006-1009
-

-
- [9] Trautner C., Icks A., Haastert B., Plum F., Berger M.: Incidence of blindness in relation to diabetes. A population based study. *Diabetes Care* 20 (1997); S. 1147-1153
- [10] Trautner C., Standl E., Haastert B., Giani G., Berger M.: Geschätzte Anzahl von Amputationen in Deutschland. *Diabetes und Stoffwechsel* 6 (1997); S. 199-202
- [11] Brown, J.B., Pedula K.L., Bakst A.W.: The progressive cost of complications in typ 2 diabetes mellitus. *Archieves of internal medicine*;159;16;S. 1873-80
- [12] Schiel R., Hoffmann A., Müller U.A.: Behandlungsqualität bei Patienten mit Diabetes mellitus in einem ländlichen Gebiet Deutschlands. Ergebnisse einer Populationsuntersuchung. Die Zeuvin- Studie. *Medizinische Klinik* 3 (1994); S. 127-132
- [13] Janka, H.U.: Prävalenz des Diabetes mellitus und der Folgekrankheiten. *Diabetologie Information* 4 (1996); S. 243-253
- [14] Hanefeld M., Leonhardt, W.: Das metabolische Syndrom. Jena: Gustav Fischer Verlag (1996)
- [15] Berger M. *Diabetes mellitus*. München Jena: Urban und Fischer Verlag; 2. Auflage (2000)
- [16] WHO Study Group. Prevention of diabetes. WHO technical report (1994)
- [17] Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG): Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG, Stand Juli 2001
- [18] Palitzsch K.D., Nusser J., Arndt H., Enger I., Zitz B., Cuk A., et al.: Die Prävalenz des Diabetes mellitus wird in Deutschland deutlich unterschätzt eine bundesweite epidemiologische Studie auf der Basis einer Hba1c-Analyse. *Diabetes und Stoffwechsel* 8 (1999); S. 189-200
-

-
- [19] Schneider H., Lischinski M. Jutzi E.: Survival of diabetic patients at 30-year follow-up with reference to a closed population. *Z. Arztl. Fortbild (Jena)* 1993; 87 (4); S. 323-327
- [20] Hanefeld M., Fischer S., Julius U., Schulte J., Schwanenbeck U., Schmechel H., et al.: Risk factors for myokardial infarction and death in newly detected NIDDM; the Diabetes intervention Study, 11-year follow-up. *Diabetologia* 1996 39 (12); S. 1577-1583
- [21] Balkau B., Eschwege E., Tichet J., Marre M.: Proposed criteria for the diagnoses of diabetes: evidence from a French epidemiological study (D.E.S.I.R.) *Diabetes Metab* 1997 23 (5); S. 428-434
- [22] Schiel R., Müller U.A., Sprott H., Schmelzer A., Mertes B., Hunger-Dathe W., et al.; The JEVIN trial: a population-based survey on the quality of diabetes care in Germany: 1994/95 compared to 1989/90. *Diabetologia* 1997; 40 (11); S. 1350-1357
- [23] Standl E., Mendler G., Zimmermann R., Stiegler H.; Zur Amputationshäufigkeit von Diabetikern in Deutschland (Ergebnisse einer Erhebung in zwei Landkreisen). *Diabetes und Stoffwechsel* 5 (1996); S. 29-32
- [24] Hypertension in Diabetes Study Group: Increased risk of cardiovascular complications in hypertensive type 2 diabetic patients. *J Hypertens* 1993b; 11 (3); S. 319-325
- [25] American Diabetes Association. Clinical Practice Recommendations 2000. *Diabetes Care* 2000; 23
- [26] Trautner C., Icks A., Haastert B., Plum F., Berger M.: The incidence of blindness in relation to diabetes. A population-based study. *Diabetes Care* 1997; (20); 7; S. 1147-1153
- [27] Standl E., Maurer D.: Neuerblindungen bei Diabetikern in Oberbayern. *Diabetes und Stoffwechsel* 1997; 6; (Suppl 1): 16;
-

-
- [28] Bertram B., Hammers H.: Die Prävalenz der Erblindungen wegen diabetischer Retinopathie steigt weiter. Z prakt Augenheilkd 1997; 18; S. 181-184
- [29] Krumpazsky H.G., Klauß V.: Cause of blindness in bavaria. Evaluation of a representative sample from blindness rcompensation records of upper bavaria. Klein Mbl Augenheilk 1992; Febr; 200 (2); S. 142-146
- [30] Mehnert H., Standl E., Usadel K.-H.: Diabetologie in Klinik und Praxis. 4. neubearbeitete Auflage; Stuttgart; New York; Thieme, 1999
- [31] Mc Laughlin P.R., Gladstone P.: Diabetes Atherosclerosis Intervention Study; Catherization and cardiovascular diagnosis; 44; 3; S. 249-256
- [32] Liebl A., Spannheimer A., Reitberger U., Wagenpfeil S., Görtz A.: Aktuelles Diabetes-Management für Patienten mit Typ 2-Diabetes in Deutschland- Ergebnisse der CODE-2 - Studie (Costs of Diabetes in Europe- Type 2). Diabetes und Stoffwechsel Heft 2, Jg. 11 (2002); S. 55-61
- [33] European Diabetes Policy Group: Guidelines for diabetes care. A desktop guide to Type 2-diabetes mellitus. 1998-1999. Diabetic Medicine 16 (1999)
- [34] Hessisches Statistisches Landesamt: Die Bevölkerung der hessischen Gemeinden am 31. Dezember 1998
- [35] Liebl A., Neiß A., Spannheimer A., Reitberger U., Wagner T., Görtz A.: Kosten des Typ 2-Diabetes in Deutschland - Ergebnisse der CODE-2-Studie, Dtsch. Med. Wschr. 2001; 126; S. 585-589
- [36] Kohlmeier L., Kroke A., Pöttsch J., Kohlmeier M., Martin K.: Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit. Band 27. Nomos- Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1993
-

-
- [37] Badura B., Hart D., Schellschmidt H.: Bürgerorientierung im Gesundheitswesen: Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung [Gutachten im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen]. 1.Auflage. Baden-Baden: Nomos Verl.-Ges., 1999
- [38] Hessische Fachvereinigung für Diabetes; Berufsverband Deutscher Diabetologen Hessen; Entwurf einer Diabetesvereinbarung; September 2001
- [39] Kirchheim Forum Diabetes: Berichte zur Arbeitstagung Qualität und Kosten in der Diabetologie - Beschreibung und Berechnung von Fallpauschalen in der Diabetologie; Wiesbaden September 1996
- [40] Kirchheim Forum Diabetes: Berichte zur Arbeitstagung Qualitätsmanagement an der Schnittstelle - Die Verzahnung der Diabetikerversorgung zwischen Hausarzt, Diabetologischer Schwerpunktpraxis und Diabetes-Zentrum; Wiesbaden September 1997
- [41] Kirchheim Forum Diabetes: Berichte zur Arbeitstagung "Wie messen und bewerten wir diabetologische Versorgungsqualität?"; Wiesbaden September 1998
- [42] Kirchheim Forum Diabetes: Berichte zur Arbeitstagung "Diabetologische Versorgung in Netzwerken"; Wiesbaden Oktober 1999
- [43] Kirchheim Forum Diabetes: Berichte zur Arbeitstagung "Von Diabetesmodellen zur Diabetes-Regelversorgung"; Wiesbaden November 2000
- [44] Ortwein I.: Kooperation ist vordringlich, DiabetesProfi 1/2001; S.6-7
- [45] Broder Keil, L.: "Zeitbombe": SPD will Behandlungsstandards festschreiben, DiabetesProfi 6/2000; S. 10-11
- [46] Ortwein I.: Neue Programme auch für Diabetes; DiabetesProfi 5/2002; S. 37-39
- [47] Hillenbrand H.: Professionelles Diabetes-Management in der Klinik ist Zukunftssicherung, DiabetesProfi 4/2000; S. 17-23
-

-
- [48] Hillenbrand H.: Diabetesvereinbarungen und Schnittstellen - aktuelle Entwicklung und Bewertung, DiabetesProfi 3/2000; S. 36-37
- [49] Müller de Cornejo, G.; Hoyer J.-M.; Baas, J.C.: Disease-Management-Programme: eine Chance zur Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen; AOK-Bundesverband 2002
- [50] Schmacke N.: Leitlinienorientierung, evidenzbasierte Versorgung und Vertrauen in die Medizin: Voraussetzungen für die Entwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen; AOK-Bundesverband 2002
- [51] Gerlach F.; Szecsenyi J.: Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? - Gründe, Grenzen und Herausforderungen; AOK-Bundesverband 2002
- [52] Sawicki P.T.: Evidenzbasierte Entscheidungsgrundlagen - Wege zum besten Wissen für die Praxis; AOK-Bundesverband 2002
- [53] Nuber G.: AOK plant Minimalprogramm; Diabetesprofi 2/2002; S. 6-12
- [54] Hillenbrand H.: DMP: "Disease-Management-Programm" oder "Das macht Probleme!" Diabetesprofi 2/2002; S. 13-16
- [55] Bergmann A., Krappweis J., Rothe U., Rentsch A., Rjanowa W., Kunath H., Schulze J.: Die ambulante Versorgung des Typ 2-Diabetes mellitus in Sachsen: Diabetiker einer Versicherten-Stichprobe im Vergleich zu Diabetikern in einem integrierten Versorgungssetting; Diabetes und Stoffwechsel Heft 5, 2000; S. 257-266
- [56] Ortwein I.: Adäquate Vergütung der Diabetikerversorgung; 4/1998; S. 6-7
- [57] Hillenbrand H.: Schnittstellen in der ambulanten und stationären Diabetikerbehandlung; DiabetesProfi 4/1999; S. 19-23
-

-
- [58] Trautner C., Icks A., Gisni G.: Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgung bei Diabetes mellitus - Bestandsaufnahme und Sekundäranalyse. Mainz: Kirchheim Verlag 1995
- [59] Ortwein I.: Messbare Erfolge der Diabetesvereinbarungen; Diabetesprofi 4/2000; S. 6-9
- [60] Schulze J.; Rothe U.; Müller G.; Kunath H.; Fachkommission Diabetes Sachsen: Entwicklung und Implementierung der Sächsischen Diabetesleitlinien; Diabetes und Stoffwechsel Heft 1, 2002; S. 26-29
- [61] Scherbaum W.A.: "Diabetes Action Plan" of the SPD-Green Coalition Meets Demands of the German Diabetes Society; Communication of November 3, 2000
- [62] Caro J.J., Ward A.J., O'Brian J.A., Concord, USA: Lifetime costs of complications resulting from type 2 diabetes in the US. Diabetes Care 25 (2002); S. 476-481
- [63] Haynes, R.B.: A Critical review of the "determinents" of patient compliance with therapeutic regimes. In Haynes, Taylor & Sackett, Compliance in health care. Baltimore: John Hopkins University press; 1979
- [64] Warschburger, P.: Lebensqualität und Compliance - Die Sichtweise des Patienten. In F. Petermann, Compliance und Selbstmanagement. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie, 1998
- [65] Petermann F.: Einführung in die Themenbereiche. In F. Petermann, Compliance und Selbstmanagement. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie, 1998
- [66] Evers, A.; Leichsenring K.; Pruckner B.: Alt genug, um selbst zu entscheiden - Internationale Modelle für mehr Demokratie in Altenhilfe und Altenpolitik. Hrsg. vom Europäischen Zentrum für Wohlfahrtspolitik und Sozialforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus 1993
-

-
- [67] Evers A.: Neue Leitbilder für Dienste im Gesundheits- und Sozialbereich. In Bullinger H.J., Dienstleistungen für das 21. Jahrhundert/ Gestaltung des Wandels und Aufbruch in die Zukunft. Stuttgart: Schäfer-Poeschel 1997
- [68] Potthoff, P.: Sozialverhalten von Arzt und Patient. In Rosemeier H.P., Medizinische Psychologie und Soziologie; 4. überarb. und erw. Auflage. Stuttgart: Enke 1991
- [69] Beckmann D.: Formelle und informelle Rolle des Arztes. In Wilker F.H., Bischoff C., Nowak P., Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie; 2. Auflage. München; Baltimore; Urban und Schwarzenberg 1994
- [70] Buddeberg C.; Buddeberg-Fischer B.: Die Arzt- Patient- Beziehung. In Buddeberg C.; Willi J., Psychosoziale Medizin, 2. überarb. Auflage. Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Budapest; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio: Springer Verlag 1998
- [71] Rau H.: Arzt- Patient- Beziehung. In Medizinische Psychologie/ Medizinische Soziologie systematisch, 1. Auflage. Lorch: UNI-MED 1995
- [72] Lang H., Faller H.: Arzt- Patient- Beziehung. In Medizinische Psychologie und Soziologie, Berlin; Heidelberg; New York; Barcelona; Budapest; Hongkong; London; Mailand; Paris; Singapur; Tokio: Springer Verlag 1998
- [73] Siegrist J.: Asymmetrie und soziale Distanz. In Wilker F.H., Bischoff C., Nowak P., Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie; 2. Auflage. München; Baltimore; Urban und Schwarzenberg 1994
- [74] Petermann F.; Mühlig S.: Grundlagen und Möglichkeiten zur Compliance-Verbesserung. In F. Petermann, Compliance und Selbstmanagement. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie, 1998
- [75] Deneke F.-W.: Beziehungsdagnostik und Therapieeffekte. In Wilker F.H., Bischoff C., Nowak P., Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie; 2. Auflage. München; Baltimore; Urban und Schwarzenberg 1994
-

- [76] Wilker F.-W.: Compliance. In Wilker F.H., Bischoff C., Nowak P., Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie; 2. Auflage. München; Baltimore; Urban und Schwarzenberg 1994
- [77] Franzkowiak P., Sabo P.: Dokumente der Gesundheitsförderung - Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung und mit Kommentierung. In Reihe "Blickpunkt Gesundheit".2. Auflage Mainz. Verlag Peter Sabo 1998
- [78] "4. Internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung": Jakarta Erklärung zur Gesundheitsförderung für das 21. Jahrhundert; Juli 1997
- [79] Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III; Über- Unter- und Fehlversorgung 2001
- [80] Kulzer et al.: Qualitätsrichtlinien und Qualitätskontrolle von strukturierten Schulungs- und Behandlungsprogrammen entsprechend den Empfehlungen der DDG. Diabetes und Stoffwechsel Heft 3, Jg. 11 (2002); S. 109 - 112
- [81] Arbeitsgemeinschaft Psychologie und Verhaltensmedizin in der DDG: Grundprinzipien einer ganzheitlichen Diabetesschulung in der Gruppe - Stellungnahme zu den Prinzipien einer psychosozialen Orientierung für Diabetestteams und Menschen mit Diabetes. www.diabetes-psychologie.de 2001
- [82] Müller de Cornejo G.: Schulung "junger" Typ 2-Diabetiker: Eine Herausforderung für die Versorgung. Diabetesprofi Heft 5, Jg. 11(1999); S. 20-24
- [83] Kulzer B.: Versorgungssituation unzureichend. Diabetesprofi Heft 5, Jg. 11(1999); S. 9-19
- [84] Empfehlungen zur Schulung von Patienten mit Typ 2-Diabetes im mittleren Lebensalter - Empfehlungen der Deutschen Diabetes-Gesellschaft; Diabetologie Information Heft 1 (2000); S. 27-34
-

-
- [85] Badura B., Hungeling G.: Soziale und Gesundheitsdienste- Strukturwandel ohne Ende? Personenbezogene Dienstleistungen im Sozial- und Gesundheitswesen - Entwicklungsbedarf und Forschungsperspektiven. In Bullinger H.J., Dienstleistungen für das 21. Jahrhundert/ Gestaltung des Wandels und Aufbruch in die Zukunft. Stuttgart: Schäfer-Poeschel 1997
- [86] Rosenbrock, R.: Die Umsetzung der Ottawa Charta in Deutschland - Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (1998)
- [87] Aust, B.: Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (1994)
- [88] AOK- Bundesverband; Kassenärztliche Vereinigung Hessen; AOK Hessen: Das Hausarztmodell in Frankfurt/ Main - Bericht zur Pilotphase 1997/1998 (1999)
- [89] Grol R.; Wensing M.; Mainz J.; Jung H.P.; Ferreira P.; Hearnshaw H.; Hjortdal P.; Olesen F.; Reis S.; Ribacke M.; Szecsenyi: European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (Europep); Patients in Europe evaluate general practice Care: an international comparison. British Journal of General Practice, 2000, 50, S. 882-887
- [90] Jung H.P.; Wensing M.; Grol R.: What makes a good general practitioner: do doctors and patients have different views? British Journal of General Practice, 1997, 47, S. 805--809
- [91] Klingenberg A.; Szecsenyi J.: Bewertung durch Patienten. In: Szecsenyi J.; Magdeburg K.; Kluthe B., Weber C.; Bausch J.; Schindler H.: Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten - Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren "Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried". AQUA- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen Materialien Bd. VII; Panicke Druck Göttingen (1999); S. 82-115
-

-
- [92] Klingenberg A.; Bahrs O.; Szecsenyi J.: Wie beurteilen Patienten ihre Hausärzte und Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ) (1999) 93 S.437-445
- [93] Klingenberg A.; Bahrs O.; Szecsenyi J.: Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse der europäischen Gemeinschaftsstudie. Z. Allg. Med. (1996); 72; S. 180-186
- [94] Klingenberg A.; Bahrs O.; Szecsenyi J.: Welche Hinweise können Patienten zu Verbesserungen in der Praxis geben? Eine Pilotstudie in einer Landpraxis. Z. Allg. Med.; (1996); 72; S. 677-680
- [95] Klingenberg A.; Szecsenyi J.: Welchen Nutzen ziehen Ärzte aus einer Patientenbefragung? Rückmeldungen von Hausärztinnen und Hausärzten zu einer "Patientenbefragung zur Pharmakotherapie". Z. Allg. Med.; (1998); 74; S. 769-772
- [96] Donner-Banzhoff N.; Spangenberg E.; Abel T.; Kreienbrock L.; Baum E.: Die Wünsche der Patienten. Was sind die Wünsche der Patienten? Und wie nehmen Ärzte diese wahr? eine Studie aus hausärztlichen Praxen. Z. Allg. Med.; (1996); 72; S. 274-281
- [97] Batchelor C.; Owens D.J.; Read M.; Bloor M.: Patient Satisfaction Studies: Methodology, Management and Consumer Evaluation. International Journal of health Care Quality Assurance, Vol. 7; No. 7; (1994); S. 22-30
- [98] Thorne S.E.; Robinson C.A.: Guarded Alliance: Health Care Relationships in Chronic Illness. Journal of Nursing Scholarship; Vol. 21No. 3; (1989); S. 153-157
- [99] Beaulieu M.-D.: What do patients want from their GP? Common expectations beyond cultural differences. British Journal of General Practice, (2000), Editorial 2
- [100] Locker D.; Dunt D.: Theoretical and Methodological Issues in Sociological Studies of Consumer Satisfaction with Medical Care. Social Science and Medicine; Vol. 12; S. 283-292
-

- [101] Smith J.K.; Falvo D.; McKillip J.; Pitz G.: Measuring Patient perceptions of the patient-doctor interaction - Development of the PDIS. Evaluation and the Health Professions; Vol. 7; No. 1; (1984); S. 77-94
- [102] Hammel L.: Der verständnisvolle Arzt -Erfahrungsbericht eines chronisch Kranken. Der Praktische Arzt, Heft 4 (1994)
- [103] Lewis J.R.: Patient views on quality care in general practice: literature review. Social science & medicine; 39; 5; (1994); S. 655-670
- [104] Sixma H.J.; van Campen C.; Kerssens J.J. Peters L.: Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE- elderly instrument. Age and Aging; 29; 2; (2000); S. 173-178
- [105] Greco M.; Sweeney K.; Brownlea A.; McGovern J.: The practice accreditation and improvement survey (PAIS). What patients think. Australian family physician; 30; 11; (2001); S. 1096-1100
- [106] Rosén P.; Anell A.; Hjortsberg C.: Patient views on choice and participation in primary health care. Health policy; 55; 2; (2001); S. 121-128
- [107] Unger T.: Arzt-Patient Interaktion bei Bluthochdruck. Bündnis mit definierter Rollenverteilung. MMW Fortschritte der Medizin; 142; 38; (2000)
- [108] Jung H.P.; Van Horne F.; Wensing M.; Hearnshaw H.; Grol R.: Which aspects of general practitioners behaviour determine patients evaluations of care? Social science & medicine; 47; 8; (1998); S. 1077-1087
- [109] Jung H.; Wensing M.; de Wilt A.; Olesen F.; Grol R.: Comparison of patients preferences and evaluations regarding aspects of general practice care. Family practice; 17; 3; (2000); S. 236-242
-

-
- [110] Vieder J.N.; Krafchick M.A.; Kovach A.C. Galluzzi K.E.: Physician-patient interaction: what do elders want? The Journal of American Osteopathic Association; 102; 2; (2002) S. 73-78
- [111] Wensing M.; Grol R.; van Montfort P.; Smits a.: Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. Quality in health Care; 5; (1996); S. 73-80
- [112] Braun B.; Kühn H.; Reiners H.: Das Märchen von der Kostenexplosion – Populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik. Fischer Taschenbuchverlag GmbH; Frankfurt am Main (1998).
- [113] Bsirske F.; Derwein U.: Neue Rollen in der Gesundheitspolitik? In: Forschungsjournal – Neue Soziale Bewegungen. Jg. 15; Heft 3; Juli 2002. Lucius und Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart; S.23-29
- [114] SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung; 6. überarbeitete Auflage 1997. Deutscher Taschenbuch Verlag
- [115] Glaeske G.; Kellermann-Wachtel P., Matthesius G.: Probleme und Optimierungsstrategien in der Versorgung von Diabetes-Patienten. In Jahrbuch für Kritische Medizin Bd. 31 – Chronische Erkrankungen. Berlin; Hamburg; Argument-Verlag (1999); S. 18-36
- [116] Kühn H.: Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. In Jahrbuch für Kritische Medizin Bd. 27 – Gesundheit, Bürokratie, Managed Care. Berlin; Hamburg; Argument- Verlag (1997); S. 7-52
- [117] Kühn H.: Gesundheitspolitik für den Standort Deutschland. Thesen zu Logik und Empirie neoliberaler Wirtschaftspolitik im Gesundheitswesen. In Jahrbuch für Kritische Medizin Bd. 28 – Nach der Reform. Berlin; Hamburg; Argument- Verlag (1997); S. 15-32
-

-
- [118] Gerlinger T.: Punktlandungsübungen im Hamsterrad. Über Handlungsanreize und Steuerungswirkungen der kassenärztlichen Vergütungsreform. In Jahrbuch für Kritische Medizin Bd. 28 – Nach der Reform. Berlin; Hamburg; Argument- Verlag (1997); S. 99-124
- [119] Wollersheim S.: Auswirkungen neuerer sozialpolitischer Entwicklungen aus Sicht der organisierten Selbsthilfe chronisch Kranker und Behinderter. In Jahrbuch für Kritische Medizin Bd. 28 – Nach der Reform. Berlin; Hamburg; Argument- Verlag (1997); S. 181-187
- [120] Andersen H. H.; Graf v.d. Schulenberg J.-M.: Konkurrenz und Kollegialität: Ärzte im Wettbewerb – eine empirische Untersuchung. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Berlin 1990
- [121] Bloch E.; Hillebrandt B.; Wolf C.: Wie funktioniert unser Gesundheitswesen? Kranken- und Pflegeversicherung, ambulante und stationäre Versorgung, Arznei-, Heil- und Hilfsmittel. Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH, Hamburg (1997)
- [122] Hillenbrand H.: Qualitätsmanagement in der Diabetologie. Kirchheim Verlag, Mainz 1995
- [123] Reiners H.: Das Gesundheitsstrukturgesetz – Ein „Hauch von Sozialgeschichte“? Werkstattbericht über eine gesundheitspolitische Weichenstellung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Berlin 1993
- [124] Ewers M.: Case Management Bibliographie. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Berlin 1993; S. 3-25
- [125] Gerhardt U.: Gesundheit – ein Alltagsphänomen. Konsequenzen für Theorie und Methodologie von Public Health. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Berlin 1993
-

-
- [126] Ewers M.: Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Berlin 1996
- [127] Kühn H.: Ethische Probleme einer ökonomisch rationalisierten Medizin. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Berlin 1996
- [128] Rosenbrock R.: Gesundheitspolitik. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health; Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung; Berlin 1992
- [129] Evers A.: Demokratie und Bürgerorientierung als Reformkomponente im Gesundheitsbereich. In: Forschungsjournal – Neue Soziale Bewegungen. Jg. 15; Heft 3; Juli 2002. Lucius und Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart; S. 8-12
- [130] Schmidt U.: Patientinnen und Patienten müssen im Mittelpunkt stehen. In: Forschungsjournal – Neue Soziale Bewegungen. Jg. 15; Heft 3; Juli 2002. Lucius und Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart; S.13-17
- [131] Kuhn F.; Göring-Eckardt K.: Bürgerbeteiligung – Reformmotor für das Gesundheitswesen? In: Forschungsjournal – Neue Soziale Bewegungen. Jg. 15; Heft 3; Juli 2002. Lucius und Lucius Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart; S.18-22
- [132] Funke K.: Mit TEMPO zum Ziel. Diabetesprofi 2/ 2002; Jg. 14; S. 64-71
- [133] Charles C.; Whelan t.; Gafni A.: What do we mean by partnership in making decisions about treatment? British Medical Journal; 319; (1999); S. 780-782
- [134] Charles C.; Whelan t.; Gafni A.: How to improve communication between doctors and patients – Learning more about the decision making context is important. British Medical Journal; 320; (2000); S. 1220-1221
-

-
- [135] Kelner M.: The therapeutic relationship under fire. In: Complementary and Alternative Medicine: Challenge and Change. Harwood Academic Publishers; Taylor & Francis, (2000); www.utoronto.ca
- [136] Dörner K.: Der gute Arzt – Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart (2001)
- [137] Huber E.: Liebe statt Valium – Konzepte für eine neue Gesundheitsreform. Droemersch Verlagsgesellschaft; München (1995)
- [138] Haus M. (Hrsg.): Bürgergesellschaft, soziales Kapital und lokale Politik – theoretische Analysen und empirische Befunde. Leske und Budrich, Opladen (2002)
- [139] Moody H. R.: Ethics in an Aging Society. The Johns Hopkins University Press (1993)
- [140] "Studium: Patientengespräche immer unwichtiger". Ärzte Zeitung, 30. Mai 2001
- [141] Wöllenstein H.: Mehr Power für Patienten. Gesundheit und Gesellschaft; 6. Jg.; Ausgabe 3 (2003); S. 28-33
- [142] Geisler, L.: Arzt- Patient- Beziehung im Wandel – Stärkung des dialogischen Prinzips. Beitrag im Abschlussbericht der Enquete-Kommission „Recht und Ethik der modernen Medizin“ ;Drucksache 14/9020; S. 216-220
- [143] Deveugele M., Derese A., Brink- Muinen, van den A., Bensing J., Maeseneer De J.: Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. BMJ; Volume 325; 31. August 2002
- [144] Schmacke N.: Hast Du es doch besser, Amerika? Sicherheit der Medizin und Patientenperspektive im Blickfeld von Wissenschaft und Politik. Arbeit und Sozialpolitik 11-12/ 2002; S. 18-22
-

-
- [145] Faubel C.: Taten statt Worte sind jetzt endlich notwendig. In: Der gelbe Dienst; Ausgabe 15-16/ 2002; 20. Jg.; 9. August 2002; S. 11-15
- [146] Rosenbrock R.: Zur Bedeutung von Information und Beratung im Gesundheitswesen. Beitrag aus „Perspektiven für die Verbraucherberatung“ - Modellkonferenz der wissenschaftlichen Begleitforschung der Modellprojekte zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65 b SGB V; Oktober 2002; S. 11-19
- [147] Schaeffer D.: Chronische Erkrankung als Herausforderungen für die Patientenberatung. Beitrag aus „Perspektiven für die Verbraucherberatung“ - Modellkonferenz der wissenschaftlichen Begleitforschung der Modellprojekte zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65 b SGB V; Oktober 2002; S. 29-41
- [148] Dierks M.-L.: Der Patient im Mittelpunkt – Der Mensch im Mittelpunkt. Beitrag aus „Perspektiven für die Verbraucherberatung“ - Modellkonferenz der wissenschaftlichen Begleitforschung der Modellprojekte zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65 b SGB V; Oktober 2002; S. 43-65
- [149] Hurrelmann K.: Der mündige Patient – Traum oder Albtraum? Beitrag aus „Perspektiven für die Verbraucherberatung“ - Modellkonferenz der wissenschaftlichen Begleitforschung der Modellprojekte zur Verbraucher- und Patientenberatung nach § 65 b SGB V; Oktober 2002; S. 21-27
- [150] Rumke R.; Glaeske G.; Tobis C.: Bürgerinformation als ein Beitrag zur Prävention gegen die Unmündigkeit von Patientinnen und Patienten. Prävention 4/ 2000; 23. Jg.; S. 104-107
- [151] McCullough, L./ Wear S.: Respect for Autonomy and Medical Paternalism. Theoretical Medicine 6; S. 295-308 (1985)
-

9 Anhang

Patientenfragebogen t ₁	S. 161-167
Ergänzungen Patientenfragebogen t ₂	S. 168-169
Ergänzungen Patientenfragebogen t ₃	S. 170
Kontrolldatenblatt	S. 171-172
Ergänzungsdaten Fragebogen t ₁	S. 173-174
Ergänzungsdaten Fragebogen t ₃	S. 175
Begleitschreiben Fragebogen t ₃	S. 176

Patientenfragebogen t₁:

Bitte bewerten Sie, inwieweit die folgenden Aussagen für Sie persönlich zutreffen. Beziehen Sie die Fragen zum Arzt-Patienten-Verhältnis bitte auf Ihr Verhältnis zum Hausarzt.

Diese Aussage trifft ...	Gar nicht zu	Kaum zu	Teils/ teils zu	Eher zu	Völlig zu
1. Ich habe ein gutes Vertrauensverhältnis zu meinem Arzt	<input type="radio"/>				
2. Ich weiß welche Kontrolluntersuchungen wichtig sind und achte selbst darauf dass sie regelmäßig durchgeführt werden	<input type="radio"/>				
3. Mein Arzt hat Interesse an meiner persönlichen Situation	<input type="radio"/>				
4. Ich habe von verschiedenen Ärzten, die an meiner Diabetesbehandlung beteiligt sind widersprüchliche Aussagen über die Behandlung bekommen	<input type="radio"/>				
5. Mein Arzt macht es mir möglich, offen über meine Probleme mit dem Diabetes zu reden	<input type="radio"/>				
6. Ich komme besser mit den Behandlungsanweisungen zurecht, wenn ich in die Entscheidung über die Behandlungsziele mit einbezogen werde	<input type="radio"/>				
7. Ich fühle mich sicher im Umgang mit meiner jetzigen Therapie	<input type="radio"/>				
8. Ich habe Zweifel am Sinn meiner Bemühungen um eine gute Einstellung, wenn die behandelnden Ärzte unterschiedliche Behandlungsvorstellungen haben	<input type="radio"/>				
9. Mein Arzt sieht in mir einen fähigen Partner der sich mit Diabetes auskennt	<input type="radio"/>				

Diese Aussage trifft ...	Gar nicht zu	Kaum zu	Teils/ teils zu	Eher zu	Völlig zu
10. Ich habe schon das Gefühl gehabt es geht meinen Ärzten nicht um mich und meine Gesundheit, sondern darum an mir Geld zu verdienen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Mein Arzt nimmt mein persönliches Wissen über Diabetes nicht ernst	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Mein Arzt nimmt sich ausreichend Zeit, um über Aspekte des Diabetes zu reden, die für mich wichtig sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Mein Arzt trifft allein alle Entscheidungen über meine Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich fühle mich sehr selbständig und selbstbewusst, was die Behandlung meines Diabetes betrifft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich habe ein partnerschaftliches Verhältnis zu meinem Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ich finde es persönlich sehr belastend, wenn meine behandelnden Ärzte unterschiedliche Vorstellungen über die Diabetesbehandlung haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Trotz meiner guten Vorsätze fällt es mir schwer den Anordnungen meines Arztes zu folgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich fühle mich verhältnismäßig „frei“ mit meiner jetzigen Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Ich habe größeres Vertrauen in die Richtigkeit meiner Behandlung, wenn meine behandelnden Ärzte gleicher Meinung sind	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese Aussage trifft ...	Gar nicht zu	Kaum zu	Teils/ teils zu	Eher zu	Völlig zu
20. Die Behandlungsanweisungen meines Arztes berücksichtigen nicht meine persönliche Situation, deshalb kann ich sie im Alltag oft nicht befolgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Ich glaube mit meiner jetzigen Therapie, kann ich Folgeschäden durch den Diabetes verhindern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Mein Arzt respektiert, wenn ich bei Entscheidungen über die Behandlungsziele persönliche Schwerpunkte setze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Ich bin zufrieden mit meiner jetzigen Therapie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Mein Arzt hat von mir schon öfters etwas Neues über Diabetes gelernt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Ich habe das Gefühl, mehr über Diabetes zu wissen als mein Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Ich habe manchmal keine Lust mich um meinen Diabetes zu kümmern, weil mein Arzt keinen Wert auf mein persönliches Wissen über Diabetes legt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Mein Arzt ist bestimmend in seinem Umgang mit mir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Mein Arzt verfügt über ein umfassendes Wissen über Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Ich fühle mich bei meinem Arzt bezüglich der medizinischen Seite des Diabetes gut versorgt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Ich habe das Gefühl, mein Arzt kann meine Erfahrungen mit dem Diabetes annehmen und daraus lernen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese Aussage trifft ...	Gar nicht zu	Kaum zu	Teils/ teils zu	Eher zu	Völlig zu
31. Meine Erfahrungen werden bei Entscheidungen über meine Behandlung berücksichtigt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32. Mein Arzt nimmt das Krankheitsbild Diabetes mellitus ernst genug	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33. Ich bin erwachsen und entscheide ohne meinen Arzt, welche der von ihm verordneten Behandlungsziele ich erreichen will	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34. Mein Arzt hat mich ausreichend über Entstehung und Verlauf des Diabetes informiert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35. Ich habe schon das Gefühl gehabt, dass meine behandelnden Ärzte nicht „Hand in Hand“ arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36. Ich habe Angst meinem Arzt bei Entscheidungen über die Behandlung zu widersprechen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37. Mein Arzt sagt mir wann die Kontrolluntersuchungen durchgeführt werden müssen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38. Es motiviert mich eine bessere Stoffwechseleinstellung zu erreichen, wenn mein Arzt persönliches Wissen von mir annimmt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39. Ich habe schon einmal das Gefühl gehabt, daß Ärzte unterschiedliche Vorstellungen über die Behandlung des Diabetes auf meinem Rücken austragen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40. Mein Arzt verordnet mir alle zur Behandlung notwendigen Medikamente und Hilfsmittel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese Aussage trifft ...	Gar nicht zu	Kaum zu	Teils/ teils zu	Eher zu	Völlig zu
41. Ich möchte gerne mehr Mitbestimmung, wenn es um meine Diabetesbehandlung geht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42. Mein Arzt hat mir alles gesagt, was ich über die Behandlung des Diabetes wissen will	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43. Durch aktive Mitbestimmung könnte ich eine bessere Stoffwechseleinstellung erreichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44. Mein Arzt berät mich, falls eine Überweisung zu anderen Ärzten notwendig ist, über entsprechende Fachärzte bzw. Krankenhausärzte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
45. Ich finde es entlastend, wenn der Arzt die Verantwortung für meine Diabetesbehandlung übernimmt, denn er ist der Fachmann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
46. Mein Arzt bezieht mich in Entscheidungen über die medizinische Behandlung mit ein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
47. Ich glaube für mich ist es einfacher eine gute Stoffwechseleinstellung zu erreichen, wenn die behandelnden Ärzte „Hand in Hand“ arbeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
48. Meine Einwände werden von meinem Arzt nicht ausreichend beachtet, deshalb kann ich nur einen Teil seiner Anordnungen ausführen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
49. Ich habe manchmal das Gefühl, dass die Ärzte, die an meiner Diabetesbehandlung beteiligt sind keine gute Meinung übereinander haben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese Aussage trifft ...	Gar nicht zu	Kaum zu	Teils/ teils zu	Eher zu	Völlig zu
50. Ich glaube meinem Arzt würde es gefallen, wenn ich bei meiner Diabetesbehandlung selbstbewusster wäre und mehr Eigenverantwortung übernehmen würde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
51. Wenn Ärzte unterschiedliche Behandlungsvorstellungen äußern, fühle ich mich verunsichert und weiß nicht, welchem Arzt ich vertrauen soll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
52. Ich kann mich darauf verlassen, daß mein Arzt das Beste für mich tut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
53. Es macht mich wütend, wenn mir jemand vorschreibt was ich zu tun habe, deshalb halte ich mich oft nicht an die Behandlungsanweisungen des Arztes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54. Mein Arzt legt Wert darauf mit mir über meine Erfahrungen mit dem Diabetes zu reden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55. Ich fühle mich aktiv an allen Entscheidungsprozessen bezüglich meiner Behandlung beteiligt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56. Bei Überweisung an andere Ärzte (Facharzt, Krankenhaus) bereitet mich mein Arzt gut darauf vor, was mich dort erwartet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57. Mein Arzt versteht, was ich von ihm will	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58. Mein Arzt ist bereit, regelmäßig die notwendigen Kontrolluntersuchungen durchzuführen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59. Ich kann mich schlecht motivieren mich ernsthaft um den Diabetes zu kümmern, wenn ich nicht vom Sinn der Bemühungen überzeugt bin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese Aussage trifft ...	Gar nicht zu	Kaum zu	Teils/ teils zu	Eher zu	Völlig zu
60. Ich habe keinen Grund einen Wechsel zu einem anderen Hausarzt in Betracht zu ziehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Meiner Einschätzung nach bin ich Ich fühle mich insgesamt		schwer schwer	mittel mittel	leicht leicht	krank. beeinträchtigt.

Ergänzungen Patientenfragebogen t₂:

Diese Aussage trifft ...	Gar nicht zu	Kaum zu	Teils/ teils zu	Eher zu	Völlig zu
61. Der Aufenthalt im Diabetes-Schulungszentrum hat meine Einstellung gegenüber meinem Diabetes verändert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62. Mein Arzt wird mir die hier verordneten Medikamente ohne Probleme weiter verordnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Mein Arzt ist sehr gespannt was ich in der Schulung gelernt habe und wartet schon auf meinen Bericht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Ich finde es sinnvoll, wenn Ärzte „Versorgungsnetzwerke“ für bestimmte Krankheiten gründen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Mein Arzt wird die aktuelle Therapie nach Schulungsende wieder ändern wollen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66. Ich finde es sinnvoll, daß Ärzte die Diabetiker behandeln wollen eine Zusatzausbildung für Diabetes machen müssen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67. Mein Arzt wird mir ausreichend Teststreifen zur Durchführung der Blutzuckerselbstkontrolle verordnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68. Der Aufenthalt im Diabetes-Schulungszentrum hat meine Einstellung gegenüber meinem behandelnden Arzt verändert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69. Ich glaube meinem Arzt wird es gefallen, dass ich jetzt selbstbewusster bin und mehr Eigenverantwortung übernehmen möchte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
70. Ich habe ein gutes Gefühl zur Weiterbehandlung zu meinem Arzt zurückzukehren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Diese Aussage trifft ...	Gar nicht zu	Kaum zu	Teils/ teils zu	Eher zu	Völlig zu
71. Ich glaube mein Arzt findet die Therapie, die ich jetzt durchführe übertrieben und zu aufwendig	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
72. Ich fühle mich selbstbewusster und möchte in Zukunft mehr Eigenverantwortung für die Behandlung meines Diabetes übernehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
73. Mein Arzt arbeitet mit den Ärzten des Diabetes-Schulungszentrums zusammen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
74. Ich glaube meinem Arzt wird es gefallen, daß ich jetzt mehr über Diabetes weiß und im Alltag besser zurecht komme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
75. Mein Arzt hat eine andere Vorstellung über die Behandlung des Diabetes, als ich sie hier gelernt habe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
76. Ich habe schon etwas über „Diabetesnetzwerke“ zwischen Ärzten gehört oder gelesen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
77. Ich habe Angst den Arzt zu wechseln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
78. Diabetiker sollten in einem Betreuungsnetzwerk aus Hausarzt, Facharzt und Krankenhausarzt mit Zusatzausbildung Diabetes behandelt werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
79. Ich würde mich gerne in einem solchen „Diabetesnetzwerk“ behandeln lassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
80. Es sollte klare Regelungen geben, bei welchen Komplikationen der Diabetiker vom Hausarzt/ Facharzt oder Krankenhausarzt versorgt wird	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ergänzungen Patientenfragebogen t₃:

Diese Aussage trifft ...	Gar nicht zu	Kaum zu	Teils/ teils zu	Eher zu	Völlig zu
81. Ich komme im Alltag gut mit meiner Therapie zurecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
82. Meine Blutzuckerwerte haben sich verbessert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
83. Das Verhältnis zu meinem Hausarzt hat sich verschlechtert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
84. Seit der Schulung übernehme ich mehr Eigenverantwortung für die Behandlung meines Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
85. Ich empfinde es als belastend, nach der Schulung soviel über Diabetes zu wissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Kontrolldatenblatt für den Kurs vom _____:

Patient: _____ Geburtsdatum: _____

Erlerner Beruf: _____

Hausarzt: _____

Einweisung erfolgt über Hausarzt Ambulanz DSP

Bisherige Schulungen: _____

Ambulanzpatient: Ja Nein

Falls ja, Behandlung in der Ambulanz seit: _____

Diabetesdauer: _____

Insulin seit: _____

Typ: 1 2 _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ m

Diabetestherapie bei Aufnahme:
_____Diabetestherapie bei Entlassung:
_____Diabetestherapie 1 Q. nach Entlassung:
_____Komplikationen: Retinopathie Nephropathie Neuropathie _____

Sonstige Erkrankungen: KHK Hypertonus Herzinfarkt

pAVK Adipositas _____

HbA1c vor der Schulung: _____ %

HbA1c während der Schulung: _____ %

HbA1c 1 Quartal nach der Schulung: _____ %

RR: _____

Kreatinin: mg/dl (Normbereich - 0,9)

Mikroalbumin im Spontanurin: mg/l

Cholesterin: mg/dl (Normbereich - 200)

HDL: mg/dl

LDL: mg/dl

TG: mg/dl (Normbereich – 200)

Krankheitstage im letzten Jahr: _____ Krankenhausstage im letzten Jahr: _____

Schwere Hypoglykämie im letzten Jahr: Ja Nein

Gesundheitspaß Diabetes: Ja Nein

BZSK: vorher _____ / _____ nachher _____ / _____

Ergänzungsdaten zum 1. Fragebogen:

Bitte beantworten Sie noch folgende Fragen:

Welche Schule haben Sie besucht?

O Hauptschule *O Sonderschule* *O Realschule* *O Gymnasium*

O andere Schultypen _____

O abgeschlossen

O nicht abgeschlossen

Seit wann gehen Sie zu Ihrem Hausarzt? Ungefähr _____ Jahre

Wie oft gehen Sie im Durchschnitt zu Ihrem Hausarzt?

O 1 x pro Woche

O 1 x pro Monat

O 1 x pro Quartal

Haben Sie in den vergangenen 5 Jahren den Hausarzt gewechselt?

O Ja

O Nein

Falls ja, warum? _____

Bei welchen Ärzten waren Sie in den vergangenen 12 Monaten noch?

Falls ja, warum waren Sie bei diesen Ärzten in Behandlung?

Sind bei Ihnen Folgeschäden durch den Diabetes bekannt?

O Ja

O Nein

Hat Ihr Hausarzt Sie schon einmal an einen Diabetes-Spezialisten überwiesen?

O Ja O Nein

Bitte stellen Sie eine persönliche Rangfolge von 1.- 6. über die Bedeutung folgender Leistungen Ihres Arztes aus Ihrer Sicht auf (1. = am wichtigsten bis 6. = nicht so wichtig) :

- Mein Arzt hat viel Zeit für mich
- Mein Arzt gibt mir klare korrekte Anweisungen bezüglich meiner Behandlung
- Mein Arzt verfügt über modernste technische Ausstattung zur Durchführung von Untersuchungen
- Mein Arzt geht partnerschaftlich mit mir um
- Mein Arzt ist auf dem neuesten Kenntnisstand bezüglich des Diabetes
- Ich verstehe mich gut mit meinem Arzt

Auf wessen Initiative nehmen Sie an einer Schulung in unserem Hause teil?

- auf eigenen Wunsch*
 - auf Wunsch meines behandelnden Arztes*
-

Ergänzungsdaten 3. Fragebogen:

Waren Sie seit Ihrer Entlassung aus dem Schulungszentrum bei ihrem Hausarzt?

Ja Nein

Haben Sie den Hausarzt seit Ihrer Entlassung aus dem Schulungszentrum gewechselt?

Ja Nein

Falls, ja, warum? _____

Wie oft am Tag spritzen Sie Insulin?

_____ mal/ Tag oder haben Sie eine Insulinpumpe? Ja

Bitte schreiben Sie ihre Insulintherapie auf

Name des Insulins	Morgens		Mittags		Abends		Spät	
		E		E		E		E
		E		E		E		E
		E		E		E		E

Wie oft messen Sie Ihren Blutzucker? _____ mal/ Woche

Wenn Sie Ihre Blutzuckerwerte aufschreiben, wie hoch war ihr Blutzucker in den vergangenen 3 Tagen?

Datum	Morgens	Mittags	Abends	Spät
	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl
	mg/dl	mg/dl	mg/dl	mg/dl

Welche der folgenden Untersuchungen wurden seit Ihrer Entlassung aus dem Schulungszentrum durchgeführt?

HbA_{1c} Falls ja, wie hoch war dieser? _____ %

Blutdruck Falls ja, wie hoch war dieser? _____ %

Füße

Urin

Führen Sie einen Gesundheitspass Diabetes? ja nein

Haben Sie sonst noch Anmerkungen zum Thema Versorgungsqualität? _____

Begleitschreiben zum 3. Fragebogen:**Studie zur Erfassung der Versorgungsqualität von Diabetikern**

Sehr geehrte ,

heute erhalten Sie den letzten Fragebogen unserer Untersuchung über die „Versorgungsqualität von Diabetikern“, an der Sie während Ihres Schulungsaufenthaltes bei uns teilgenommen haben.

Ziel der Studie ist zum einen die Erfassung der Zufriedenheit von Diabetikern mit der Versorgung durch den behandelnden Hausarzt, zum anderen die Fragestellung, welche Erfahrungen betroffene Patienten im Bereich der Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Versorgungsebenen (Hausarzt/ Facharzt/ Klinik) sammeln. In diesem Zusammenhang ist für uns dieser abschließende Fragebogen besonders wichtig, weil er ihre Erfahrungen im Anschluss an die Schulung erfasst.

Nach Auswertung der Ergebnisse dieser Studie wollen wir dann praktische Konsequenzen erarbeiten, die dazu führen könnten, eventuell vorliegende Versorgungsdefizite in die Diskussion über politischen Reformprojekten mit einzubringen.

Wir wären Ihnen dankbar, wenn Sie uns bei diesem, sie selbst ja auch sehr betreffenden Anliegen unterstützen würden. Bitte schicken Sie den Fragebogen vollständig ausgefüllt baldmöglichst in dem vorbereiteten Umschlag an uns zurück.

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und verschlüsselt ausgewertet. Danach garantieren wir eine vollständige Vernichtung des gesamten Fragebogens.

Mit Dank für Ihre Unterstützung und freundlichen Grüßen

PD Dr. Thomas Haak

Dipl. oec. troph. Kerstin Pörsch
