

Über-, Unter- und Fehlversorgung am Beispiel des Diabetes mellitus

1 Zur Epidemiologie der »chronischen Volkskrankheit« Diabetes mellitus

Mit einer Prävalenz von 4,7% (Männer) bis 5,6% (Frauen) in der 18- bis 79jährigen deutschen Wohnbevölkerung ist der Diabetes mellitus nach Angaben des Bundesgesundheits surveys (Thefeld 1999) im Jahre 1998 eine der häufigsten chronischen Volkskrankheiten. Genauer ist es der so genannte Typ 2-Diabetes, an dem 95% der genannten Personen erkrankt sind. Dabei wird der tatsächliche aktuelle (vgl. u.a. Palitzsch et al. 2000) und zukünftige (vgl. hierfür Dinkel/Lebok 1998) Umfang der Diabetes-morbidität eher unterschätzt: Bereits heute rechnet man mit einer Dunkelziffer von noch nicht erkannten Diabetikern von 1%, und in Subgruppen, wie etwa den 70 bis 79 Jahre alten Frauen, sind bereits 20% erkrankt. Dieser altersspezifische Anstieg wird allein angesichts der zukünftig erwarteten Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung zu einer Erhöhung der Prävalenzraten führen. Immer wieder öffentlich kommunizierte noch höhere Werte kommen u.a. durch das Senken des Schwellenwertes für das Vorliegen unnormaler Blutzuckerwerte zustande. Eine aktuelle Studie (Olefsky 2001) weist für die USA zusätzlich auf die bislang für die Mortalitätsentwicklung eher unterschätzte Beteiligung von Diabetes hin. Danach ist er derzeit die sechsthäufigste Todesursache in den USA, was aber allein wegen der z.B. durch Diabetes mitbedingten kardiovaskulären Todesursachen ebenfalls noch eine Unterschätzung darstellt. Im derzeitigen, erwarteten oder befürchteten epidemiologischen Gewicht des Typ 2-Diabetes und der trotz mancher versorgungspolitischen Anstrengungen unbefriedigenden Versorgungssituation der Diabetes-erkrankten, liegen schließlich die Gründe für eine in Deutschland bisher einmalige, im Jahr 2000 gestartete Parlamentsinitiative eines »Nationalen Aktionsplan Diabetes« (Bundestags-Drucksache 14/4263) für die nächsten Jahre.

In seinem 2001 veröffentlichten umfangreichen Gutachten zur Unter-, Über- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen beschäftigte sich der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) auf der Grundlage einer aufwendigen Expertenbefragung

auch mit der Versorgungssituation der an der »Modell-Krankheit« Diabetes mellitus (SVR 2001: 238) erkrankten Personen. Er hält sie für »vergleichsweise gut untersucht« (ebd.) und fasst die Ergebnisse dieser Untersuchungen folgendermaßen zusammen: »Ungeachtet vielfältiger Bemühungen von unterschiedlichen Seiten und einiger Teilerfolge hat sich die tatsächliche Versorgungssituation der Diabetiker in Deutschland in den letzten zehn Jahren nicht entscheidend verbessert. Die Zielvorgaben der St. Vincent-Deklaration von 1989 (einer internationalen Vereinbarung zur Verbesserung der Ergebnisqualität¹ – d. Verf.) konnten in Deutschland nicht erreicht werden.« (Ebd.)

Der Rat betont, diese Lage sei nicht ausschließlich wegen mangelnder, sondern trotz einer Reihe von abgeschlossenen oder laufenden praktischen Bemühungen entstanden: »Zwar laufen in Deutschland seit Jahren zahlreiche Modellprojekte, Anzeichen für eine durchgreifend verbesserte Versorgung sind aber bestenfalls lokal erkennbar. Nach wie vor kommen die bisher erzielten Fortschritte nicht allen Diabetikern in vollem Umfang zugute. In diesem Zusammenhang wird zu Recht immer wieder auf die einer Versorgungsoptimierung hinderlichen organisatorischen, informationellen und finanziellen Grenzen zwischen Sektoren, Institutionen und Professionen im deutschen Gesundheitswesen hingewiesen. Hinzu treten aber auch Grenzen zwischen KV-Bereichen und zwischen den einzelnen Kassenarten bzw. Krankenkassen. Ganz deutlich wird dies z.B. an der regional unterschiedlichen Handhabung der Diabetiker-Schulungen. Es ist u.a. diese Kleinstaaterei, mit einem unübersichtlichen Flickenteppich, vorhandener oder fehlender Initiativen, welche die Umsetzung der in § 70 Abs. 1 SGB V geforderten gleichmäßigen Versorgung behindert.« (Ebd.: 292) Diese und andere Gründe tragen maßgeblich dazu bei, dass sich immer mehr »Töne einer zunehmenden Ratlosigkeit« (SVR 2001: 293) verbreiten.

Mit dieser »Ratlosigkeit« wollen wir uns in zweierlei Hinsicht näher auseinandersetzen: Erstens soll der Blick auf die Ergebnisse einer aktuellen Befragung von Diabetespatienten zu Art, Umfang und Qualität der Versorgung ihrer Erkrankung (Braun 2001) einige »Ratschläge« für konkrete Bedingungen geben, ohne deren gezielte Beeinflussung erhebliche Qualitätsdefizite fortbestehen. Dabei werden einerseits eine Reihe bekannter Versorgungsmängel im Bereich der Prozess- und Ergebnisqualität bestätigt. Für das Angebotsgeschehen und die Inanspruchnahme der für eine effektive Diabetikerversorgung essentiellen Schulungsangeboten für Diabetiker, liefert unsere Studie aber anstelle der bisher vorherrschenden »ernstzunehmenden Hinweisen aus regionalen Versorgungsstudien und Expertenstellungen« (SVR 2001: 261) differenzierte

und aus einer bundesweiten Population von krankenversicherten DiabetikerInnen stammende Daten.

Ob aus der genannten »Ratlosigkeit« unvermeidbar Resignation und ausgerechnet für die »Modellkrankheit« Diabetes eine ohnmächtige Reformblockade oder ein Interventionsverzicht folgen muss oder wodurch dies u.U. vermieden werden kann, wollen wir in einem zweiten Schritt durch einen Blick auf eine Reihe von überwiegend internationalen Studien klären.

2 Die Versorgungsqualität des Typ 2-Diabetes auf Basis von Patientenwahrnehmungen

2.1 Wie sieht eine hohe Versorgungsqualität des Typ 2-Diabetes aus bzw. wodurch ist sie zu erreichen?

Das Wissen über die Bedingungen einer optimalen, d.h. bedarfsgerechten, wirksamen und damit wirtschaftlichen Versorgung des Typ 2-Diabetes liegt vergleichsweise umfassend, weitgehend evidenzgesichert, verständlich und durch eine explosionsartig zunehmende Fülle von Materialien und Instrumenten (z.B. Leitlinien, PC-gestützte Schulungsprogramme, Informationsportalen im Internet) praktisch handhabbar gemacht seit geraumer Zeit vor. Prinzipiell besteht Einverständnis, dass der Komplexität dieser Erkrankung allein eine »multimodale Diabetestherapie« gerecht wird, d.h. nur sie kann »Früh- und Spätkomplikationen erheblich reduzieren, verzögern oder verhindern sowie die Lebensqualität und Lebenserwartung von Diabetikern nachhaltig verbessern« (SVR 2001: 239). Zu ihren gesicherten, nur zusammen effektiven Bestandteilen gehört eine individuelle normnahe Einstellung des Blutzuckerspiegels, ein Bündel zu beeinflussender Einzelfaktoren (z.B. Blutdruck, Bewegung), intensive, d.h. strukturierte, lebensnahe und zielgruppenspezifische Schulungsprogramme und ein Reihe von krankheitsbegleitenden Kontrolluntersuchungen (z.B. Untersuchung der Füße oder der Augen). Es handelt sich also um eine komplexe Mischung aus der Beeinflussung biochemischer Werte und ihren potenziellen gesundheitsschädigenden Wirkungen sowie motivationalen und kommunikativen Verständnissen wie Verständigungen über Lebensstile und Verhaltensweisen. Der Beziehung und wechselseitigen Erwartung zwischen Patient und professionellen Leistungserbringern kommt insgesamt eine zentrale Bedeutung zu.

Für die Gewichtung der genannten Interventionen und Instrumente ist wichtig, dass es z.B. hinsichtlich der Effektivität und Notwendigkeit der Blutzuckerabsenkung zur Vermeidung diabetesassoziierter Schädigungen auch nach der neuesten und gründlichsten versorgungsepidemiologischen

Studie, der so genannten United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS), differenziertere Nutzen- oder Nutzeneffektdebatten² gibt, als man dies annehmen dürfte. Eine Nachbetrachtung ihrer Ergebnisse kommt zu folgendem Nutzenurteil: »In summary... the data show that sulphonylureas and insulin produced only a small (3,2% absolute difference) reduction in an aggregate of clinical end points. In addition, these drugs produced no significant benefit on individual macrovascular end points in non-obese and obese patients with type 2 diabetes and no benefit at all in obese patients.« (McCormack/Greenhalgh 2000: 1722) Ausgenommen wird von dieser Bewertung nur das vorrangig zur Reduzierung des Übergewichts verordnete Medikament Metformin, zu dessen Wirksamkeit der Entwurf einer evidenzbasierten Leitlinie zur Behandlung des Typ 2-Diabetes auf der Basis der UKPDS-Daten feststellt: »Die makrovaskulären Komplikationen wie Schlaganfall, koronare Ereignisse und diabetesbezogener Tod wurden hingegen nur durch Metformin signifikant reduziert«, ein Effekt, der »nicht durch die Blutzuckersenkung... erklärt werden« (Häring et al. 2001: 224) kann.

Einen eindeutigen und uneingeschränkten Nutzen weisen dagegen systematische und auf Nachhaltigkeit orientierte Patientenschulungsprogramme und die damit verbundenen kognitiven und kommunikativen Interventionen vor: In Deutschland wurde die Wirksamkeit der strukturierten Behandlungs- und Schulungsprogramme für Typ 2-Diabetiker schon vor fast 15 Jahren untersucht und eindeutig nachgewiesen (Kronsbein et al. 1988). Das innerhalb von 72 randomisierten und kontrollierten Studien eingesetzte und evaluierte Selbstmanagement-Training für Patienten bewies nach einem jüngst abgeschlossenen Review beeindruckend seine empirische Evidenz (Norris et al. 2001).

2.2 Darstellung der Untersuchungspopulation und -methode

Die hier präsentierten Daten zur Versorgungsqualität von Typ 2-DiabetikerInnen stammen aus einer standardisierten schriftlichen Befragung von 5096 Versicherten der Gmünder Ersatzkasse (GEK), die eine Zufallsstichprobe aus den knapp 20000 mit oralen Antidiabetika und Insulin behandelten Versicherten im Alter von 40 bis 75 Jahren waren.³

Trotz einiger Einschränkungen der Bevölkerungsrepräsentativität der Studienpopulation (z.B. Überrepräsentanz von Männern und Facharbeitern) liegen damit erstmals bundesweite Daten zur Versorgungssituation aus der Sicht von Patienten vor, die weder durch einen Mitgliedschafts-Bias in einer Selbsthilfeorganisation noch durch Einschreibbarrieren in einen Modellversuch vorselektiert sind.

Mit der Wahl der Methode, Patientenwahrnehmungen und -bewertungen zu erfragen, versucht unsere Studie das zu konkretisieren, was gerade in der Diabetesforschung weltweit als »increasing interest in incorporating lay perspectives« (Khunti 1999: 491; ähnlich Bowie/Sykes 1995; Entwistle et al. 1998; Duchin/Brown 1990) umschrieben wird. Mit den auch in anderen Diabetesstudien für Patientenbefragungsergebnisse genannten Einschränkungen⁴ unterstreicht unsere Studie vielfältig die inhaltliche Aussagekraft sowie technische Machbarkeit von Patientenbefragungen für die Versorgungsforschung und Gesundheitspolitik.

2.3 Ergebnisqualität der Versorgung von Typ 2-Diabetikern

Nimmt man den HbA1c-Wert als sogenanntes »mittelfristiges Blutzuckergedächtnis« zum Indikator der gesundheitlichen Lage von Diabetikern, sieht es für 3,8% der Befragten, deren Wert über 10% liegt, sehr schlecht aus. Dies gilt abgestuft auch für 25,3% der Befragten mit einem HbA1c-Wert zwischen 7,6 und 10%. 37,6% liegen im Bereich von 6,6 bis 7,5%, was je nach dem gewählten Grenzwert als gesundheitlich problematisch verstanden werden kann. Nur 31,3% der Befragten mit einem HbA1c-Wert unter 6,6% weisen eine mittelfristig gute Blutzuckereinstellung und damit ein niedriges Risiko für Komplikationen und Spätschäden auf. Ohne die möglichen Auswirkungen quantifizieren zu können, muss diese Schlussfolgerung allerdings in einer Hinsicht erheblich relativiert werden: Nur bei 68,7% der Befragten wurde in den 12 Monaten vor der Befragung überhaupt dieser Wert gemessen und nur 70% dieser Gruppe konnten ihren individuellen Wert angeben. Anders ausgedrückt: Die eingangs genannten Zahlen geben nur Auskunft über die »Diabetes-Gesundheit« von 48% der Befragten, und vergleichbar prägnante und aussagekräftige Informationen über die diesbezügliche Lage der größeren Hälfte der Befragten gibt es nicht. Trotz des unverkennbaren Fortschritts bei der Häufigkeit von HbA1c-Messungen (1988 gab es bei der AOK Dortmund nur 8,2% der Diabetespatienten mit einer derartigen Untersuchung – v. Ferber 1994: 223), bedarf es für den größeren Teil der so fundamentalen Probleme noch einer zukünftigen behandlungsbegleitenden Risikoidentifikation. Bei der Bewertung dieses Sachverhalts sollten aber auch die aktuellen Relativierungen im Hinblick auf die Bedeutung und Aussagekraft des HbA1c-Werts mitberücksichtigt werden: »Although it is a good marker of overall blood glucose control, it is not known whether reducing the haemoglobin A1c concentration in patients with type 2 diabetes leads to an improved outcome. (...) changes in haemo-

globin A1c produced by drug treatment did not seem to correlate with treatment outcomes.« (McCormack/Greenhalgh 2000: 1721/22)

Angesichts des Mangels an festgestellten oder den Patienten bekannten Messwert-Indikatoren für den Gesundheitszustand verwundert es nicht, dass 43,5% der Befragten ihren Diabetes als harmlos oder milde bewerteten. Die Kenntnis eines gesundheitlich bedenklichen Wertes begründet noch keineswegs automatisch ein erhöhtes Problembewusstsein. 10,2% derjenigen, die ihre Diabeteserkrankung als »milde« bewerteten, gaben einen HbA1c-Wert von über 8,5% an, und bei 14,8%, die ihre Erkrankung für »harmlos« halten, liegt der Wert bei über 10%.

Mehr über die Gesundheit der Diabetiker und über mögliche Auswirkungen einer nicht oder unzureichend durchgeführten bzw. kommunizierten Risikodiagnostik zeigt die Häufigkeit der typischen diabetesassoziierten Komplikationen und Spätschäden. Die gegenüber der Vergleichsgruppe in der Gesamtbevölkerung durchweg überdurchschnittliche Lebenszeitprävalenz von Diabetikern beträgt für Herzinfarkt 13%, Schlaganfall 7,8%, Augenschäden 25,6%, Fußprobleme (z.B. offene Wunden) 13,1%, leichte bis mittelschwere Nierenschäden 8,1% und Amputationen 2,4%. So gaben 43,7% der Befragten an, bisher mehr als ein schwereres diabetesassoziiertes Ereignis erlitten zu haben (Braun 2001: 69). Ein Vergleich mit den vom SVR (2001: 255) zusammengestellten Ergebnissen weiterer Studien, die ebenfalls die Häufigkeit des Auftretens von Spätschäden untersuchten, zeigt, dass es sich hier um mehr oder weniger durchschnittliche Ereignishäufigkeiten handelt.

Die Behandlung von 2,9% der Befragten erfolgte ausschließlich diätetisch (dies ist eine Folge des gewählten Zugangs über Arzneimittelverordnungen), 33,9% bekamen nur blutzuckersenkende Medikamente, 15,4% wandten eine konventionelle und 9,6% eine intensiviertere Insulintherapie an. Bei 9,9% erfolgte eine Kombinationstherapie aus Insulin und oralen Antidiabetika und bei 28,3% wurde eine diätetische Behandlung durch orale Antidiabetika ergänzt (Braun 2001: 101).

Die aktuelle Behandlung fand für 69,1% allein beim Allgemeinmediziner und für 21,2% allein beim Internisten statt, die sich aber ohne weiteres zu einer sehr ähnlichen Gruppe primärärztlich tätiger Ärzte zusammenfassen lassen. Die restlichen 8,8% wurden in diabetologischen Schwerpunktpraxen bzw. von Fachärzten für Endokrinologie behandelt (Braun 2001: 72).

2.4 Prozessqualität der Versorgung von Typ 2-Diabetikern – Über-, Unter- oder Fehlversorgung

a) Überversorgung von Typ 2-Diabetikern am Beispiel der Arzneimittelbehandlung

Bei einer zurückhaltenden Bewertung handelt es sich bei 17% aller diabetesspezifischen Arzneimittel, die unserer Studienpopulation im Jahre 1999 verordnet wurden, eindeutig um eine Situation der Überversorgung. Hierunter sind Leistungen zu verstehen, »die über die bedarfsgerechte Versorgung hinaus erbracht werden... sowie Leistungen, die unwirtschaftlich erbracht werden« (SVR 2001: 337). Bedarfsgerechtigkeit besteht dann, wenn Leistungen indiziert sind, »einen positiven Netto-Nutzen haben und... fachgerecht erbracht (werden)« (ebd.: 336).

Diese Kriterien treffen insbesondere auf die 8,9% Verordnungen von Acarbose als dem häufigsten Medikament aus der Gruppe der so genannten Alpha-Glukosidasehemmer und die 8,1% Verordnungen von Glimperid-haltigen Mitteln zu. Für die Bewertung der Verordnung von Acarbose ist das Zusammentreffen zahlreicher Nebenwirkungen mit einem immer noch ausstehenden positiven Wirksamkeitsnachweis maßgeblich. Ohne dass also »jemals Wirksamkeit oder Sicherheit für dieses Medikament in der Therapie des Typ 2-Diabetes nachgewiesen worden sind« (Berger 2000a: 346), konstatiert der Arzneiverordnungsreport 2001 zum wiederholten Male eine Reihe problematischer Effekte: »Nachteilig sind die häufig auftretenden Nebenwirkungen in Form von Meteorismus, Flatulenz und Diarrhoe, die bei ca. der Hälfte der Patienten zum Therapieabbruch führen. ... Der Einsatz von Acarbose in der Diabetes-therapie wird... unterschiedlich bewertet.« (Schwabe/Paffrath 2001: 152)

Zu den Arzneimitteln mit dem Wirkstoff Glimperid stellt wiederum der Arzneiverordnungs-Report fest, »die von der Herstellerfirma behaupteten Vorteile« seien »entweder nicht belegt oder haben keine klinisch-therapeutische Bedeutung«, und sie erfüllen »alle Kennzeichen eines besonders erfolgreichen Me-too-Präparates, da es ohne wissenschaftlich belegte Vorteile innerhalb von drei Jahren schon über die Hälfte des deutschen Sulfonylharnstoffmarktes erobert hat« (Schwabe/Paffrath 2001: 148/49). Ein wichtiger »Vorteil« entsteht aber z.B. für die Hersteller von Amaryl, dem häufigsten Glimperid-Medikament, dadurch, dass die Tagesdosiskosten 1999 mit DM 0,77 deutlich über dem Durchschnittsbetrag von DM 0,34 für die herkömmlichen Sulfonylharnstoffpräparate lagen.

Folgt man der rigorosen Bewertung Bergers (2000a: 345), nach den Kriterien der Evidenz-basierten Medizin (EBM) käme »außer dem

Glibenclamid kein Sulfonylharnstoff für die Therapie (...) in Frage«, müssen weitere 3% aller Verordnungen unserer Untersuchungspopulation als Überversorgung bewertet werden. Die nach den uneingeschränkt bedarfsgerechten 23,9% Glibenclamid-Verordnungen zweitstärkste Wirkstoff-Gruppe sind die Metformin-haltigen oralen Antidiabetika mit 23%. Angesichts der Hinweise auf schwere Kontraindikationen und auf fehlende Nachweise von Zusatznutzen bei bestimmten Subgruppen von Diabetikern (Schwabe/Paffrath 2001: 150/51) enthalten diese 23% Verordnungen mit Sicherheit Anteile von Über- wenn nicht sogar Fehlversorgung im Sinne eines zugefügten gesundheitlichen Nachteils.

Nimmt man diese Hinweise ernst, muss – bei etwas gelockertem Bewertungsmaßstab – der Grad an Überversorgung mit Arzneimitteln in unserer Population mit etwas mehr als 20% angegeben werden.

b) *Fehl- und Unterversorgung von Typ 2-Diabetikern am Beispiel und unter besonderer Berücksichtigung von Schulungsangeboten*

Die Wichtigkeit der vorrangigen Untersuchung des Angebots und der Qualität von Schulungsangeboten sowie der Stimmigkeit der Bewertung des Status quo ergibt sich aus der in einer erdrückenden Fülle nationaler und internationalen Studien und Programmen »unumstritten und wissenschaftlich hinreichend belegt(en)« Erkenntnis, »dass eine akzeptable Qualität der Diabetesversorgung ohne eine sorgfältige Patientenschulung nicht erreicht werden kann« (SVR 2001: 260). Sie folgt zum zweiten aus der ebenso unumstrittenen Feststellung, »eine dauerhaft erfolgreiche Behandlung des Diabetes (verlange – d. Verf.) auch die Bereitschaft und Befähigung des Patienten, den größten Teil der Therapie in Eigenverantwortung selbst zu übernehmen« (Galas 2000: 27). Als bedarfsgerechte, wirksame und wirtschaftliche Instrumente gelten Schulungen mit kognitiven, motivationalen und verhaltensverändernden Inhalten zur Stärkung der »Selbstbewältigungskompetenz« (Galas 2000: 27).

Bei der Bewertung mangelnder oder unzureichender Schulungsangebote für Diabetiker zeigen sich zentrale Schwierigkeiten über Sinn und Schlüssigkeit der vom SVR vorgenommenen und mittlerweile von breiten Teilen der öffentlichen Debatte formelhaft übernommenen Klassifikation des Versorgungsgeschehens in Über-, Unter- und Fehlversorgung. Insbesondere bei der Unterscheidung von Unter- und Fehlversorgung besteht die Gefahr einer Unterschätzung erkannter Versorgungsdefizite und der Konzentration auf verkürzte Erklärungsfaktoren.

Bereits im Definitionsvorschlag für indikationsbezogene Unter- oder Fehlversorgung findet sich u. E. eine »Grauzone«. *Unterversorgung* ist

danach ein Zustand, in dem »an sich bedarfsgerechte Leistungen, die in wirtschaftlicher Form zur Verfügung stehen, ... nicht erbracht bzw. nicht in erreichbarer Form zur Verfügung gestellt (werden)« (SVR 2001: 336). *Fehlversorgung* ist dagegen »jede Versorgung, durch die ein vermeidbarer Schaden entsteht«, der wiederum durch »nicht fachgerechte Erbringung«, »nicht bedarfsgerechte Leistungen« oder durch »unterlassene oder nicht rechtzeitige Durchführung« innerhalb einer Behandlung bedingt sein kann (ebd.: 337). Folgt man der Meinung des Rates, auch ein »entgangener, aber an sich möglicher medizinischer Nutzen« (ebd.: 337, Fn. 141) gehöre zu den vermeidbaren Schäden, ist es für eine Unterscheidung immer wichtiger, ob von Angeboten oder Nichtangeboten ein vermeidbarer gesundheitlicher Schaden ausgeht oder nicht. Die Klassifikation als Fehlversorgung ist dabei eindeutig die härtere und grundsätzlichere Bewertung.

Dies ist zu bedenken, wenn der SVR auf der Basis umfangreicher Befragungen von Fachgesellschaften und Betroffenenverbänden zum Schluss kommt »die Schulung von Diabetikern (stelle) offensichtlich nach wie vor ein ungelöstes *Unterversorgungsproblem* dar« (ebd.: 261).

Wenn man die Bedeutung der Schulung und des Empowerments von Typ 2-Diabetikern aber ernst nimmt und sich herausstellt, dass diese Versorgungsbestandteile überhaupt nicht oder in schlechter Qualität existieren, wird einem Teil der davon betroffenen Patienten ein vermeidbarer Schaden beifügt bzw. ihnen ein möglicher therapeutischer Nutzen für Lebensqualität und zukünftige Gesundheit verwehrt. Dies stellt ein eindeutiges *Fehlversorgungsproblem* dar.

c) *Bewertung und Wirksamkeit von Schulungsangeboten durch Diabetespatienten*

Die von uns befragten Nutzer von Schulungsangeboten bestätigten die Strukturqualität und den subjektiven Nutzen der Inanspruchnahme. 91,4% der Teilnehmer an einer »strukturierten Diabetikerschulung (SDS)« gaben ihr die Note »sehr gut« oder »gut«; ein Wert, der sogar in der Gruppe insulinpflichtiger Patienten noch anstieg. 93,9% der Nutzer fanden die Angebote verständlich, und 91,6% fühlten sich in der Schulung »ziemlich« oder »sehr wohl«. 98,7% der bisherigen Teilnehmer würden daher auch eine SDS an andere Diabetiker weiterempfehlen. Um ausschließen zu können, es handle sich dabei um reine »Wohlfühleffekte«, versuchten wir Veränderungen von Ernährungs- und Bewegungsgewohnheiten in Erfahrung zu bringen. 90,1% der SDS-Teilnehmer gaben an, nach der Schulung etwas an ihren Ernährungsgewohnheiten verändert zu haben.

Differenzierte Nachfragen förderten auch eine spezifische Wirksamkeit zu Tage. 53,6% der Befragten sind außerdem körperlich aktiver geworden. (Alle Angaben in: Braun 2001, 118 ff.)

d) *Ärztliche Empfehlungen und Schulungsangebote*

Im Vordergrund der den Diabetikern von ihrem behandelnden Arzt empfohlenen Maßnahmen stand für 74% die Ernährungsumstellung, für 63,6% die Blutzucker-Selbstkontrolle und für 51,1% mehr Bewegung. Etwas mehr als 40% der Diabetiker wurde die Blutdruck-Selbstkontrolle und eigene Kontrollen des Zustandes ihrer Füße empfohlen. 26,8% bekamen summarisch eine nicht näher spezifizierte Diabetikerschulung empfohlen und 2,2% ausdrücklich eine Bluthochdruckschulung. Bereits auf der sehr allgemeinen und unverbindlichen Ebene von Empfehlungen besitzt die aktive Herausbildung von Selbstbewältigungskompetenz über Schulung eine weit nachrangige Bedeutung. Dies wird durch das aktive Angebot eigener diabetesbezogener Schulungsangebote der derzeit behandelnden Ärzte bestätigt. Rund 15% der befragten Diabetiker gaben an, von ihrem Arzt ein Angebot für eine Ernährungsschulung erhalten zu haben, rund 60% schließen dies definitiv aus.

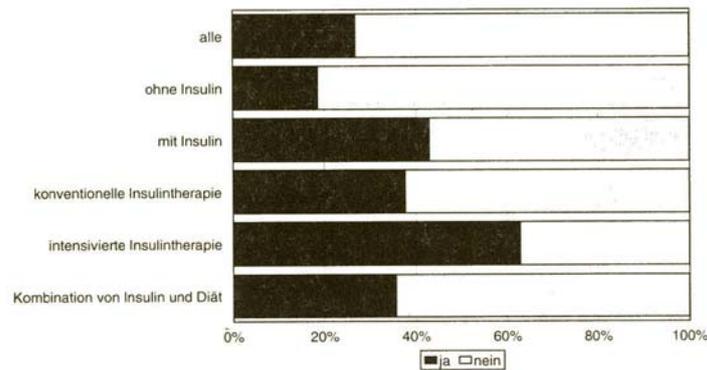
Art und Umfang der Fehlversorgung mit Schulungsangeboten zeigt sich am folgenreichsten beim Angebot und Nutzung von Angeboten der so genannten »strukturierten Diabetikerschulung (SDS)«. Hier handelt es sich um ein systematisches und verbindliche Teilelemente (z.B. fester Stundenplan, mehrmalige Seminare in kleinen Gruppen) umfassendes Instrument zur patientenzentrierten Verbesserung der subjektiven Bedingungen einer wirksamen Diabetesversorgung, dessen Nutzen bereits mehrfach nachgewiesen wurde.

Trotz der mehrjährig positiven inhaltlichen und organisatorisch-rechtlichen Ausgangsbedingungen⁵ ist der Bekanntheitsgrad der SDS als eine wichtige Voraussetzung für einen hohen Nutzungsgrad sehr gering: Nur 30,6% der Diabetiker ist dieses Angebot überhaupt bekannt.

In der folgenden Abbildung ist angegeben, wie viele Befragte insgesamt und wie viele Angehörige unterschiedlicher Subgruppen an Diabetikern jemals an einer SDS teilgenommen haben. Am niedrigsten ist sie mit 18,5% bei den Patienten, in deren Behandlung Insulin keine Rolle spielt, wohingegen 62,6% der Patienten mit intensivierter, d.h. flexibler Insulintherapie bereits mindestens an einer strukturierten Diabetes-schulung teilgenommen haben. Die Häufigkeit der Inanspruchnahme ist jedoch nicht bekannt. Unter den Befragten, die sich derzeit konventionell, d.h. mit fixen Insulindosen therapieren, hatten nur 37,5% jemals

eine SDS besucht. Der in etwa gleiche Anteil von 35,5%, die sich mit einer Kombination von Diät und Insulin behandeln, weist darauf hin, dass ausgerechnet zu Beginn der oft mit Wissens-, Orientierungs- und Verhaltensproblemen und daraus resultierenden Ängsten behafteten Insulinbehandlung nur eine Minderheit von ihnen dieses wichtige und effektive Angebot bekommt und/oder nutzt. Dabei ist anzumerken, dass von den Diabetikern mit intensivierter Insulintherapie über ein Drittel noch nie an einer SDS teilgenommen hat.

Teilnahme von unterschiedlich behandelten Typ 2 Diabetes-Patienten an einer strukturierten Diabetikerschulung



Unterhalb der hohen Schwelle zu diesem Angebot der bedarfsgerechten und organisatorisch-finanziell aufwendigen Schulungen nach den Regeln von »shared« und »informed decision making« (vgl. zur Relevanz und den Anforderungen derartiger Konzepte im Bereich des Diabetes Berger 2000a) gibt es jedoch kleine »Elemente« davon, die zumindest Teile dieses schadenvermeidenden und nutzenstiftenden Angebotes umfassen, die geeignet sind, das Verhältnis zwischen Arzt und Patient nachhaltig zu beiderseitigem Nutzen zu verändern.

Zu denken ist hier an die Verbreitung und Nutzung eines Diabetespasses und/oder das Führen eines Tagebuchs als wichtiger Informations- und Erinnerungsquelle über wichtige Behandlungswerte und -schritte (z.B. durch Dokumentation des HbA_{1c}-Wert, Termin für regelmäßige Augenuntersuchung) sowie die Vereinbarung individueller Behandlungsziele oder individueller Ernährungspläne. Trotz der seit langem erwiesenen Effektivität, Effizienz und Preisgünstigkeit solcher Behandlungsbestand-

teile spielen sie in der Behandlung von rund der Hälfte der Diabetiker keine Rolle. Betrachtet man alle Diabetiker (in Klammern die Häufigkeit für insulintherapierte Diabetiker) führen derzeit 54,4% (81,5%) ein Diabetes-Tagebuch, 45% (61,2%) haben einen Diabetespass, 65,2% (76,6%) vereinbaren individuelle Behandlungsziele und 48,1% (54,4%) besitzen einen individuellen schriftlichen Ernährungsplan. Es werden also selbst relativ unaufwendige und kostengünstige Mittel der Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsprozess nur für die kleinere Hälfte eingesetzt. Dies ist insofern ein qualitativ prinzipielles Problem, als damit gerade die für einen meist jahrzehntelangen und stark vom aktiven Verhalten des Patienten abhängigen Behandlungsprozess wichtigen Weichenstellungen und Einstellungen unnötig hinausgeschoben werden, was möglicherweise später nicht oder nur mit erheblichem Aufwand rückholbar ist.

Von welchen soziodemographischen, organisatorischen oder qualifikatorischen Bedingungen auf Patienten- wie Leistungserbringerseite die Häufigkeit von Selbstbewältigungsangeboten und ihre Nutzung abhängig ist, soll am Beispiel der Gruppe der konventionell oder intensiviert mit Insulin behandelten Diabetiker genauer untersucht werden. Hier handelt es sich in unserem Panel um eine bezüglich der Anforderungen der Krankheitsversorgung relativ homogene Gruppe von 670 Personen.

Als mögliche Einflussfaktoren auf die wichtigsten Elemente des Schulungsgeschehens haben wir die Qualifikation des Arztes bzw. die Praxisform des behandelnden Arztes, die frühere berufliche Stellung der heute nicht (mehr) erwerbstätigen Patienten und das Geschlecht herangezogen, für die durchweg mindestens einmal signifikante Assoziationen vorlagen. Das Alter oder die Höhe des HbA_{1c}-Wert waren durchweg nichtsignifikante Faktoren.

Die Ergebnisse zeigen, dass der durchweg stärkste, d.h. überzufällige Bestimmungsfaktor für die Nutzung und Inanspruchnahme patientenzentrierter Schulungs-, Informations- und Steuerungsangebote die fachliche Spezifität des behandelnden Arztes ist. Wer als insulinpflichtiger Diabetiker bei Fachärzten in diabetologischen Schwerpunktpraxen in Behandlung ist, nutzt und nutzt die ausgewählten Angebote statistisch signifikant häufiger als insulinpflichtige Diabetiker, die bei Allgemeinärzten und Internisten in Behandlung sind.

Die Zusammenhänge der früheren Stellung im Beruf mit dem Nutzungsgeschehen sind leicht weniger signifikant und zusätzlich mehrdimensionaler. Erinnerung sei daran, dass es sich bei den in der GEK versicherten Arbeitern überwiegend um Facharbeiter handelte. Bei den Angeboten, bei denen statistisch signifikante Ergebnisse hinsichtlich der

Behandlungszielvereinbarung und individuellen Ernährungsplänen vorliegen, gibt es ein starkes Nutzungsgefälle zu Lasten der früher an- und ungelerten Erwerbstätigen. Interessant ist, dass sich die relative Position der Selbständigen verkehrt: Während sie im Bereich der stark kommunikativen Vereinbarung von Zielen in hohem Maße beteiligt sind, verfügen nur 37% der Selbständigen über einen individuellen Ernährungsplan, sogar rund zwei Prozentpunkte weniger als bei den Un- und Angelernten. Dass weit überdurchschnittliche 90% der insulinpflichtigen Diabetiker aus dieser letztgenannten sozial eher schwachen Gruppe aber an einer SDS teilgenommen haben, ist ein Beleg für den mehrdimensionalen und nichtlinearen Erklärungshintergrund der Nutzungsmuster.

Bezüglich der geschlechtsspezifischen Unterschiede ist ebenfalls eine gegenläufige Tendenz erkennbar: Während insulinpflichtige Frauen häufiger einen individuellen Ernährungsplan bekommen als Männer, ist es bei der Teilnahme an einer strukturierten Diabetesschulung genau umgekehrt.

Selbst wenn es Angebote gibt, die Selbstbewältigungskompetenz der Patienten zu verbessern und diese auch genutzt werden, sind unerwünschte Effekte nicht ausgeschlossen. So signalisiert bei der Mehrheit der Patienten ein zusätzlicher Arztbesuch eine Unsicherheit, die trotz der Selbstkontrolle von Urinzucker und Blutdruckwerten bzw. Blutzucker nicht auszuräumen ist. Diese Unsicherheit könnte zumindest teilweise durch entsprechende Schulungen reduziert werden. Die Tatsache, dass nur 25,7% der ihren Blutzucker selbstkontrollierenden Patienten die Handhabung ihres Messgerätes einmal im Jahr in ihrer Arztpraxis erklärt bekommen (Braun 2001: 230), kann einen Grund für diese latente Unsicherheit gegenüber gemessenen Werten sein.

Die Ergebnisse liefern interessante Hinweise auf die professionellen und organisatorischen Bedingungen, die offensichtlich die gegenwärtige Versorgungsqualität für insulinpflichtige aber auch für andere Patientengruppen (vgl. dazu ausführlich: Braun 2001: 192 ff.) verbessern helfen. Das Problem für die zukünftige Verbesserung ist, dass eine Verbesserung aus finanziellen und versorgungspraktischen Gründen nicht über eine einfache Vervielfachung der Schwerpunktpraxen erreicht werden, sondern nur durch eine Verbesserung der Leistungsqualität der auch zukünftig und berechtigterweise mehrheitlich an der Versorgung von Diabetikern beteiligten Allgemein- oder Hausärzte erfolgen kann. Hinzu kommt, dass trotz allgemeiner Qualität auch diabetologische Schwerpunktpraxen Leistungsqualitätsdefizite aufweisen und diese nicht in jedem Fall für eine dauerhafte Behandlung konzipiert und evtl. qualifiziert sind.

3 *Materielle und immaterielle Voraussetzungen für eine bessere Versorgungsqualität des Typ 2-Diabetes*

Eine Reihe insbesondere internationaler Studien zur Versorgungsqualität des Typ 2-Diabetes rücken hinsichtlich der Ursachen hartnäckiger Defizite sowie der Bedingungen und Faktoren, die für eine spürbare und nachhaltige Qualitätsverbesserung zu berücksichtigen sind, deutlich von single-purpose- oder Patentrezeptmodellen ab. Defizite in der Versorgung der chronischen Erkrankung Diabetes entstehen also nicht durch ein oder zwei Einzeldefizite allein (z.B. »Geldgier« der Anbieter, Wissens- oder Kommunikationsmängel). Es ist vielfach auch nicht nur ein Akteur allein verantwortlich zu machen, sei es der Arzt oder der Patient. Zudem handelt es sich meist um eine spezifische Verschränkung prinzipieller und vorrangig immaterieller Sicht- und Verhaltensweisen oder Mentalitäten mit organisatorischen oder materiellen Faktoren. Nur wenn sich bei möglichst vielen Ingredienzien dieser Mischung qualitative Veränderungen ergeben, lassen sich nachhaltig Versorgungsdefizite abbauen oder gar vermeiden.

Zu den wichtigsten in jüngster Zeit empirisch untersuchten⁶ Ingredienzien gehören u.a.:

a) Wissensdefizite bei Patienten und Ärzten: Eine Untersuchung von 261 Typ 2-Diabetikern und 102 Ärzten, Schwestern und Apothekern in zwei englischen Diabetes-Zentren kam zum Schluss: »It is concluded that patients' and professionals' knowledge of oral hypoglycaemic agents is poor« und »the healthcare professionals showed important gaps in their knowledge on dosage timing and mechanism of action, particularly with respect to metformin and acarbose« (Browne et al. 2000: 528). Danach wussten nur 15% der Patienten die korrekte Handhabung ihrer Tabletten und 62% nahmen sie in der richtigen Relation zu ihrer Nahrung. 10% kannten die Möglichkeit der Unterzuckerung im Zusammenhang mit Sulfonylharnstoffpräparaten und 20% der Metformin-Patienten die gastrointestinalen Nebenwirkungen. 35% der Patienten bekamen eine Beratung zu ihrer medikamentösen Behandlung, aber nur 1% erhielten dazu eine schriftliche Information. Die Hoffnung, Apotheker könnten diese für die Versorgungsqualität zentralen Wissensdefizite beheben, erwiesen sich als trügerisch, weil sie »generally overestimated patients' knowledge« (ebd.: 530). Es gibt keinen Grund an der Existenz derartiger Defizite auch in Deutschland zu zweifeln.

b) Fortexistenz partiell paternalistischer Strukturen in Patientenschulungskonzepten (»halbierte Selbstbewältigung«): Zwar haben eine noch

wachsende Mehrheit von Diabetespatienten wichtige Selbstmanagement- und Selbstbewältigungsaufgaben übernommen (z.B. Blutzuckerselbstkontrolle bei rund 70% der von uns befragten Diabetikern), dies geschieht aber oft nur »halbherzig« und inkonsequent. Vielfach steht noch eine »gehorsame Übernahme« paternalistisch-expertlich bestimmter und überindividueller Vorstellungen und Vorschläge im Mittelpunkt des Selbstmanagements und gerade nicht die von Patient und Arzt gemeinsam entwickelten und letztlich vom Patienten entschiedenen individuellen Strategien. Die entscheidende Differenz zwischen einem lediglich modernisierten Paternalismus und dem konsequenten »shared« und »informed decision making« wird von Berger/Mühlhauser (1999: 1676 ff.) auf den Punkt gebracht: »Such programs of therapeutic education are likely to overcome the notorious problem of patient noncompliance with prescribed therapies because the informed patient defines his/her treatment goals and chooses therapeutic strategies that he/she will carry out in the long run. This new approach goes far beyond traditional diabetes education strategies because it aims at enabling patients to define individual HbA1c target levels depending on the risk they are prepared to take and the efforts they are prepared to make.«

c) Anwendungsunsicherheit von Evidence-based Medicine bzw. evidenzbasierten Leitlinien: Auch wenn es im deutschen Gesundheitssystem eine wachsende Anzahl von evidenzbasierten Leitlinien zur Behandlung chronischer Erkrankungen und darunter des Diabetes gibt und sie dem Grunde nach auch akzeptiert werden, verschwinden damit eine Reihe von Wahrnehmungs-, Verständnis- und Anwendungsunsicherheiten keineswegs automatisch. Ein erstes Missverständnis besteht darin, solche Leitlinien als starre Patentrezepte oder exakte Norm »ohne Ansehen der Person« einzusetzen. Diese Art von Missverständnis findet sich z.B. in einem überindividuellen Festsetzen exakter Wertegrenzen für eine »gute Behandlung« und dem damit verbundenen Postulat einer überindividuellen Normgesundheit. Dass die Evidenz von Leitlinien gerade darin besteht, »die für den einzelnen Patienten beste wirksame Therapie« in den Mittelpunkt des therapeutischen Geschehens zu setzen und dies eben nicht bedeutet, alle Patienten z.B. über einen »HbA1c-Kamm« zu scheren, wird vielfach für unrealisierbar gehalten.

d) Organisationsmerkmale der Arztpraxen: Eine gerade veröffentlichte Untersuchung aus Großbritannien (Campbell et al. 2001: 784) zeigte, dass das Niveau der Versorgungsqualität von Diabetes in Praxen, die statt der üblichen 5 Minuten das Doppelte an Zeit pro Patient aufwenden

um 21% höher liegt. Das Niveau war ferner in größeren Praxen mit messbar besserem »teamworking« deutlich höher.

e) *Spezifische Einschränkungen der ärztlichen Selbstwirksamkeitsüberzeugung bzw. Selbsteffizienzbewertung:* 80% der dazu befragten Krankenhausärzte hielten die Behandlung von Diabetespatienten z.B. für deutlich schwerer als die von Hochdruckpatienten. 67% sahen dies auch im Vergleich mit der Behandlung von Angina so; 60% sahen die Behandlung von erhöhten Blutfettwerten und Arthritis als leichter an, und 50% bewerteten die Behandlung von Typ 2-Diabetes schwieriger als die von Herzproblemen (Larme u.a. 1998: 1392/93). Die Ärzte berichteten mehrheitlich von »horrible struggles« with patients« (ebd.: 1393) und kamen zum Schluss, »Diabetes is impossible to control« (ebd.: 1394). In einer in den USA durchgeführten Untersuchung meinten die dort intensiv in der Diabetikerbehandlung eingesetzten Krankenschwestern, Diabetiker seien »the hardest people to work with« (Freeman/Loewe 2000: 509). 50% einer nordrhein-westfälischen Ärztegruppe sind, was ihre Typ 2-Diabetiker angeht, nur teilweise zufrieden, 29% sind unzufrieden mit ihren Leistungen als Arzt, 37% fühlen sich, nachdem ein Typ 2-Diabetiker bei ihnen war, ganz »erledigt«; 77% wünschen sich mehr Unterstützung bei der Diabetesbehandlung (Siebolds et al. 1999: 9).

Die Selbstwirksamkeitszweifel und ein geringes Vertrauen in die Selbstbewältigungsfähigkeiten der Patienten wird nicht zuletzt durch die Krankenhaus-Sozialisation in der Facharztausbildung genährt. Dort sind Ärzte meist mit Diabetikern mit gründlich misslungenen Behandlungskarrieren konfrontiert.

f) *Habituelle Ängste und Unsicherheiten bei Ärzten:* Die ärztlichen Selbstwirksamkeitszweifel entwickeln sich zu einem massiven habituellen Problem, wenn sich die sachliche Notwendigkeit ergibt, zur Fundierung einer besseren Diabetesbehandlung weitere Abstriche vom traditionellen Wirkungs- und Nutzenanspruch der Ärzte gegenüber Patienten vorzunehmen. Dies meint die »Scheu der modernen Medizin ..., die quantitative Erbärmlichkeit des Nutzens, den sie im Rahmen der Primär- und Sekundärprävention erzielt, dem betroffenen Patienten darzustellen« (Berger 2000: 347), und zwar als notwendige Grundlage und Stärkung von »shared and informed decision making«.

g) *Erhebliche Divergenzen und Antagonismen beim Verständnis wichtiger Behandlungsparameter in der Beziehung zwischen Arzt und Patient:* Selbst wenn in der Arzt-Patient-Beziehung Kommunikation erwünscht

und möglich ist, kann der Versuch einer Verständigung über wichtige Aspekte der Versorgung an völlig unterschiedlichen Verständnissen über zentrale Ziele scheitern. Dies gilt z.B. für das Verständnis von »Kontrolle«, wo es meist unausgesprochen völlig unterschiedliche Vorstellungen zwischen Arzt und Patient gibt. Diese reichen vom ärztlichen Verständnis der Kontrolle eines bio-chemischen Wertes, über die Erwartung der Ärzte, der Patient kontrolliere sein Verhalten, bis zum Verständnis der Patienten situationsbezogen »alles im Griff« zu haben.

h) Divergenzen von Relevanzbewertungen und Normalitätszielen zwischen Arzt und Patient: Da es sich beim Diabetes um eine teilweise symptomlose Erkrankung handelt, sind Vorstellungen über die Relevanz gegenwärtiger und zukünftiger Ereignisse und Folgen von besonderer Bedeutung. Es gibt deutlich unterschiedliche Vorstellungen und Wahrnehmungen von Ärzten und Patienten darüber, welche Krankheitszeichen und -folgen des Diabetes als relevant zu betrachten sind und daher behandelt werden müssen: »Radical differences in the signs and symptoms that patients and clinicians focus on in treatment. Physicians are primarily concerned with the internal states or processes that lead to serious morbidity and death. ... In contrast, the patients we spoke with seemed relatively unconcerned about the effect of diabetes on internal organs and rarely mentioned the heart, pancreas, or kidneys unless they were specifically asked about them. Patients did, however, express grave concern about wounds that would not heal, amputation, and external manifestations of the diabetes, such as blindness.« (Freeman/Loewe 2000: 510)

i) Fehlen oder Unterentwicklung effektiver Methoden des Transfers von Wissen in Handlung: In einer umfangreichen Metaanalyse von Untersuchungen zur Verbreitung von Wissen im Gesundheitswesen kommt eine Studie des an der Universität York angesiedelten NHS-Zentrums für »Reviews and Dissemination« zu folgendem Schluss: »The naive assumption that when research information is made available it is somehow accessed by practitioners, appraised and then applied in practice is now largely discredited« (NHS 1999: 2). Weder passive Verbreitung über schriftliche Information noch Wissenserwerb über Gesundheitszirkel, Fallkonferenzen (ebd.: 7) und kontinuierliche ärztliche Weiterbildung durch Vermittlung medizinischen Fachwissens (Larme u.a. 1998: 1391) alleine erreichen danach das erwünschte Transferziel. Als anspruchsvolle und aufwändige Alternativen identifizieren die Autoren dagegen eine Reihe von gelungenen Interventionen, die sie auf den folgenden Nenner bringen: »Multifaceted interventions targeting different barriers to change

are more likely to be effective than single interventions« (NHS 1999: 1). Auf den entscheidenden Beitrag von passivierenden »Trichtermodellen« in der ärztlichen Weiterbildung, der Ärzte zumindest motivational davon abhält, einen gerade für die Selbstmanagement-Fähigkeit der Patienten wichtigen (inter)aktiven Wissenserwerb zu organisieren, weist folgende Zusammenfassung einer Untersuchung von Weiterbildungsangeboten für Ärzte im Bereich der KV Nordrhein hin: »Die Ergebnisse dieser ersten Pilotevaluation ... zeigen aber, dass die Qualität der Fortbildung mangelhaft ist. ... Alle Vorträge wurden als Frontalvorträge gehalten ... eine interaktive ärztliche Fortbildung findet demnach so gut wie gar nicht statt. Ebenso wenig wird das Lernen in Kleingruppen, problembezogene Anwendung von Expertenwissen oder Schulung im Umgang mit Informationsquellen durchgeführt. Die Qualität der Wissensvermittlung ... ist ungenügend. Ansätze für interaktives Lernen gibt es zum Beispiel in Form der Kollegengespräche kaum.« (Reis et al. 1999: 577) Dies macht deutlich, dass moralische Appelle an solchermaßen »ungebildete« Ärzte, ihre Patienten als autonome und aktive Partner einzubeziehen, ins Leere stoßen.

j) *Überbewertung von »hard factors« bei Vernachlässigung von »soft factors«*: Vielfach im Glauben, die Einstellung oder Haltungen von Ärzten und Patienten seien prinzipiell problemangemessen, und es mangle nur an Mitteln und Wegen, sie umzusetzen, konzentrieren sich die Bemühungen um Qualitätsverbesserung auf die harten Umsetzungsbedingungen. Untersuchungen zeigen aber, dass es gerade gegenüber Diabetikern eine Reihe gravierender ärztlicher Einstellungsdefizite gibt. Bei ärztlichen Einstellungen gegenüber Diabetespatienten, die mit einer »Diabetes Attitude Scale« (DAS) gemessen wurden, stand vor dem Besuch eines Weiterbildungsprogramms die Kontrolle des Blutzuckers an erster, die Frage spezieller Beratung und Vermittlung von Fähigkeiten an zweiter, die Bedeutung der Patientenautonomie jedoch an vorletzter Stelle einer acht Punkte umfassenden Liste. Erst der Besuch eines speziellen Weiterbildungsprogramms trug bei den Ärzten dazu bei, die Einstellung zum Patient als Mitentscheider zu verbessern (Sharp/Lipsky 1999). Dies bestätigt die Wichtigkeit der folgenden Äußerungen im jüngsten Gutachten des Sachverständigenrats: »Neuorientierungen in der Versorgung Kranker brauchen auch neue Leitbilder und Werte« und »das »Management-Lösungs-Paradigma« greift zu kurz« (SVR 2001: 267).

k) *Mangel an problemfeldadäquater integrierter Forschung und Intransparenz über Forschungsergebnisse*: Selbst wenn erkannt wird, dass eine

effektive Diabetesversorgung das Zusammenwirken von professioneller und Patientenkompetenz oder von Wissen und Organisation verlangt, überwiegen in Interventionsstudien bis in die Gegenwart hinein Studiendesigns, die nur einzelne oder einen Teil der Dimensionen untersuchen. So spielt die Patientenschulung in Interventionsstudien immer noch eine nebensächliche Rolle. In einer Metaanalyse von 41 diabetesbezogenen Studien unterschiedlicher Evidenzstufen kümmerten sich 12 Studien ausschließlich um die Gesundheits-Professionals und neun überwiegend um die organisatorische Versorgungsorganisation. In 20 weiteren Untersuchungen waren Professionals und die Organisation Zielpunkte von Interventionen. Nur in 15 Studien kamen Interventionen im Bereich der Patientenschulung hinzu. (Renders et al. 2001) Auf den eklatanten Mangel an Untersuchungen über die für die Diabetesbehandlung besonders wichtige Dimension der »Lebensqualität« wiesen Trautner u.a. (1995) hin. Bei den meisten der 69 von ihm untersuchten Modelle, Projekte und Maßnahmen zur Verbesserung der Diabetesversorgung »werden Fragen der subjektiv empfundenen Lebensqualität« (ebd.: 11) wissenschaftlich nicht behandelt. Der zugleich festzustellende Überfluss an vielfach problematischen Untersuchungen führt aber dazu, dass »selbst Experten der Diabetesversorgung ... mittlerweile den Überblick über den Stand und die Ergebnisse der einzelnen Projekte verloren« (SVR 2001: 265) haben.

1) Sozialisationsbedingte Schwierigkeiten von Ärzten gegenüber nicht-paternalistischen Verhaltensweisen: Gut gemeinte Appelle an Ärzte, zum Wohle ihrer Patienten auf paternalistische Verhaltensweisen zu verzichten und die Autonomie der Patienten zu stärken, übersehen einen wichtigen Grund für die Hartnäckigkeit paternalistischer Attitüden. Ärzte haben unter allen Berufen die längste Ausbildungszeit bei gleichzeitig sehr hoher Fremd- und Außenbestimmung bzw. Abhängigkeit. Diese Art der Sozialisation sehen wir als einen Grund an für die geringen Selbstzweifel und für das Festhalten am Leitbild der ambulanten selbständigen Einzelpraxis, in der ausgebildete Ärzte »endlich« autonom handeln dürfen und über andere »bestimmen« können (was nicht moralisch-vorwurfsvoll gemeint ist). Bemühungen, einen Teil dieser Bestimmung über Andere an diese zu übertragen und das ärztliche Handeln an Leitlinien zu orientieren, wird auf dem skizzierten Sozialisationshintergrund als Regression verarbeitet und spontan abgelehnt. Wenn unser Erklärungsversuch stimmt, reichen moralische Appelle oder finanzielle Anreize an Ärzte, einem »shared decision making«-Konzept zu folgen, in keiner Weise aus. Wir sehen darin ein weiteres Argument für die schon lange

geforderte und überfällige strukturelle Reform der Inhalte und Organisation von medizinischer und ärztlicher Aus- und Fortbildung.

m) Unterbewertung der emotionalen und psychischen Dimension des Diabetes: Die vielen physischen Aspekte der Diabeteserkrankung drängen ihre besonderen emotionalen und psychischen Aspekte weit an den Rand der Aufmerksamkeit. Ihre Bedeutung für die Prozess- und Ergebnisqualität der Diabetesbehandlung wird dadurch weit unterschätzt. Dies gilt z.B. für die »depressive Grundstruktur« (Siebolds et al. 1999) und die besonders negativen Zukunftserwartungen vieler neu erkrankter Patienten oder die immer wieder berichtete Angst vor Insulin (Gentli et al. 2000: 4). Zu den drei von Diabetespatienten besonders kritisierten ärztlichen Verhaltensweisen gehört daher auch deren begrenzte Fähigkeit, mit den psychosozialen Belastungen umzugehen und diese sogar durch »blaming«-Strategien zu verstärken. Direkt hierzu befragt, gaben jüngst (NovoNordisk 2001) weniger als 50% der Ärzte an, die psychischen Probleme ihrer Patienten erkennen und auf sie eingehen zu können. 82% der Allgemeinärzte und 62% der Diabetologen gaben gar an, die Angst der Patienten vor der Insulintherapie zu nutzen, um die Compliance mit anderen, zuvor gewählten Therapiekonzepten herzustellen.

n) Unterschätzung der kommunikativen Reziprozität des »informed decision making«: Untersuchungen über die Voraussetzungen des für das Funktionieren einer qualitativ hochwertigen Behandlung des Diabetes wichtigen Informations- und Kommunikationsverhaltens von Ärzten und Patienten weisen auf eine mehrfach reziproke Verschränkung hin. Dies bedeutet, dass eine Qualifikation für ein besseres Verhalten nur z.B. für Ärzte nicht ausreicht oder sie aber zumindest für die wechselseitigen Verschränkungen sensibilisiert werden müssen. Das ärztliche Verhalten ist stark vom kommunikativen Stil der Patienten wie von deren zum Ausdruck gebrachten Sorgen und Gefühlen sowie den persönlichen Merkmalen der Patienten abhängig. Umgekehrt spielen gezielte »partnership-building remarks« (z.B. »Haben Sie noch Fragen?«) der Ärzte und die bei Ärzten verbreiteten Perzeptionen (Street 1991) bestimmter Patientengruppen eine große Rolle. Schließlich spielen unbegründete Vorurteile über die materielle Belastung durch den kommunikativen Aufwand für »informed decision making« eine hemmende Rolle.

o) Dominanz biochemischer Behandlungsziele gegenüber »Lebensqualität«: Selbst die meisten Leitlinien beinhalten ausschließlich Behandlungsziele aus medizinischer Sicht und fokussieren auf bio-chemische

Endpunkte. Individuelle Umstände, perzerpierte Barrieren oder Schwerpunktsetzungen im Leben der Patienten, die z.B. ihr Selbstmanagement berühren oder beeinträchtigen spielen häufig keine Rolle.

Lässt man die Fülle dieser wichtigsten Faktoren und Bedingungen, die eine bessere Versorgung von Diabetespatienten und vieler anderer chronisch erkrankter Personen hemmen oder fördern, auf dem Hintergrund der bundesrepublikanischen Diskussion über leitliniengestütztes Disease-Management Revue passieren, wird zweierlei deutlich: Erstens muss die zukünftige Entwicklung nicht aus »Ratlosigkeit« über die wichtigen Bedingungsfaktoren ausfallen oder stagnieren. Zu deren systematischer Bilanzierung muss aber mit Sicherheit zusätzliche gesundheitswissenschaftliche Versorgungsforschung unter den Strukturen des deutschen Versorgungssystems stattfinden. Zweitens wird deutlich, dass die Hoffnung auf eine zügige und selbstlaufende Wirkung der Disease-Management-Programme (DMP) in der bisher bekannten Grundstruktur verfrüht und verfehlt ist. Wenn nicht eine Mischung der wichtigsten gerade benannten notwendigen Kodeterminanten guter Versorgung parallel zu den inhaltlichen und finanziellen Anreizen von DMP konzeptualisiert wird, wird das Ziel, hinreichende Bedingungen für eine effektive Versorgung zu schaffen, weit und nachhaltig verfehlt.

Korrespondenzadresse:

Dr. Bernard Braun
Zentrum für Sozialpolitik
Universität Bremen
Parkallee 39
28209 Bremen

Anmerkungen

- 1 Dazu zählte eine Reduktion diabetesbedingter Erblindungen und der Patienten mit terminaler diabetischer Niereninsuffizienz um mindestens ein Drittel. Die Rate von Gliedmaßenamputationen sollte halbiert werden und das Schwangerschaftsrisiko diabetischer Frauen auf das Niveau nicht-diabetischer Frauen gesenkt werden (WHO/IDF 1990)
- 2 Für die Debatte um die Höhe oder Stärke von Nutzeneffekten siehe u.a. Mühlhauser 1998.
- 3 Es antworteten 3 107 Personen, von denen aber lediglich 2 707, d.h. etwas mehr als 53 % angaben, ärztlich bestätigter und behandelter Typ 2-Diabetiker zu sein. Wegen der GEK-Klientel bedingten Überrepräsentanz von männlichen Facharbeitern sind die Ergebnisse aber weder für die GKV-Versicherten noch für die Bevölkerung uneingeschränkt repräsentativ. Der Unterschied des von uns identifizierten Versorgungsniveaus zu dem anderer vergleichbar untersuchten Krankenkassen-Mitglied-

- schaften (Meyer-Suter 2000) belegt aber indirekt die Tatsache und den Umfang sozial ungleicher Erkrankungsrisiken und Versorgungsverhältnisse.
- 4 »The accuracy of some of the data may be compromised because they were based on self-reports and not objectively verified and they were assessed retrospectively. ... report bias is possible and some of the results should be regarded as estimates rather than objective figures.« (Mühlhauser et al. 1998: 1149)
 - 5 Die SDS ist ein fixer Bestandteil der in zahlreichen KV-Bezirken abgeschlossenen Strukturverträge zur Verbesserung der Versorgungsqualität des Diabetes.
 - 6 Mit fünf quantitativ und qualitativ orientierten Methoden (Literaturanalyse, Experten-Brainstorming, Fokusgruppen, Patienten-Brainstorming und -Befragung) identifizierte Khunti »54 potential factors that may be related to good diabetic care« (Khunti 1999: 491). 37% waren praxisorientiert oder organisatorischer Art und rd. 26% waren patientenorientiert. Nur 5,6% der Faktoren wurden durch alle der gewählten Suchmethoden identifiziert.

Literatur

- Berger, Michael (2000a): Evidence Based Medicine in der Klinischen Diabetologie. Diabetes und Stoffwechsel 9: 343-348
- Berger, Michael (Hrsg.) (2000): Diabetes mellitus. 2. Auflage, München, Jena
- Berger, Michael; Mühlhauser, Ingrid (1999): Diabetes Care and Patient-Oriented Outcomes. JAMA 281: 1676-1678
- Bowie, C.; Richardson, A.; Sykes, W. (1995): Consulting the public about health service priorities. British Medical Journal 311: 1155-1158
- Braun, Bernard (2001): Die medizinische Versorgung des Diabetes mellitus Typ 2 – unter-, über- oder fehlversorgt? Befunde zur Versorgungsqualität einer chronischen Erkrankung aus Patientensicht, St. Augustin
- Browne, D.L.; Avery, L.; Turner, B.C.; Kerr, D.; Cavan, D.A. (2000): What do patients with diabetes know about their tablets? Diabetic Medicine 17: 528-531
- Campbell, S.M.; Hann, M.; Hacker, J.; Burns, C.; Oliver, D.; Thapar, A.; Mead, N.; Gelb-Safran, D.; Roland, M.O. (2001): Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. British Medical Journal 323: 784
- Chaufan, Claudia (2000): Patient Compliance: In Search of the real question in diabetes care. American Family Physician 61: 644/45
- Deutscher Bundestag (2000): Ziele für die Qualitätssteigerung in der Diabetesversorgung, Drucksache 14/4263
- Dinkel, Reiner; Lebok, Uwe (1998): Die zukünftige Entwicklung der Diabetesprävalenz in Deutschland. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 6, Heft 2: 145-165
- Duchin, SP; Brown, SA. (1990): Patients should participate in designing diabetes educational content. Patient Educational Counsel 16: 255-267
- Entwistle, VA; Renfrew, MJ; Yearley, S.; Forrester, J.; Lamont, T. (1998): Lay perspectives: advantages for health research. British Medical Journal 316: 463-466
- Ferber, Lieselotte v. (Hrsg.) (1994): Häufigkeit und Verteilung von Erkrankungen und ihre ärztliche Behandlung. Leipzig
- Galas, Eckart (2000): Krankenversicherung und Diabetes Mellitus. Konzepte zur Verbesserung der Versorgung von Diabetikern, Karlsruhe
- Gentili, P.; Maldonato, A.; Bloise, D.; Burla, F.; Coronel, G.; Paolantonio, T. (2000): Personality variables and compliance with insulin therapy in Type 2 diabetic subjects. Diabetes Nutrition Metab. 13: 1-6

- Glaeske, Gerd; Kellermann-Wachtel, Petra; Matthesius, Gregor (1999): Probleme und Optimierungsstrategien in der Versorgung von Diabetes-Patienten. *Jahrbuch für kritische Medizin* 31: 18-36
- Häring, H.U.; Joost, H.G.; Laube, H.; Matthaei, S.; Meissner, H.P.; Panten, U.; Schernthaner, G. (2001): Antihyperglykämische Therapie des Diabetes mellitus Typ 2. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien DDG (Diskussionsentwurf). *Diabetes und Stoffwechsel* 10: 223-236
- Khunti, Kamlesh (1999): Use of multiple methods to determine factors affecting quality of care of patients with diabetes. *Family Practice* 16: 489-494
- Kronsbein, Peter; Mühlhauser, Ingrid; Venhaus, Annette; Jörgens, Viktor; Scholz, Vera; Berger, Michael (1988): Evaluation of a structured treatment and teaching programme on non-insulin-dependent diabetes. *The Lancet*: 1407-1411
- Larme, A.C.; Pugh, J. (1998): Attitudes of Primary Care Providers Toward Diabetes. *Diabetes Care* 21: 1391-1396
- McCormack, James; Greenhalgh (2000): Seeing what you want to see in randomised controlled trials: versions and perversions of UKPDS data. *British Medical Journal* 320: 1720-1723
- Meyer-Suter, Corinna (2000): Inwieweit können Krankenkassen durch Disease Management den Gesundheitszustand von chronisch Kranken verbessern? Eine empirische Untersuchung am Beispiel von Typ II Diabetikern mittleren Lebensalters, Diplomarbeit an der Fachhochschule Hamburg
- Mühlhauser, I.; Overmann, H.; Bender, R.; Bott, U.; Jörgens, V.; Trautner, Ch.; Siegrist, J.; Berger, M. (1998): Social status and the quality of care of adult people with Type I diabetes mellitus – a population-based study. *Diabetologica* 41: 1139-1150
- Mühlhauser, Ingrid (1998): UKPDS – Darstellung nach Evidence-based Medicine Kriterien. *Diabetes und Stoffwechsel* 7: 267-273
- NHS (National Health Service) – Centre for Reviews and Dissemination (Hrsg.) (1999): Getting evidence into practice. *Effective Health Care* 5, Number 1, York
- Norris, Susan; Engelgau, Michael; Narayan, Venkat (2001): Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 24: 561-587
- Novo Nordisk (2001): Erste Ergebnisse einer Befragung von Diabetikern und ihren Ärzten. mündliche und schriftliche Mitteilung an den Verfasser
- Olefsky, Jerome (2001): Prospects for Research in Diabetes Mellitus. *JAMA* 285: 628-632
- Palitzsch, K.D.; Zietz, B.; Hügl, S.; Cuk, A.; Schäffler, A.; Büttner, R.; Frick, E.; Rath, H.; Arndt, H.; Enger, I.; Nusser, J. (2000): Die Häufigkeit des Diabetes mellitus wird in Deutschland falsch eingeschätzt. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 5: 118-127
- Reis, Ernst-Otto von; Bott, Uwe; Sawicki, Peter (1999): Qualität und Struktur der ärztlichen Fortbildung in der Inneren Medizin am Beispiel des Ärztekammerbezirks Nordrhein. *Z. ärztl. Fortbild. Qualsich* 93: 569-579
- Renders, CM; Valk GD; Griffin, S.; Wagner EH; Eijk, JThM van; Assendelft, WJJ (2001): Interventions to improve the management of diabetes mellitus in primary care, outpatient and community settings (Cochrane Review). *The Cochrane Library* 1, Oxford
- Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter (Hrsg.) (2001): *Arzneiverordnungs-Report 2000*. Berlin, Heidelberg
- Sharp, Lisa; Lipsky, Martin (1999): The Short-term Impact of a Continuing Medical Education Program on Providers' Attitudes toward treating Diabetes. *Diabetes Care* 22: 1929-1932

Über-, Unter- und Fehlversorgung am Beispiel des Diabetes mellitus 31

- Siebolds, M.; Jacobs, G.; Horaczek, U. (1999): Die Patientenfallkonferenz am Beispiel »Qualitätszirkel Diabetes«. Qualitäts-Management in Klinik und Praxis Heft 4 (Sonderdruck 11 Seiten)
- Street, Richard L. (1991): Information-Giving in Medical Consultations: The Influence of Patients' Communicative Styles and Personal Characteristics. *Social science & Medicine* 32: 541-548
- SVR (Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion im Gesundheitswesen) (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit Band III (Homepage-Version: www.svr-gesundheit.de/gutacht)
- Thefeld, W. (1999): Prävalenz des Diabetes mellitus in der erwachsenen Bevölkerung Deutschlands. *Gesundheitswesen* 61, Sonderheft 2: 85-89
- Trautner, Christoph; Icks, Andrea; Giani, Guido (1995): Modellvorhaben zur Verbesserung der Versorgung bei Diabetes mellitus: Bestandsaufnahme und Sekundär-analyse. Mainz
- UKPDS Group (1998): Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33). *UK Prospective Diabetes Study. Lancet* 352: 837-53
- WHO; IDF (1990): Diabetes Care and research in Europe – The Saint Vincent Declaration. *Giornale Italiano di Diabetologica* 10: 143-144
- Wolpert, Howard; Anderson, Barbara (2001): Management of diabetes: are doctors framing the benefits from the wrong perspective? *British Medical Journal* 323: 994-6