



**HOCHSCHULE FÜR ÖFFENTLICHE
VERWALTUNG UND FINANZEN
LUDWIGSBURG**

Wahlpflichtfach : Sozialverwaltung im Wandel

**Die Wechselwirkung zwischen Compliance und Disease-
Management-Programmen für Diabetiker
anhand von Fallstudien**

DIPLOMARBEIT

zur Erlangung des Grades einer

Diplom-Verwaltungswirtin (FH)

vorgelegt von

Nastasja Rostalski

Studienjahr 2008/2009

Erstgutachter: Herr R. Baudermann
Zweitgutachter: Herr P. Schmeiduch

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	IV
Anlagenverzeichnis	V
Abbildungsverzeichnis	VI
I. Einführung	1
II. Diabetes mellitus	3
II.1 Definition.....	3
II.2 Prävalenz.....	4
II.3 Therapie	5
III. Compliance	7
III.1 Begriffsdefinition	7
III.2 Entwicklungsphasen	8
III.3 Non-Compliance	10
III.3.1 Kategorien	11
III.3.2 Ursachen	12
III.3.2.a Krankheitsmerkmale	12
III.3.2.b Behandlungsmerkmale	13
III.3.2.c Patienten- und Arztmerkmale	14
III.3.2.d Soziales Umfeld und Medikamenteneinnahme.....	15
III.4 Verhaltensänderung	15
III.4.1 Motivation	16
III.4.2 Attribution und Kognitive Dissonanz	16
III.4.3 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung.....	17
IV. Disease-Management-Programme	19
IV.1 Hintergründe und Definition	20
IV.2 Rechtliche Rahmenbedingungen.....	21
IV.3 Ziele	24
IV.4 Komponenten	25
IV.4.1 Evidenzbasierte Leitlinien	26
IV.4.2 Patientenschulungen	27
IV.4.3 Informationssysteme.....	28
IV.4.4 Dokumentation und Evaluation	29
V. Fallstudien als Instrument der empirischen Sozialforschung	31
V.1 Empirische Sozialforschung.....	31
V.2 Begründung der Methode	32
V.3 Auswahl der zu Interviewenden.....	34
V.4 Entwicklung und Durchführung der Leitfadeninterviews	35

VI.	Auswertung der Fallstudien.....	36
VI.1	Ausgestaltung der Disease-Management-Programme	36
VI.1.1	Das strukturierte Behandlungsprogramm von A	36
VI.1.2	Das strukturierte Behandlungsprogramm von B	37
VI.2	Compliance-Faktoren	38
VI.2.1	Sportliche Aktivitäten	38
VI.2.2	Ernährungsweise	42
VI.2.3	Stressabbau.....	46
VI.2.4	Einhalten von ärztlichen Verordnungen	47
VI.2.5	Abbau von Risikoverhalten	51
VI.2.6	Arzt-Patienten-Kommunikation	54
VI.3	Einschätzung der Motivation.....	57
VII.	Fazit	62
Anlagen	VII	
Literaturverzeichnis.....	XXXI	
Rechtsquellenverzeichnis.....	XXXVI	
Internetquellenverzeichnis.....	XXXVII	
Erklärung.....	XXXVIII	

Abkürzungsverzeichnis

AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
BE	Broteinheit
BVA	Bundesversicherungsamt
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
DMP	Disease-Management-Programm
eDMP	elektronisches Disease-Management-Programm
EKG	Elektrokardiogramm
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
MEDIAS2	Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2
RSA	Risikostrukturausgleich
RSA-ÄndV	Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung
RSAV	Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung
SGB V	Fünftes Sozialgesetzbuch
WHO	World Health Organization

Anlagenverzeichnis

Anlage 1: Dokumentation des Interviews mit A VII-XV

Anlage 2: Dokumentation des Interviews mit BXVI-XXIII

Anlage 3: Dokumentation des Interviews mit C XXIV-XXX

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Entwicklungsphasen (eigene Darstellung)..... 10

Abbildung 2: Compliance-Faktoren (eigene Darstellung)..... 38

Abbildung 3: Bewertung der Compliance (eigene Darstellung) 61

I. Einführung

In der Bundesrepublik leben – unter Berücksichtigung einer Dunkelziffer – rund acht Millionen Deutsche mit der Erkrankung Diabetes mellitus (Vgl. Hauner 2007: 10).

Sie verursachen Schätzungen zufolge fast zwanzig Prozent der Ausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung (Vgl. Finck/Holl 2007: 128). Nicht nur hohe Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Behandlung von Folgeerkrankungen, sondern auch eine verringerte Lebensqualität (Vgl. Kulzer 2007: 59) sprechen für die Notwendigkeit einer generellen Verbesserung in der Versorgung von Diabetikern.¹ Dafür ist jedoch die Bereitschaft der Betroffenen unerlässlich, aktiv an der Behandlung der Erkrankung mitzuwirken, was im Fachjargon als Compliance bezeichnet wird. Die im Jahre 2002 eingeführten Disease-Management-Programme (DMP), auch strukturierte Behandlungsprogramme genannt, könnten eine Lösung für die bisher unzureichende Versorgung² und die damit verbundenen hohen Kosten für Folgeerkrankungen chronisch kranker Menschen darstellen. Neben der Verbesserung der Versorgungsqualität ist es auch Ziel der DMP, eine stärkere Patientenorientierung, die die Förderung von Compliance beinhaltet, anzustreben (Vgl. Sell 2005: 3).

Ob strukturierte Behandlungsprogramme tatsächlich dazu beitragen, die Betroffenen noch mehr zu motivieren, ihre eigene Erkrankung besser zu managen und Risikoverhalten abzubauen, ist Gegenstand dieser Arbeit. Sie beschäftigt sich zum einen damit,

- a) inwieweit sich Disease-Management-Programme auf die Compliance von Patienten mit Diabetes mellitus positiv auswirken
und

¹ Um eine einfachere Lesbarkeit zu erreichen, wird in dieser Arbeit hauptsächlich die männliche Form der Begriffe verwendet. Nur in konkreten Fällen wird auch die weibliche Form benutzt.

² Mit einer unzureichenden Versorgung ist die Unter- und Fehlversorgung von chronisch kranken Menschen gemeint. Siehe Kapitel IV.1.

- b) zum anderen damit, wie den Bedürfnissen von Diabetikern – egal welchen Typs – mit Disease-Management-Programmen Rechnung getragen werden kann.

Bei der Literaturrecherche wurde deutlich, dass viele Studien sich ausschließlich mit Disease-Management-Programmen für Diabetes mellitus Typ 2³ auseinandersetzen. Die vorliegende Arbeit untersucht hingegen im Sinne des ersten Forschungsgegenstandes (a) die Wechselwirkung zwischen Compliance und Disease-Management-Programmen für Typ-1-Diabetiker. Hiermit sollen neue Erkenntnisse bzgl. der Erfahrungen von Typ-1-Diabetikern mit ihrem strukturierten Behandlungsprogramm gewonnen werden.

Für die Erörterung des zweiten Forschungsgegenstandes sollen zu den Belangen von Typ-1-Diabetikern auch die eines Typ-2-Diabetikers, der nicht an einem DMP teilnimmt, berücksichtigt werden. Anhand der Untersuchung, in welchem Maß Compliance vorliegt, wird aufgezeigt, wie ein strukturiertes Behandlungsprogramm diese positiv beeinflussen und somit eine bessere Versorgung von Diabetikern gewährleisten könnte.

Die Arbeit besteht aus sieben Kapiteln und ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil dieser Arbeit soll ein Überblick – orientiert an der einschlägigen Literatur über die Begrifflichkeiten Diabetes mellitus, Compliance und Disease-Management-Programme – gegeben werden. Der zweite Teil beschäftigt sich mit den Methoden empirischer Sozialforschung und der daraus entwickelten Untersuchungsform, welche der Erörterung der Forschungsgegenstände dienen soll. Diese soll ansatzweise anhand dreier Fallstudien geschehen. Die Fallstudien umfassen drei Interviews, wobei zwei DMP-Teilnehmer (Typ-1-Diabetiker) und ein Nicht-Teilnehmer (Typ-2-Diabetiker) zu ihrem gesundheitsrelevanten Verhalten befragt wurden.

³ Nähere Erläuterungen zu der Unterscheidung der verschiedenen Diabetes-Typen sind in Kapitel II.1 enthalten.

II. Diabetes mellitus

Diabetes mellitus ist eine typisch chronische Erkrankung. Sie ist nicht heilbar, jedoch ist der Krankheitsverlauf durch das gesundheitsbezogene Verhalten des Erkrankten beeinflussbar. Stellt der Erkrankte seine Lebensgewohnheiten auf die Behandlung des Diabetes um, kann er seine sozialen Rollen erfüllen und sich eine relativ gute Lebensqualität bewahren (Vgl. Vogel 2002: 2). Im Folgenden soll die Erkrankung, die Häufigkeit des Auftretens sowie die Therapie von Diabetes mellitus erläutert werden.

II.1 Definition

Diabetes mellitus – auch Zuckerkrankheit genannt – ist eine Glukosestoffwechselstörung, welche zu einem erhöhten Zuckergehalt des Blutes (Hyperglykämie) führt (Vgl. Pschyrembel 2002). Die Ursache dafür ist der absolute oder relative Mangel an Insulin im Blut, einem Hormon aus der Bauchspeicheldrüse. Insulin benötigt der menschliche Körper für die Zuckereinlagerung in den peripheren Geweben, wodurch der Blutzuckerspiegel gesenkt wird. Durch eine zu starke Insulinzufuhr bei der Behandlung von Diabetes kann auch eine Unterzuckerung (Hypoglykämie) eintreten, die zu einer Unterversorgung des Zentralen Nervensystems mit Glukose führt. Sowohl Über- als auch Unterzuckerung können tödlich ausgehen. Die moderate Erhöhung des Blutzuckerspiegels über einen längeren Zeitraum führt in der Regel zu Komplikationen und Folgeerkrankungen wie Schädigungen an der Netzhaut (Retinopathie), die zur Erblindung führen können, und an den Nervenfasern (Neuropathie). Außerdem können Nierenerkrankungen, Gefäßerkrankungen mit Durchblutungsstörungen (die schlimmstenfalls Amputationen erforderlich machen) und Erkrankungen im koronaren Bereich mit einem erhöhten Herzinfarkttrisiko auftreten. Das Immunsystem wird durch zu hohe Blutzuckerwerte ebenfalls geschwächt (Vgl. Vogel 2002: 21f.).

Zu unterscheiden sind Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2. Bei ersterem Typus handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung, die nach einer

symptomfreien Zeit im Alter von 11-13 Jahren erstmals auftritt. Die Bauchspeicheldrüse kann in diesem Fall Insulin nicht produzieren, da die Zellen, die für dessen Produktion zuständig sind, zerstört sind (Vgl. Scherenberg 2003: Anlage A im Anhang). Die Betroffenen sind darauf angewiesen, ihr Leben lang Insulin zu spritzen. Diese Erkrankung ist nicht auf die Lebensweise der Betroffenen zurückzuführen, sondern resultiert aus erblicher Veranlagung (Vgl. Scheder 2006: 14).

Bei Diabetes mellitus Typ 2 handelt es sich um eine Erkrankung, bei der ein relativer Mangel⁴ an Insulin vorliegt, der auf eine Insulinresistenz oder einem erhöhten Bedarf aufgrund von Übergewicht zurückzuführen ist. Die Bauchspeicheldrüse produziert zwar noch Insulin, aber nicht in ausreichendem Maße. Im Verlauf der Erkrankung kann es zu einem gänzlichen Versagen der Insulinproduktion kommen (Vgl. Vogel 2002: 23). Diabetes mellitus Typ 2 ist vor allem bei Menschen ab dem 40. Lebensjahr verbreitet (Vgl. Scherenberg 2003: Anlage A im Anhang). Sowohl eine genetische Prädisposition als auch eine ungesunde Lebensweise führen zu dieser Erkrankung (Vgl. Scheder 2006: 14). Wenn Typ-2-Diabetiker parallel Fettstoffwechselstörungen, Bluthochdruck, Übergewicht und eine Glukosetoleranzstörung aufweisen, wird dieses Krankheitsbild metabolisches Syndrom genannt (Vgl. Vogel 2002: 24).

II.2 Prävalenz⁵

Die gesicherten Zahlen und die vermutete Dunkelziffer lassen darauf schließen, dass in Deutschland rund acht Millionen Diabetiker leben, was ca. zehn Prozent der Bevölkerung entspricht. Dabei leiden an Diabetes mellitus Typ 1 ca. fünf bis zehn Prozent der Diabetiker, die restlichen neunzig Prozent sind von Typ 2 betroffen. Experten gehen davon aus, dass auf jeden festgestellten Diabetiker zwischen dem 55. und 74. Le-

⁴ Die Bauchspeicheldrüse des Typ-2-Diabetikers produziert hohe Insulinmengen als Ausgleich dafür, dass dieses an den Zellmembranen nicht richtig wirkt. Nach mehreren Jahren kann die hohe Insulinproduktion nicht mehr von der Bauchspeicheldrüse aufrechterhalten werden, weshalb die Blutzuckerwerte entgleisen. Man spricht deshalb von einem „relativen Insulinmangel“.

URL: http://www.diabetes-deutschland.de/archiv/archiv_4679.htm [Abruf: 25.02.2009]

⁵ Prävalenz ist die Anzahl der erkrankten Personen innerhalb einer definierten Population (Vgl. Pschyrembel 2002).

bensjahr ein unerkannter Diabetiker kommt. In der Bundesrepublik, ebenso wie in anderen europäischen Ländern, wurde in den letzten vier Jahrzehnten eine stetige Zunahme der betroffenen Personen registriert. Aus einer Studie der AOK Hessen ergab sich eine Anzahl von rund 6,4 Millionen Menschen (7,6% der deutschen Bevölkerung), die im Jahr 2004 wegen Diabetes mellitus behandelt wurden, was einem Anstieg gegenüber dem Wert von 1988 um fast 54% entspricht. Vor allem die Anzahl der Typ-2-Diabetiker hat in den letzten Jahren rasant zugenommen, wobei mehr Männer als Frauen davon betroffen sind. Ferner ergab sich aus Beobachtungsstudien in Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen, dass die Anzahl von Typ-1-Diabetikern, wenn auch nicht in solch hohem Maße wie bei Diabetes Typ 2, ebenfalls gestiegen ist. Es ist davon auszugehen, dass jeder dritte Deutsche im Laufe seines Lebens an Diabetes erkrankt (Vgl. Hauner 2007: 7-10).

II.3 Therapie

Die Therapie von Diabetes mellitus beruht im Wesentlichen auf der ständigen Kontrolle der Blutzuckerwerte und der regelmäßigen Überprüfung, ob Folgeschäden eingetreten sind. Vor allem die Selbstkontrolle der Blutzuckerwerte durch den Diabetiker ist hierfür unerlässlich, da nur dadurch Stoffwechsellentgleisungen frühzeitig erkannt und behandelt werden können. Symptome wie ständiges Durstgefühl, Müdigkeit und Leistungsschwächen sind typische Anzeichen für eine unnatürliche Abweichung der Blutzuckerwerte. Um diese zu vermeiden, ist das Messen des Blutzuckerspiegels⁶, das Injizieren von Insulin oder die Einnahme von Antidiabetika⁷ (bei Typ 2) und ggf. eine entsprechende Nahrungsaufnahme nötig. Typ-1-Diabetiker können aufgrund einer „intensivierten Insulintherapie“ eine flexible Abstimmung der Insulinmenge je nach Kohlenhydratzufuhr, aktuel-

⁶ Um den Blutzuckerwert selbst kontrollieren zu können, müssen Diabetiker einen Tropfen Blut aus der Fingerbeere oder dem Ohrläppchen auf einen Teststreifen auftragen. Anschließend wird das Blut auf dem Teststreifen in einem Messgerät analysiert. Dieses zeigt dem Diabetiker den aktuellen Blutzuckerwert an.

⁷ Antidiabetika wird zur Senkung der Insulinresistenz eingesetzt. Sie erhöhen die Blutzuckeraufnahme des peripheren Muskel- und Fettgewebes.

lem Blutzuckerwert und körperlicher Belastung vornehmen (Vgl. Scherenberg 2003: Anhang V.3-6). Hauptsächliches Ziel der Therapie ist es, den langfristigen durchschnittlichen Blutzuckerspiegel innerhalb eines physiologisch sinnvollen Zielbereichs zu halten. Durch Sport und eine gesunde Ernährungsweise soll Normalgewicht gehalten bzw. erreicht werden, da Übergewicht mit einer hohen Insulinresistenz assoziiert wird (Vgl. Vogel 2002: 25f.). Alle drei Monate sollten beim Arzt Körpergewicht, Blutdruck, Langzeitblutzuckerwert (HbA1c-Wert) sowie der aktuelle Blutzuckerwert des Diabetikers bestimmt werden. Dabei sollte auch eine Prüfung des Urins auf bestimmte Eiweiße vorgenommen werden, damit der Arzt eventuell vorliegende Nierenschäden aufdecken kann. Einmal im Jahr sind eine Bestimmung des Gesamtcholesterins, eine Untersuchung der Beinarterien und Augen, ein EKG und eine eingehende neurologische Untersuchung notwendig (Vgl. Scherenberg 2003: Anhang V.4).

Dadurch können teure Folgeerkrankungen – die Kosten pro Patient können leicht das Vierfache des Durchschnitts gesetzlich Krankenkörper betragen – vermieden werden (Vgl. Finck/Holl 2007: 128).

III. Compliance

Vor allem bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus mit langfristigen und komplexen Behandlungsplänen ist eine aktive Rolle des Patienten bei Therapieentscheidungen und deren Durchführung essenziell (Vgl. Petermann/Mühlig 1998: 73). Therapiemitarbeit ist somit eine wesentliche Voraussetzung für das Erreichen von Behandlungserfolgen und der damit verbundenen Prävention von Spätschäden bei chronisch kranken Menschen.

III.1 Begriffsdefinition

Patienten-Compliance, der Untersuchungsgegenstand dieser Arbeit, ist ein Begriff aus der medizinischen Psychologie bzw. Gesundheitspsychologie und wird als die Relation zwischen dem Verhalten eines Patienten und einem bestimmten Therapiestandard definiert (Vgl. Hasford et al. 1998: 21). Vereinfacht kann Compliance als die Bereitschaft und Motivation eines Patienten bezeichnet werden, einen Behandlungsplan einzuhalten und aktiv an der Therapie mitzuwirken. Der Begriff Compliance ist in der Fachwelt auch unter den Namen Adherence oder Concordance bekannt (Vgl. Volmer/Kielhorn 1998: 45). Patienten-Compliance drückt sich in unterschiedlichen Verhaltensweisen des Patienten aus. Wesentliche Aspekte sind der Beginn einer Therapie, das regelmäßige Wahrnehmen von Behandlungs- und Nachsorgeterminen, die richtige Medikamenteneinnahme, eine bewusste Änderung des Lebenswandels, die Übernahme und Realisierung von behandlungsbezogenen Aufgaben und der Abbau von Gesundheitsrisiken (Vgl. Meichenbaum/Turk 1994: 15).

Das Compliance-Verhalten konkreter Patienten ist dabei keineswegs unveränderlich, sondern schwankt im Verlaufe der Therapie unter Umständen erheblich zwischen voller Compliance und dem Gegenpol Non-Compliance⁸ (Vgl. Petermann/Mühlig 1998: 74). Zu hoher Compliance im Therapie-Verhalten motivieren insbesondere eine einfache Behandlung,

⁸ Siehe Kapitel III.3.

eine möglichst persönliche Arzt-Patienten-Beziehung sowie deutlich zutage tretende Behandlungserfolge (Vgl. Petermann 2007: 39).

III.2 Entwicklungsphasen

Patienten-Compliance beginnt nicht erst mit der ärztlichen Verordnung bestimmter Therapien oder Verhaltensweisen bzw. -änderungen, sondern setzt schon wesentlich früher ein. Alle Vorüberlegungen des Betroffenen tragen erheblich zu seiner späteren Compliance bei. Beispielsweise geht der Patient mit einer gewissen Erwartungshaltung in das Gespräch mit dem Arzt. Weichen dann seine Vorstellungen über die Diagnose und den späteren Behandlungsplan wesentlich von denen des Arztes ab, kann dies beim Patienten zu einer niedrigen Compliance führen (Vgl. Petermann/Mühlig 1998: 76f.). Deshalb ist es nötig, die subjektiven Überlegungen im Verarbeitungsprozess des Patienten bei der ersten Krankheitswahrnehmung zu analysieren.

Die meisten Krankheitsverläufe beginnen gewissermaßen gleich. Anfangs stellt der Betroffene Symptome fest, die er auf eine Erkrankung zurückführt. Diese erste Phase heißt in der Psychologie Interozeption. In der zweiten Phase stellt der Betroffene anhand der auftretenden Krankheitsmerkmale und mit Hilfe seines vorhandenen Wissens eine Selbstdiagnose. Für die spätere Behandlung ist es von großer Bedeutung, ob er in dieser Phase die Krankheit akzeptiert, bestreitet, verharmlost oder überbewertet. Die dritte Phase beinhaltet eine Ursachenattribution⁹ (Vgl. Petermann/Mühlig 1998: 75). Der Betroffene kann die Ursachen für seine Erkrankung in seiner eigenen Person (internale Attribution) oder in seiner Umwelt (externale Attribution) sehen (Vgl. Ludt/Szecsényi 2005: 135). Die internale Ursachenattribution kann unterschiedlichste Gründe und Bedingungen für das Auftreten der Erkrankung heranziehen, etwa das Zurückführen auf eine genetische Disposition, auf negative Umwelteinflüsse, aber auch das Wirken höherer Mächte („Strafe Gottes“).

⁹ Siehe Kapitel III.4.2.

In der vierten Phase beschäftigt sich der Betroffene mit den zu erwartenden Konsequenzen bezüglich der zukünftigen Lebensqualität. Er setzt sich damit auseinander, inwieweit sich aus der Erkrankung physische, emotionale und ökonomische Probleme ergeben, wie ihre Ausmaße zu bewerten sind und welche Auswirkungen die Erkrankung generell kurz-, mittel- und langfristig mit sich bringt. Die Dauer, die Zyklen und die damit verbundenen Symptomveränderungen der Krankheit wägt der Betroffene in der fünften Phase ab. Letztendlich, in der sechsten und letzten Phase, macht er sich darüber ein Bild, wie man allgemein und vor allem wie er selbst den Krankheitsverlauf beeinflussen kann und welche Behandlungsoptionen zur Verfügung stehen.

Nach diesen „vorläufigen“ sechs Phasen setzt der aktive Teil der Patienten-Compliance ein: Der Bewertungsprozess. Der Betroffene entscheidet sich nach Abwägen der Risiken und der eigenen zur Verfügung stehenden Mittel entweder für einen Selbstbehandlungsversuch oder sucht sofort einen Mediziner auf. Wenn ein etwaig unternommener Selbstbehandlungsversuch fehlschlägt, ist der Betroffene zu einer erneuten Entscheidung, ob er einen weiteren Selbstbehandlungsversuch unternimmt oder ob er nun einen Arzt aufsuchen sollte, gezwungen. Bei einer Entscheidung zugunsten der Konsultation eines Arztes muss er des Weiteren beschließen, ob er einen „herkömmlichen“ Mediziner oder einen „alternativen“ Heilpraktiker aufsuchen möchte (Vgl. Petermann/Mühlig 1998: 75-77).

„Die Auseinandersetzung mit der Diagnose und den Therapievorschlägen des Arztes findet somit vor dem Hintergrund eines bereits fortgeschrittenen Verarbeitungsprozesses statt, der die Vorstellungen und Ansichten des Patienten über seine Krankheit bereits teilweise determiniert.“ (Petermann/Mühlig 1998: 77). Folgende Abbildung veranschaulicht die oben beschriebenen Entwicklungsphasen:

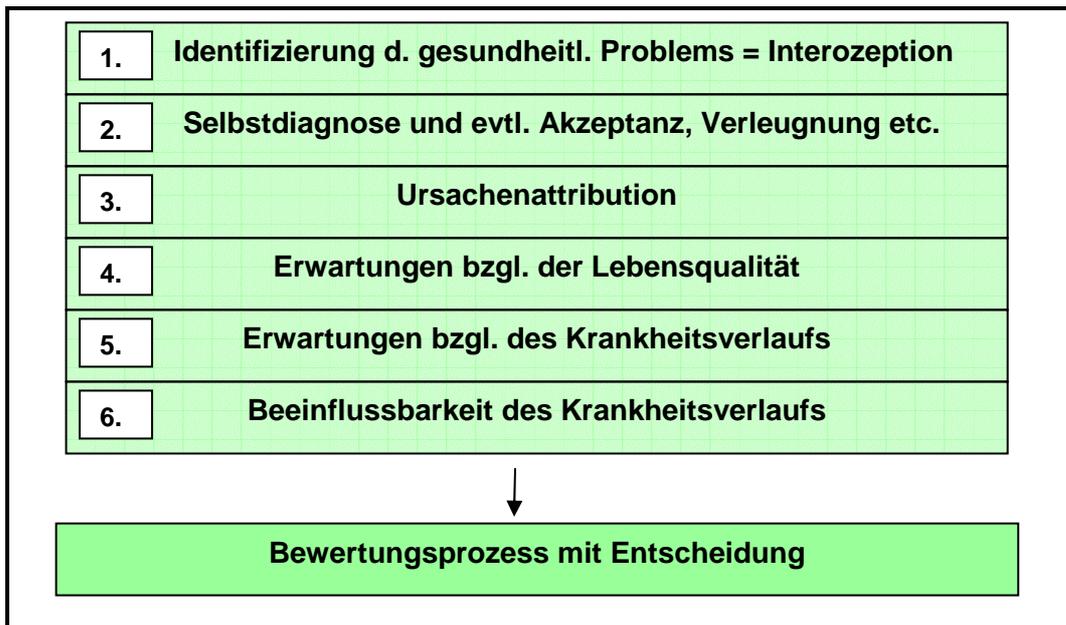


Abbildung 1: Entwicklungsphasen (eigene Darstellung)

III.3 Non-Compliance

Von den erheblichen Einbußen an Lebensqualität der Betroffenen und ihrer erhöhten Mortalität einmal abgesehen (Kulzer 2007: 57), stellt non-compliantes Verhalten auch volkswirtschaftlich und insbesondere für die gesetzliche Krankenversicherung einen erheblichen Kostenfaktor dar, der sich nicht vollständig monetär beziffern lässt. Eine Analyse von Volmer und Kielhorn (Vgl. 1998: 67) ergab, dass im Jahr 1996 direkte Kosten¹⁰ von ca. 10,5 Milliarden DM und indirekte Kosten¹¹ in Höhe von ca. 5,3 bis 10,5 Milliarden DM aufgrund von Non-Compliance in Deutschland entstanden sind. Bei Diabetikern lässt sich eine sehr hohe Non-Compliance-Rate von fast fünfzig Prozent ausmachen (Vgl. Scherenberg 2003: 93). Hier besteht dringender Bedarf, diesem Verhalten mit konkreten Maßnahmen vorzubeugen und ein compliantes Verhalten bei den Betroffenen

¹⁰ Direkte Kosten für Non-Compliance fallen z.B. bei Krankenhauseinweisungen, zusätzlichen Arzt- und Apothekenbesuchen, Notfalleinweisungen und vergeudeten Medikamenten an (Vgl. Volmer/Kielhorn 1998: 49).

¹¹ Indirekte Kosten für Non-Compliance sind z.B. auf den Verlust an Produktivität und Arbeitseinkommen zurückzuführen. Dadurch entstehen dem deutschen Sozialsystem – z.B. durch eine Frühberentung – Kosten (Vgl. Volmer/Kielhorn 1998: 49).

zu fördern, um sowohl die individuellen als auch finanziellen Schäden aufgrund von Non-Compliance zu mildern.

III.3.1 Kategorien

Non-Compliance macht sich durch sehr unterschiedliche Verhaltensweisen bemerkbar. Zu differenzieren sind drei Kategorien:

- 1) Generelle Therapieverweigerung
- 2) Verweigerung von bestimmten Therapiezielen
- 3) die eigenmächtige oder unbeabsichtigte Modifikation von ärztlichen Verordnungen (Vgl. Petermann 2007: 39).

Zu 1) Bei der generellen Therapieverweigerung handelt es sich um eine bewusste Distanzierung des Patienten gegenüber der Behandlung.

Sie kann eine totale Behandlungsverweigerung, z.B. aus religiösen oder weltanschaulichen Gründen, beinhalten. Außerdem kann aus Misstrauen gegenüber medizinischen Eingriffen oder den Ärzten eine ausschließliche Bereitschaft zur Selbstbehandlung resultieren. Eine weitere Form der generellen Therapieverweigerung ist die Bereitschaft des Patienten, sich nur auf alternative Heilmethoden einzulassen. Unwissenheit, Risikoaversion oder ideologische Gründe sind hierfür erfahrungsgemäß die ausschlaggebenden Motive.

Zu 2) Die Verweigerung bestimmter Therapieziele äußert sich entweder in der offenen Ablehnung bestimmter Therapieziele aus diversen Gründen – etwa Befürchtungen wegen Nebenwirkungen, Suchtgefahr oder Langzeitfolgen – oder in der heimlichen Nichtbefolgung von ärztlichen Verordnungen. Die Ursachen hierfür können eine grundlegende Skepsis bezüglich der Wirksamkeit der Therapie, Bequemlichkeit oder auch eine Überforderung mit der Situation sein.

Zu 3) Eigenmächtige oder unbeabsichtigte Modifikationen einer Verordnung drücken sich bei der Medikamenteneinnahme in willkürlichen oder beabsichtigten Dosierungsveränderungen, falschen Einnahmefrequenzen und Einnahmekontingenz aus. Gründe dafür sind ebenfalls Ängste vor Nebenwirkungen, Skepsis gegenüber der Wirksamkeit, mangelndes Verständnis oder die Verwechslung von Dauer- und Symptombehandlung. Besonders gefährlich können die Einnahme von frei käuflichen Medikamenten als Ersatz für die richtige Verordnung, die unsachgemäße Kombination verschiedener Medikamente oder missbräuchliche Überdosierung sein. Vor allem Patienten mit Hypochondrie, einem großem Geltungsbedürfnis oder einer Sucht sind in Gefahr, solche eigenmächtigen Modifikationen vorzunehmen.

Im Behandlungsverlauf können diese verschiedenen non-complianten Verhaltensweisen zusammen, abwechselnd oder auch einzeln auftreten (Vgl. Petermann/Mühlig 1998: 78f.).

III.3.2 Ursachen

Neben den oben aufgeführten Gründen für Non-Compliance gibt es weitere Faktoren, die wesentlich die Compliance beeinflussen.

Verschiedene Aspekte wie Krankheits- und Behandlungsverlauf, Eigenschaften und Vorstellungen des Patienten und des Arztes, das soziale Umfeld des Patienten und dessen Verpflichtung zur Medikamenteneinnahme führen zu einem mehr oder weniger stark ausgeprägten kooperativen Verhalten bezüglich des Therapieverlaufes (Vgl. Petermann 2007: 41f.).

III.3.2.a Krankheitsmerkmale

Eine schlechte Prognose erhöht die Non-Compliance des Patienten. Der Betroffene sieht keinen Sinn in einer aufwendigen Therapie, wenn mit ihr keine wesentliche Genesung und damit verbunden keine Verbesserung der Lebensqualität einhergehen. Ist die Chronizität der Erkrankung sehr

hoch, fällt es dem Patienten schwer, ein geregeltes Leben zu führen. Er hat in diesem Fall einen großen Mehraufwand an Zeit und Geld, den er für die Behandlung seiner Erkrankung aufbringen muss. Gestaltet sich der Verlauf der Erkrankung sehr unregelmäßig, z.B. bei nur zeitweise auftretenden Schüben von akuten Symptomen oder Zeiten, in denen gar keine Beschwerden vorhanden sind, dann kann sich dies ebenfalls schlecht auf die Therapiekooperation auswirken. Auch mangelnde bzw. ausbleibende Therapieerfolge, seien diese objektiv feststellbar oder lediglich subjektiv vom Patienten empfunden, führen zu einem non-complianten Verhalten (Vgl. Petermann 2007: 41).

III.3.2.b Behandlungsmerkmale

Sind Behandlungsangebote schwer zugänglich oder teuer, mindert dies ein therapieorientiertes Verhalten. Ebenfalls hinderlich für den Patienten sind Behandlungen, die nicht konkret für sein Krankheitsbild konzipiert wurden. Dem Patienten werden in diesem Fall Maßnahmen zugemutet, die er evtl. körperlich oder auch emotional gar nicht verkraftet oder deren Umsetzung ihm große Mühe bereitet. Prinzipiell ist zu sagen, dass erhebliche Anforderungen, etwa ein hoher Behandlungsaufwand oder Belastungs- und Risikograd, dem complianten Verhalten abträglich sind. Der Patient fühlt sich entmutigt, da seltener oder gar keine Erfolge erzielt werden. Ist der Therapieplan sehr komplex oder unübersichtlich, kann das zu einer Überforderung im Hinblick auf die zeitliche Koordination führen.

Lebensstilveränderungen, wie die Umstellung der Ernährungsgewohnheiten, Rauchentwöhnungen oder sportliche Betätigung, ist für Patienten oftmals sehr schwierig, da Verhaltensänderungen viel Zeit und Kraft kosten.¹² Daher geben viele Patienten schon auf, bevor sich wesentliche Therapieerfolge einstellen (Vgl. Petermann 2007: 41).

¹² Siehe Kapitel III.4.

III.3.2.c Patienten- und Arztmerkmale

Individuelle Gründe wie Gleichgültigkeit und mangelnde Einsicht, dass eine Behandlung richtig und dauerhaft nötig ist, führt dazu, dass viele Patienten sich nicht an Therapiepläne halten. Oftmals werden äußere, nicht beeinflussbare Faktoren für die Erkrankung verantwortlich gemacht. Dem Betroffenen mangelt es dann meist an Einsicht in die Notwendigkeit einer Verhaltensänderung. Auch schlechte Erfahrungen von früheren Behandlungen, Ängstlichkeit und Verständnisprobleme verringern die Neigung zu therapiegerechtem Verhalten. Hat der Betroffene geringe Erwartungen an einen möglichen Erfolg der Therapie oder unterschätzt er den Schweregrad der Erkrankung, kann dies ebenfalls zu non-compliantem Verhalten führen. Ein häufiger Grund für solches Verhalten liegt auch in der Bequemlichkeit von Patienten ihren eingeschliffenen Lebensstil zu ändern. Einige Menschen haben auch nicht die Fähigkeit, Symptome als Erscheinung einer Erkrankung zu deuten. In diesem Fall wird die Erkrankung lange Zeit nicht wahrgenommen bzw. ignoriert, was letztendlich zu einer bedeutsamen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen kann.

Wesentliche Gründe für Non-Compliance liegen möglicherweise jedoch ebenso beim Arzt, wenn dieser den Patienten beispielsweise unzureichend aufklärt, falsche Therapiemaßnahmen verordnet oder generell eine schlechte Kommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt besteht. Wechselt der Patient häufig seinen Arzt, ist dies keine Grundlage für eine erfolgreiche Therapie. Zwar ist es unbestritten, dass der Wechsel zu einem Arzt sinnvoll ist, wenn das Vertrauen zum bisherigen Arzt verloren gegangen ist. Jedoch sind häufige Wechsel wegen anfallender „sozialer Kosten“ (neuerlicher Aufbau von Vertrauen etc.) ineffizient. Grundlage jeden Therapieerfolges ist ein gutes Verhältnis zwischen Arzt und Patient (Vgl. Petermann 2007: 42).

III.3.2.d Soziales Umfeld und Medikamenteneinnahme

Lange Wartezeiten, große Abstände zwischen zwei Behandlungseinheiten und Zeitdruck sind heutzutage gängige Probleme in Arztpraxen. Dies führt zu Unzufriedenheit bei den Betroffenen, welche sich letztendlich ganz vor der Therapie verschließen. Finanzielle Probleme und mangelnde Unterstützung sind weitere Gründe für non-compliantes Verhalten. Dabei ist es besonders wichtig, dass Angehörige über bestimmte Grundkenntnisse bzgl. der Erkrankung verfügen und daher dem Betroffenen im Alltag und auch bei Notfällen zur Seite stehen können.

Medikamente werden als lästig empfunden, wenn sie einen unangenehmen Geschmack, Nebenwirkungen oder eine verzögerte Wirkung haben. Unhandliche, schwer einnehmbare Medikamente (wie z.B. das Spritzen von Insulin bei Diabetikern) können therapiegerechtem Verhalten hinderlich sein. Vor allem, wenn Medikamente in der Öffentlichkeit eingenommen werden müssen, genieren sich viele Betroffene und verwerfen deshalb dieses überaus wichtige Element jeder Behandlung (Vgl. Petermann 2007: 42).

III.4 Verhaltensänderung

Zu einem complianten Verhalten gehört das Sich-Einstellen des Betroffenen auf eine neue Lebenssituation. Der Alltag muss der Krankheit adäquat (um-) gestaltet werden. Hierfür ist fast immer eine Verhaltensänderung notwendig.

Im Praxisalltag wird der Patient vom Arzt auf ein Problem hingewiesen, welches es durch gezielte Änderungen der Lebensgewohnheiten zu beheben gilt. Verhaltensänderungen finden selten sofort statt, sondern werden im Rahmen eines mehrstufigen Prozesses vollzogen (Vgl. Ludt/Szecsényi 2005: 123).

III.4.1 Motivation

Bevor hier auf die konkrete Verhaltensänderung eingegangen wird, muss zunächst der Begriff Motivation erläutert werden. Motivation ist als Anregung von bestimmten Motiven (Bedürfnissen), die ein Mensch schon vorher hatte, in einer konkreten Situation zu definieren (Vgl. Vollmer 2006: 19). Idealerweise sollte eine intrinsische Motivation als Grundlage einer Verhaltensänderung vorhanden sein. Damit ist der eigene Wunsch einer Person, ihr Verhalten zu ändern, gemeint. Das wesentliche Problem einer Verhaltensänderung ist die Bewertung der Bedeutung von verschiedenen Motiven. Beispielsweise wägt ein Mensch seine Ernährung nach unterschiedlichen Motiven wie Geschmack, Hungergefühl, Preis, traditionelle Einflüsse, Fitness- und Schönheitsaspekte, Verfügbarkeit, Neugier sowie Gesundheitsüberlegungen ab. Aufgrund der individuellen Wertung dieser Motive wird eine Entscheidung für bzw. gegen bestimmte Lebensmittel getroffen. Wichtig für ein compliant Verhalten ist, dass eine Neubewertung dieser Motive stattfindet. Vor allem die Gesundheit begünstigende Motive sollten einen höheren Stellenwert als andere erhalten (Vgl. Keller 2007: 16).

III.4.2 Attribution und Kognitive Dissonanz

Attribution kommt aus dem Lateinischen und bedeutet in der Psychologie „Ursachenzuschreibung“. Menschliches Verhalten lässt sich immer auf Motivation zurückführen. Für die Motivation ist es wiederum entscheidend, ob man die Ursache für einen Zustand bei sich selbst sucht oder ob man diese auf externe Faktoren zurückführt. Schreibt eine Person Erfolge und Misserfolge eigenen Bemühungen zu, handelt es sich um internale Attribution. In diesem Fall ist von einer hohen Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung auszugehen. Werden Erfolge bzw. Misserfolge jedoch widrigen Umständen, die außerhalb der eigenen Person liegen, zugeschrieben, handelt es sich um externale Attribution (Vgl. Ludt/Szecsényi 2005: 135). Hierbei wird es für den Betroffenen schwierig, sich selbst zu motivieren

und sein Verhalten zu ändern, da er der Meinung ist, gar keinen Einfluss auf den Erfolg bzw. Misserfolg zu haben.

Ein weiterer Begriff, der in diesem Zusammenhang erläutert werden muss, ist die Kognitive Dissonanz. Stimmen Bewusstseinsinhalte, wie beispielsweise Wahrnehmung und Einstellungen, nicht mit anderen Bewusstseinsinhalten, wie z.B. der vorgeschlagenen Therapie des Arztes, überein, dann spricht man von Dissonanz (Vgl. Scherenberg 2003: 14). Kognitive Dissonanz entsteht durch einstellungsdiskrepantes Verhalten (Vgl. Vollmer 2006: 33). Das kann z.B. der Fall sein, wenn ein Patient laut Therapieplan eine strenge Diät einzuhalten hat, sich jedoch, obwohl er diese einhalten möchte, falsch ernährt. Irgendwann kann er die eine Kognition nicht mehr mit der anderen vereinbaren, woraufhin die Kognitive Dissonanz so groß wird, dass er sich selbst dazu gezwungen sieht, sein Verhalten zu ändern.

III.4.3 Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung

Das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung¹³ beschreibt den stufenweisen Prozess, den jeder Mensch bei einer Verhaltensänderung durchläuft. Das aktive Durchlaufen folgender aufeinander aufbauender Stufen ist wesentlich für eine Verhaltensänderung:

1. *Absichtslosigkeit* („*precontemplation*“): Es existiert noch kein Bestreben nach einer Verhaltensänderung für die nächste Zeit, da die Einsicht eines Problemverhaltens fehlt.
2. *Absichtsbildung* („*contemplation*“): Es findet langsam ein Prozess des Umdenkens statt. Der Betroffene erkennt sein Problemverhalten, jedoch ist er noch nicht bereit, etwas zu verändern. Er wägt jedoch eine Änderung in nächster Zeit ab.

¹³ „Ausgangspunkt für die Entwicklung des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung (TTM) waren vergleichende Analysen und Integrationen der Wirkmechanismen unterschiedlicher (psycho-) therapeutischer Ansätze.“ (Keller 2007: 17).

3. *Vorbereitung („preparation“)*: Es wird versucht, das Zielverhalten innerhalb der nächsten 30 Tage zu beginnen. Erste Veränderungen werden vorgenommen.
4. *Handlung („action“)*: Das angestrebte Verhalten wird seit weniger als sechs Monaten eingehalten. Es finden aktive Versuche, bestimmte Verhaltensmuster abzubauen und die dafür notwendigen Veränderungen im eigenen Erleben und in den Umweltbedingungen herbeizuführen, statt.
5. *Aufrechterhaltung („maintenance“)*: Das Zielverhalten wird schon seit mehr als sechs Monaten eingehalten. Das gewünschte Verhalten stabilisiert sich (Vgl. Keller 2007: 18).

Diese fünf Stufen können unterschiedliche zeitliche Dimensionen mit sich bringen. Je nach Individuum fällt eine Phase kürzer oder länger aus. Dieser Prozess ist nicht als linear zu betrachten, sondern vielmehr als spiralförmig, da es selten vorkommt, dass Personen alle Stufen direkt durchlaufen. In der Regel kommt es zu Rückfällen, doch lernt der Betroffene fast immer daraus und kann sein Verhalten nochmals an die neue Situation anpassen. Durch Ausprobieren lernt der Betroffene, in bestimmten Situationen seinem angestrebten Verhalten gerecht zu werden (Vgl. Keller 2007: 17-18). Werden Erfolge erzielt, kann dies ggf. zu einer positiven Rückkopplung – die Motivation, weitere Ziele zu erreichen – führen.

IV. Disease-Management-Programme

Die demografische Entwicklung in Deutschland stellt das Solidarprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung vor ein akutes Problem: Der Anteil der über 65-Jährigen wird bis 2050 wahrscheinlich auf über 30% der Gesamtbevölkerung ansteigen, während etwa nur noch die Hälfte der Bevölkerung im Erwerbsleben stehen wird (Vgl. Statistisches Bundesamt 2006). Deshalb muss mit höheren Ausgaben und weniger Einnahmen für die GKV gerechnet werden. Um eine Rationierung von Gesundheitsleistungen ausschließen zu können, müssen die Menschen „gesünder alt werden“ (Vgl. Müller de Cornejo 2005: 20).

Befürworter der so genannten Kompressionsthese¹⁴ sind der Meinung, dass dies durch gezielte Prävention möglich ist. Der durchschnittliche Gesundheitszustand der Bevölkerung kann hierdurch verbessert werden (Vgl. Stock et al. 2005: 47). Chronisch Erkrankte¹⁵ machen einen großen Teil der deutschen Bevölkerung (rund 20%) (Vgl. Scheder 2006: 7) und somit der Solidargemeinschaft der GKV aus. Selbst bei der Möglichkeit einer privaten Krankenversicherung werden chronisch kranke Menschen oftmals aufgrund der hohen Ausgaben, die für ihre Behandlung anfallen, von privaten Versicherungsunternehmen ausgeschlossen. Die Solidargemeinschaft der GKV hat somit als „Auffangbecken“ die Kosten für deren Versicherung zu tragen. Chronisch kranke Menschen sind deshalb überproportional in der GKV versichert. Nur durch eine effiziente und effektive Versorgung dieser Risikogruppen können diese „gesünder alt werden“ und

¹⁴ Die Kompressionstheorie geht davon aus, dass die Menschen dank des medizinischen Fortschritts länger gesünder leben.

¹⁵ Definition nach dem Bundesministerium für Gesundheit: „Als schwerwiegend chronisch krank gilt, wer mindestens einen Arztbesuch pro Quartal wegen derselben Krankheit wenigstens ein Jahr lang nachweisen kann und zusätzlich eines der folgenden Kriterien erfüllt: Entweder Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe 2 oder 3 oder aber ein Grad der Behinderung beziehungsweise eine Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 60 Prozent. Außerdem ist chronisch krank, wer eine kontinuierliche medizinische Versorgung benötigt, ohne die nach ärztlicher Einschätzung eine lebensbedrohliche Verschlimmerung der Erkrankung, eine Verminderung der Lebenserwartung oder eine dauerhafte Beeinträchtigung der Lebensqualität durch die von der Krankheit verursachte Gesundheitsstörung zu erwarten ist.“

URL:

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1210508/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/C/Glossarbe-griff-Chroniker.html [Abruf: 24.02.2009]. Alle Internetquellen sind im Internetquellenverzeichnis aufgeführt und können der CD „Elektronische Quellen“ entnommen werden.

dadurch Ausgaben in der GKV eingespart und Einnahmen gesichert werden. Es kommt jedoch erschwerend hinzu, dass die WHO für Deutschland eine Zunahme der von Diabetes mellitus Betroffenen erwartet (Vgl. Scheider 2006: 11f.). Daran wird deutlich, wie groß der Handlungsbedarf für eine strukturierte Versorgung von Diabetikern im deutschen Gesundheitssystem ist.

Der Gesetzgeber griff diese Problematik auf und führte im Jahr 2002 Disease-Management-Programme für den Abbau von Über-, Unter- und Fehlversorgung chronisch kranker Menschen ein (Vgl. Müller de Cornejo 2005: 22).

IV.1 Hintergründe und Definition

Disease-Management-Programme haben ihren Ursprung in den USA, wo sie Anfang der 90er Jahre aufgrund stark steigender Kosten im amerikanischen Gesundheitswesen eingeführt wurden. Grundgedanke ist die Verbesserung der Versorgung von bestimmten Risikogruppen wie Diabetikern und die gleichzeitige Kostenersparnis, indem das hohe Maß an Einzelleistungen durch besser organisierte und koordinierte Behandlungsabläufe ersetzt wird (Vgl. Sell 2005: 2). Es existiert eine Vielzahl von Definitionen für den Begriff Disease Management (Vgl. Stock et al. 2005: 31). Lauterbach (Stock et al. 2005: 33) definiert Disease Management als:

„ein[en] systematische[n], sektorenübergreifende[n], und populationsbezogene[n] Ansatz zur Förderung einer kontinuierlichen, evidenzbasierten Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen über alle Krankheitsstadien und Aspekte der Versorgung hinweg. Der Prozess schließt die kontinuierliche Evaluation medizinischer, ökonomischer und psychosozialer Parameter sowie eine darauf beruhende kontinuierliche Verbesserung des Versorgungsprozesses auf allen Ebenen ein.“

In Deutschland kam in den vergangenen Jahrzehnten immer wieder die Diskussion auf, wie die Versorgung von chronisch kranken Menschen verbessert werden könnte. Die Vernachlässigung präventiver sowie rehabilitativer Komponenten, die unzureichende Berücksichtigung psychosozialer Faktoren, das mangelnde Angebot an Schulungen und Informationen als auch die zu gering ausfallenden Mitspracherechte der Patienten waren die wesentlichen Defizite in der Therapie von chronisch kranken Menschen, aufgrund derer sich der Gesetzgeber für die Einführung von Disease-Management-Programmen in Deutschland entschied (Vgl. Sell 2005: 9f.).

IV.2 Rechtliche Rahmenbedingungen

Disease-Management-Programme wurden mit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 01.01.2002 eingeführt. An dieser Stelle soll für das Verständnis der weiteren Ausführungen vorweggenommen werden, dass die Teilnahme an einem DMP für den Versicherten freiwillig ist und er nur unter bestimmten Voraussetzungen aus diesem ausgeschlossen werden kann (Vgl. Greiner/Kranich 2005: 156).¹⁶

Um einen finanziellen Anreiz für die Krankenkassen (als Träger der GKV) zu schaffen, DMP zu entwickeln und durchzuführen, wurde festgeschrieben, strukturierte Behandlungsprogramme im Risikostrukturausgleich¹⁷ zu berücksichtigen. Die Krankenkassen erhielten aus dem Risikostrukturausgleich für jeden Versicherten, der in eines ihrer DMP eingeschrieben war, einen Beitragsbedarf zugerechnet, der den durchschnittlichen Leistungs-

¹⁶ Die Teilnahme an einem DMP ist nach § 137f Abs. 3 Satz 1 SGB V freiwillig. Nach § 28 d Abs. 2 Nr. 2 RSAV ist der Versicherte aus dem Programm auszuschließen, wenn er die Einschreibungsvoraussetzungen nicht mehr erfüllt, innerhalb von 12 Monaten zwei vom Arzt veranlasste Patientenschulungen ohne Begründung nicht wahrgenommen hat o. zwei aufeinander folgende Dokumentationen nicht rechtzeitig an die zuständige Datenstelle übermittelt wurden.

¹⁷ Der Risikostrukturausgleich ist ein Finanzausgleich unter den gesetzlichen Krankenkassen, der aufgrund der unterschiedlichen Versichertenstruktur der einzelnen Kassen durchgeführt wird. Um gleiche Bedingungen für mehr Wettbewerb in der GKV zu schaffen, erhalten Krankenkassen mit Versicherten, die hohe Kosten verursachen, Ausgleichszahlung von Krankenkassen, die eine geringere „Solidarlast“ haben. Für den Finanzausgleich werden folgende Kriterien der Versichertenstruktur einer Krankenkasse berücksichtigt: Alter, Geschlecht, Erwerbsminderungsstatus, finanzielle Belastung für besonders aufwändige Leistungsfälle, Krankengeldanspruch sowie bis zum 31.12.2008 die Teilnahme an einem DMP (Vgl. Scheder 2006: 38).

ausgaben aller eingeschriebenen Versicherten der gleichen Altersgruppe und desselben Geschlechts entsprach. Außerdem erhielt die Krankenkasse einen bestimmten Sockelbeitrag für jeden DMP-Teilnehmer, um die dafür anfallenden Verwaltungskosten zu decken (Vgl. Häussler/Berger 2004: 51). Seit dem 01.01.2009 erfolgt durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung eine neue Umverteilung der Mittel im Risikostrukturausgleich (RSA). Jede Krankenkasse erhält für einen Versicherten eine Grundpauschale und evtl. Zusatzbeiträge in Abhängigkeit von Alter und Geschlecht des Versicherten aus dem RSA. Das Neue an diesem RSA ist, dass die Krankenkasse für jeden Versicherten, der an einer Krankheit eines vordefinierten Katalogs von 80 kostenintensiven Krankheiten¹⁸ leidet, ebenfalls einen Zuschlag (Morbiditätszuschlag) aus dem Gesundheitsfonds¹⁹ bekommt. Aufgrund der Berücksichtigung von Morbiditäten wird diese neue Form des RSA „morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich“ genannt.

Dabei werden Versicherte, die in ein DMP eingetragen sind, nur noch insoweit berücksichtigt, als ihre chronische Erkrankung unter eine der in dem Katalog aufgeführten Krankheiten fällt. Zur Förderung der DMP erhalten die Krankenkassen nur noch eine so genannte Programmkostenpauschale für bestimmte, notwendige Aufwendungen. Somit gibt es für die Krankenkassen keine direkte Förderung mehr, DMP zu entwickeln und durchzuführen. Jedoch können sie chronisch kranke Menschen durch das weitere Angebot von strukturierten Behandlungsprogrammen an sich binden bzw. neue anwerben. Dadurch können sie sich Zuschläge aus dem morbiditätsorientierten RSA sichern.²⁰

¹⁸ Diabetes mellitus fällt unter einer dieser Krankheiten diesen Katalog.

URL: <http://www.der-gesundheitsfonds.de/index.php?id=80> [Abruf: 24.02.2009].

¹⁹ Durch die Einführung des Gesundheitsfonds am 01.01.2009 findet eine Neugestaltung d. GKV-Finanzierung statt. Alle Beitragszahler zahlen den gleichen Beitragssatz. Die Einnahmen der Krankenkassen werden im Gesundheitsfonds gesammelt und anschließend neu verteilt. In Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Krankheit eines Versicherten erhält jede Krankenkasse Zu- bzw. Abschläge sowie grundsätzlich eine pauschale Zuweisung für diesen aus dem Gesundheitsfonds. URL: http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1210508/SharedDocs/Standardartikel/DE/AZ/G/Glossar-begriff-Gesundheitsfonds.html [Abruf: 24.02.2009].

²⁰ URL:

http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_100/nn_1046154/DE/DMP/dmp__node.html?__nnn=true&__nnn=true#doc1046158bodyText3 [Abruf: 24.02.2009].

Es steht den Krankenkassen jedoch nicht frei, für welche Erkrankungen sie DMP anbieten. Mit der Ausarbeitung, für welche Krankheiten strukturierte Behandlungsprogramme entwickelt und durchgeführt werden sollen, wurde der Koordinierungsausschuss bzw. sein Rechtsnachfolger, der Gemeinsame Bundesausschuss, betraut. Beide setzen sich aus Vertretern des Gesundheitswesens zusammen.²¹

Laut § 137 f Abs. 1 Satz 2 SGB V sind

„[b]ei der Auswahl der zu empfehlenden chronischen Krankheiten (...) insbesondere die folgenden Kriterien zu berücksichtigen:

- 1. Zahl der von der Krankheit betroffenen Versicherten,*
- 2. Möglichkeiten zur Verbesserung der Qualität der Versorgung,*
- 3. Verfügbarkeit von evidenzbasierten Leitlinien,*
- 4. sektorenübergreifender Behandlungsbedarf,*
- 5. Beeinflussbarkeit des Krankheitsverlaufs durch Eigeninitiative des Versicherten und*
- 6. hoher finanzieller Aufwand der Behandlung.“*

Die Empfehlungen, für welche Erkrankungen DMP – unter Berücksichtigung der o.g. Kriterien – eingeführt werden sollen, leitet der Gemeinsame Bundesausschuss bzw. leitete der Koordinierungsausschuss an das Bundesministerium für Gesundheit weiter. In Risikostrukturausgleichs-Änderungsverordnungen legt bzw. legte das Bundesministerium für Gesundheit die ausgearbeiteten Details, welche konkreten Anforderungen die DMP zu erfüllen haben, gesetzlich fest.

²¹ Der Gemeinsame Bundesausschuss hat nach § 91 Abs. 4 SGB V mit dem In-Kraft-Treten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes am 01.01.2004 die Rechtsnachfolge des Koordinierungsausschusses übernommen (Vgl. Stock et al. 2005: 59f.). Der Koordinierungsausschuss nach § 137e Abs. 2 Satz 2 SGB V (zum 01.01.2004 aufgehoben) setzte sich aus Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Bundesverbände der Krankenkassen, der Bundesknappschaft und der Verbände der Ersatzkasse zusammen (Vgl. Scheder 2006: 35).

Bisher hat sich der Koordinierungsausschuss dafür entschieden, dass für folgende chronischen Erkrankungen die oben aufgeführten Kriterien erfüllt sind:

- Diabetes mellitus Typ 1 und 2,
- chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (COPD und Asthma bronchiale),
- Brustkrebs
- koronare Herzerkrankungen (Vgl. Häussler/Berger 2004: 52).

Die Krankenkassen gestalten ihre Programme, indem sie die Leistungserbringer, z.B. durch eine bessere Vergütung, für die Teilnahme an einem DMP gewinnen und Verträge mit diesen schließen (Vgl. Scheder 2006: 65). Für die Kontrolle, ob die einzelnen Anforderungen, die in den RSA-Änderungsverordnungen des Bundesministeriums für Gesundheit festgelegt sind, in den kassenindividuellen DMP-Konzepten tatsächlich erfüllt werden, ist das Bundesversicherungsamt zuständig. Es prüft, ob ein Programm zugelassen werden kann (Vgl. Häussler/Berger 2004: 51).²²

IV.3 Ziele

Disease Management ist ein an Bedeutung zunehmendes Instrument eines Managed Care-Konzeptes²³, was unter anderem zum Ziel hat, eine effiziente Steuerung der Kosten und Qualität im Gesundheitswesen zu erreichen (Vgl. Greulich et al. 2002: 2f.). Wesentliches Ziel von DMP ist es, eine systematische, integrierte und evidenzbasierte Patientenversorgung anzustreben. Dafür soll eine Behandlung zum Tragen kommen, die nicht auf der Behandlung akuter Symptome beruht, sondern auf der Berücksichtigung von Krankheitszyklen (Vgl. Müller de Cornejo 2005: 24f.). Schnittstellenprobleme zwischen den verschiedenen Sektoren im Gesundheits-

²² In § 137g SGB V findet sich hierfür die gesetzliche Regelung.

²³ „Managed Care ist im Prinzip der allem übergeordnete Begriff, der sämtliche Instrumente, Methoden und Strukturen zur Steuerung bzw. Management der Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen einschließt.“ (Greulich et al. 2002: 3).

wesen sollen durch Qualitätsmanagement und Qualitätssicherungskonzepte überwunden und Patienten durch Selbstmanagement mehr in ihre eigene Behandlung eingebunden werden. Krankenkassen soll durch die Einführung von DMP die Chance gegeben werden, aktiv die Steuerung und Verbesserung der Versorgungsqualität von chronisch kranken Versicherten vorzunehmen. Vor 2002 war dies kaum möglich, da die Krankenkassen Befürchtungen hatten, damit kranke Versicherte anzuwerben. Doch durch die Kopplung strukturierter Behandlungsprogramme an den RSA sahen die Krankenkassen einen Anreiz für die Einführung einer verbesserten Versorgung chronisch kranker Versicherter (Vgl. Stock et al. 2005: 42f.).²⁴

Die Ziele sollen durch eine bestimmte Ausgestaltung der DMP erreicht werden. Dabei sind folgende Kriterien nach § 137f (2) Satz 2 SGB V einzuhalten: Die Behandlung soll nach evidenzbasierten Leitlinien geschehen, Qualitätssicherungsmaßnahmen sind durchzuführen, die Einschreibung und Dauer der Teilnahme der Versicherten sind explizit zu nennen, Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten sind durchzuführen und es soll eine Dokumentation und Evaluation der Programme stattfinden.

Die konkreten Therapieziele für Diabetes mellitus Typ 1 und 2, die vor allem die Prävention von Folgeerkrankungen beinhalten, sind in den Anlagen 1 und 7 zu §§ 28b-g RSAV festgelegt.

IV.4 Komponenten

DMP weisen verschiedene Facetten auf. In diesem Kapitel soll nur die Dimension der Patientenorientierung dargestellt werden, da nur sie für das Thema dieser Arbeit relevant ist. Patientenorientierung beinhaltet die aktive Beteiligung der Patienten am Behandlungsprogramm, regelmäßiges Informieren, die Förderung von Compliance, die Berücksichtigung der Risikostratifizierung bei Schulungen und Informationen, eine krankheitssta-

²⁴ Der seit 01.01.2009 eingeführte morbiditätsorientierte RSA enthält diese Kopplung nicht mehr. Siehe Ausführungen in Kapitel IV.2.

dienorientierte Behandlung und die Wahrung der Patientenrechte (Vgl. Scheder 2006: 22).

IV.4.1 Evidenzbasierte Leitlinien

„Evidenzbasierte Leitlinien sind systematisch nach einer wissenschaftlichen Methodik erstellte Entscheidungshilfen für Akteure des Gesundheitswesens, die sich mit der Versorgung eines definierten Krankheitsbildes beschäftigen.“ (Stock et al. 2005: 73)

Evidenz im Sinne der Medizin leitet sich von dem lateinischen Begriff „evidentia“, was soviel wie „vollständige, überwiegende Gewissheit“ bedeutet, ab (Vgl. Duden 2000). Informationen aus wissenschaftlichen Studien und zusammengetragenen klinischen Erkenntnissen, die einen Sachverhalt erhärten oder widerlegen, gelten in der Medizin als Evidenz.²⁵

Folglich sind evidenzbasierte Leitlinien als Empfehlungen solcher Handlungen zu verstehen, die wissenschaftlich nachgewiesene Wirkung gezeigt haben.²⁶ Stehen keine evidenzbasierte Leitlinien für den Arzt²⁷ zur Verfügung, soll er die derzeitige bestverfügbare Evidenz nutzen. Er hat jedoch weiterhin seinen eigenen Behandlungsspielraum, was bedeutet, dass er nicht gezwungen ist, evidenzbasierte Leitlinien zu befolgen.

Leitlinien gelten auch für Patienten, wenn z.B. bestimmte Ziele vom Versicherten erreicht werden sollen. Werden diese Ziele nicht erreicht, wird der Versicherte nicht aus dem DMP ausgeschlossen. Individuelle Zielvereinbarungen zwischen Arzt und Patienten sollen die Eigeninitiative und somit die Compliance fördern (Vgl. Scheder 2006: 40).

²⁵ URL: <http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/definitionen> [Abruf: 24.02.2009].

²⁶ Evidenzbasierte Leitlinien werden in § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr.1 SGB V gefordert und nach § 28b Abs. 1 Nr. 1 RSAV für die Behandlung von DMP-Teilnehmern vorgeschrieben.

²⁷ Der Hausarzt bzw. behandelnde Arzt nimmt im DMP eine zentrale Rolle ein, da er die Durchführung des DMP koordiniert. Rehabilitationseinrichtungen und Krankenhäuser nehmen nur bedingt Einfluss auf die Erarbeitung von Behandlungsabläufen (Vgl. Scheder 2006: 85).

IV.4.2 Patientenschulungen

Patientenschulungen stellen ein wesentliches und wichtiges Element der DMP dar (Vgl. Stock et al. 2005: 79).²⁸ Patientenschulungen haben zum Ziel, die Compliance und das Selbstmanagement²⁹ des Teilnehmers durch gezielte Wissens- und Kompetenzvermittlung zu erhöhen. Der eigenständige Umgang mit der Erkrankung soll durch sie eingeübt werden (Vgl. Küver et al. 2005: 142). Außerdem sollen Patientenschulungen dem Betroffenen und seinem sozialen Umfeld bei der Krankheitsbewältigung helfen. Sie können entweder als Einzelschulungen oder als Gruppenschulungen durchgeführt werden, wobei letztere Variante aufgrund der Förderung der psychosozialen Gesundheit durch den Wissens- und Erfahrungsaustausch unter den Teilnehmern effektiver sein kann. Bei Einzelschulungen kann hingegen mehr auf individuelle Probleme eingegangen werden, was jedoch personal- und zeitintensiv ist. Sie können z.B. in Form von Diabetesprechstunden oder Diabetestagen vom Arzt durchgeführt werden. Egal, in welcher Form die Patientenschulungen durchgeführt werden: Sie sollten dem Patienten Informationen über seine Erkrankung, seine Prognose, Beratungsstellen, Pflegedienste, Selbsthilfe-Gruppen, Folgekrankheiten geben sowie den Patienten über Tests, deren Ergebnisse und Behandlungsmöglichkeiten aufklären (Vgl. Stock et al. 2005: 87). Die konkrete Ausgestaltung der Patientenschulung muss von der Krankenkasse dem Bundesversicherungsamt zur Genehmigung vorgelegt werden. Das BVA überprüft dabei, ob ein zielgruppenspezifisches Schulungsangebot, ein strukturiertes Schulungskonzept, die Evaluation der Wirksamkeit dieser Schulung und die Publikation der Evaluationsergebnisse sichergestellt sind (Vgl. Küver et al. 2005: 144). Um einen groben Überblick zu gewinnen, sind hier wichtige Eigenschaften, die eine Patientenschulung haben sollte, aufgeführt: klar definierte Ziele, Motivationsarbeit der Leistungserb-

²⁸ Die gesetzlichen Vorgaben sind in § 28e RSAV und in Ziffer 4 der Anlage 1 und 7 zur RSAV geregelt.

²⁹ Selbstmanagement ist ein Ausdruck für das eigenständige Erarbeiten von Behandlungszielen des Patienten mit Hilfe des Arztes. Der Gesundheitszustand soll dadurch langfristig optimiert werden (Vgl. Petermann 2007: 37).

ringer, kurze Lernphasen mit längeren Pausen, Würdigung von Bemühungen der Patienten, Arbeitsblätter zum Festigen des Erlernten, möglichst keinen Tadel einsetzen, nur die notwendige Theorie vermitteln, Praxisbezug herstellen, auf die persönlichen Erfahrungen der Patienten eingehen, verschiedene Medien nutzen (wie z.B. Referat, Diskussion, Filme, Spiele, Übungen), verständliche Sprache der Vermittler, Wiederholen von wichtigen Inhalten und eine kleine Gruppengröße (Vgl. Stock et al. 2005: 86). Nicht nur Patientenschulungen, sondern auch Schulungen für die Leistungserbringer³⁰ sollten in Form von Qualitätszirkeln und Fortbildungen gefördert werden, um die Qualität der DMP sicherzustellen (Vgl. Stock et al. 2005: 127).

IV.4.3 Informationssysteme

Der chronisch Kranke wird im DMP-Konzept als mündiger Patient angesehen und soll deshalb in Kooperation mit dem Arzt eigene Entscheidungen bezüglich der Therapie treffen (Selbstmanagement). Dafür ist die Bereitstellung von Informationen unentbehrlich. Strukturierte Behandlungsprogramme bieten Informationssysteme als Teil des Organisationsmanagements sowohl für den Patienten als auch für den Arzt. Durch sie sollen vor allem Therapieinhalte vermittelt und an Zielvereinbarungen und Termine erinnert werden. Dies kann durch elektronische Systeme wie dem Internet (z.B. durch E-Mail), Intranets, Computer-Programme und DVDs oder durch Printmedien wie Informationsbroschüren, Zeitschriften und Newsletter erfolgen. Persönlichere Informationssysteme sind eingerichtete Hotlines und Call-Center oder direkt Sprechstunden mit dem Arzt, Beratungen, Selbsthilfegruppen, Schulungen und Fortbildungen. Um den Status des mündigen Patienten zu unterstützen, sollten die Informationen keinen belehrenden, erzieherischen Charakter haben (Vgl. Stock et al. 2005: 104). So genannte Reminder-Systeme können den Patienten in unaufdringlicher Weise an Kontrolltermine (bei Diabetikern z.B. die Augen- und Fußkon-

³⁰ Die gesetzlichen Vorgaben sind wie bei den Patientenschulungen in § 28e RSAV und in Ziffer 4 der Anlage 1 und 7 zur RSAV geregelt.

trolluntersuchung) erinnern. Es sind auch Informationen für andere – außerhalb des DMP bestehende – Hilfsangebote wie z.B. Adressen von Experten oder Selbsthilfegruppen anzubieten. Informationssysteme für Ärzte werden dafür eingerichtet, Orientierung in der Informationsflut bezüglich der Behandlungsmöglichkeiten zu schaffen, die ärztliche Fort- und Weiterbildung zu unterstützen, die Anwendung von evidenzbasierten Leitlinien im DMP zu erleichtern und Feed-back durch beispielsweise bereitgestellte Decision-Support-Systeme (die eine Entscheidungsfindung des Arztes unterstützen), anzubieten (Vgl. Stock et al. 2005: 112).

IV.4.4 Dokumentation und Evaluation

Um Über-, Unter- und Fehlversorgungen zu identifizieren, Einschreibekriterien zu kontrollieren, Feed-back zu steuern, die Patientenrechte zu wahren und um generell die Qualität zu sichern, ist es erforderlich, Daten aus DMP zu erheben.³¹ Relevante Daten müssen für die Optimierung der Versorgung von chronisch Kranken erhoben werden. Das sind unter anderen personenbezogenen Stammdaten, Daten zur Kontrolle der Einschreibekriterien, Daten zu Kosten medizinischer Leistungsanspruchnahme und Daten, die für die Qualitätssicherung³² von Bedeutung sind. Die Art und Weise, wie die Daten erhoben und an die jeweiligen Akteure von DMP übermittelt werden, ist in mehreren RSA-Änderungsverordnungen geregelt worden. In den meisten Verträgen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern ist eine zentrale Datenstelle der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart, die die Datenerfassung vornimmt. Einige Daten müssen aus wettbewerbstechnischen und datenschutzrechtlichen Gründen anonymisiert werden. Sowohl die Dokumentation in Papierformat als auch die elektronische (eDMP) sind möglich. Dabei füllt der Arzt einmal viertel- oder halbjährlich einen Dokumentationsbogen, den er von der Krankenkasse, der Kassenärztlichen

³¹ Der gesetzliche Auftrag findet sich in § 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V wieder. Die konkreten Anforderungen sind in § 28 f RSAV geregelt.

³² Die Daten für die Qualitätssicherung enthalten Indikatoren zur Prozess- und Ergebnisqualität sowie krankheitsspezifische Zielwerte (Vgl. Stock et al. 2005: 99).

Vereinigung oder der Datenstelle für seine in DMP eingeschriebenen Patienten erhalten hat, aus. Der Patient erhält einen Durchschlag oder einen Ausdruck (Vgl. Scheder 2006: 46). Die Verarbeitung der Daten erfolgt in der Datenstelle (Vgl. Stock et al. 2005: 98-102).

Die Evaluation wird hingegen von einem externen Evaluator, den das Bundesversicherungsamt bestimmt, vorgenommen. Nach Anlage 1 Nr. 5 der RSAV soll mit der Evaluation die Erreichung der Ziele der DMP, die Einhaltung der Einschreibekriterien sowie die Kosten für die Behandlung im DMP ermittelt werden. Die Ergebnisse der Evaluation sind nach Ende des Zulassungszeitraumes des DMP (von drei Jahren) dem BVA weiterzuleiten (Zwischenberichte sind ebenfalls abzugeben). Dabei besteht der Gesamtevaluationsbericht aus einem medizinischen Teil mit Daten aller Patienten, einem ökonomischen Teil mit Stichprobendaten sowie einem Teil mit Stichprobendaten, der die Veränderungen der subjektiven Lebensqualität der DMP-Teilnehmer untersucht (Vgl. Scheder 2006: 50).

V. Fallstudien als Instrument der empirischen Sozialforschung

Um die Forschungsgegenstände dieser Arbeit, inwieweit DMP die Compliance von Patienten positiv beeinflusst und wie den Bedürfnissen von Diabetikern durch DMP Rechnung getragen werden kann, erörtern zu können, wurden Fallstudien als Instrument der empirischen Sozialforschung herangezogen. Die empirische Sozialforschung benutzt zur Überprüfung des Wahrheitsgehaltes theoretischer Aussagen entweder qualitative oder quantitative Verfahren. Beide Verfahren folgen unterschiedlichen Konzepten und methodologischen Vorstellungen (Vgl. Mayer 2008: 15).

V.1 Empirische Sozialforschung

Wissenschaftliche Erkenntnisse, die auf Grund der Übereinstimmung ihrer Aussagen mit der beobachteten Realität Geltung erlangen, nennt man Erfahrungswissenschaften oder auch empirische Wissenschaften. Anders als bei der Mathematik leiten sich hier die Ergebnisse nicht aus formalen, logischen Kalkülen ab, sondern aus Beobachtungen. Die empirische Sozialforschung geht von zwei unterschiedlichen Sichtweisen der Wirklichkeit aus.

Die wissenschaftliche Grundlage der quantitativen Forschung beruht auf dem Kritischen Rationalismus von Karl Popper. Der Kritische Rationalismus geht davon aus, die Realität der sozialen Welt bestehe aus Gesetzmäßigkeiten. Ereignisse wären auf eine oder mehrere Ursachen zurückzuführen und dadurch würden auch die Beziehungen und Handlungen der Menschen nach gleich bleibenden Regeln bestimmt. Um diese Gesetzmäßigkeiten aufzudecken, müssen Hypothesen aufgestellt werden, die auf theoretischen Vorüberlegungen basieren. Die Hypothese soll systematisch durch die Beobachtung bestimmter Elemente des Forschungsgegenstands überprüft werden. Hierbei findet eine Deduktion statt, was so viel bedeutet wie, dass vom Generellen zum Speziellen ein Schluss gezogen wird (deduktiv-nomologische Methode) (Vgl. Mayer 2008: 16-19).

Die qualitative Forschung geht hingegen von einer Wirklichkeit aus, die kommunikativ bedingt ist. Diese Anschauung meint, dass Menschen durch ihr Handeln die gesellschaftlichen Strukturen ständig selbst verändern und auf Grund ihres Vorwissens die Realität ständig neu interpretieren, weshalb das Suchen nach Gesetzmäßigkeiten wie im Kritischen Rationalismus keinen Sinn ergibt. In der qualitativen Sozialforschung wird das dialog-konsenstheoretische Wahrheitskriterium angebracht, welches davon ausgeht, die Realität sei nicht als relativ konstante Wirklichkeit vorhanden, sondern entwickle sich im Diskurs. In der qualitativen Sozialforschung wird aus den beobachteten Einzelfällen induktiv (vom Speziellen auf das Generelle) auf allgemeingültige Theorien geschlossen. Dabei ist zu kritisieren, dass nicht alle Aussagen auf allgemeingültige Sätze abstrahiert werden können. Die induktive empirische Sozialforschung hat jedoch zum Ziel, allgemeingültige Aussagen im Sinne von vorläufig gültigen Versionen aufzustellen, da sich ihrer Auffassung nach die Realität ständig ändert (Vgl. Mayer 2008: 22-24).

V.2 Begründung der Methode

Für die Untersuchung von Compliance in Bezug auf DMP erscheint es sinnvoll, die Betroffenen selbst sprechen zu lassen, um deren Gefühle, Gedanken, Beweggründe und Meinungen zu verstehen. Die qualitative Sozialforschung bietet sich dafür an, indem sie sich nicht auf standardisierte Fragebögen begrenzt, sondern auch offene Gespräche wie Interviews zulässt. Vor allem in Hinblick auf die Non-Compliance von Diabetikern bietet das Interview genügend Spielraum, deren Ausmaß zu erfassen (Vgl. Hasford et al. 1998: 35). Inwieweit DMP sich auf die Compliance von Diabetikern auswirkt, kann durch die Interviews nur für diese konkreten Fälle festgestellt werden. Jedoch stellen diese Fälle Ausschnitte aus der Realität dar und sprechen somit für sich selbst, weshalb sie auch Aussagen zur Wechselwirkung zwischen Compliance und DMP zulassen. Dabei muss jedoch davon abgesehen werden, die Aussagen zu generalisieren, es sei denn, es lägen erhebliche Gründe und eine stichfeste Argumentati-

on vor, weshalb genau diese Aussage verallgemeinerbar sein sollte. Ob und inwieweit die Aussagen der Betroffenen bezüglich ihrer Compliance der Wahrheit entsprechen, ist durch eine mündliche Befragung nicht nachvollziehbar, da der Befragte aufgrund der Situation zu sozial erwünschten Antworten tendiert, um bei dem Interviewer einen positiven Eindruck zu hinterlassen. Dies ist ein wesentlicher Kritikpunkt bei der Wahl der Methode „Interview“. Jedoch geht es in dieser Arbeit nicht darum, die exakte Compliance der Interviewten festzustellen, sondern vielmehr sollen die Fragen, ob DMP einen positiven Einfluss auf die Compliance haben und wie DMP den Belangen von Diabetikern gerecht werden können, weitestgehend geklärt und die Meinung der Interviewten zu strukturierten Behandlungsprogrammen (Vorzüge und Kritikpunkte) festgehalten werden. Für die Fallanalysen wurde das Leitfadenterview gewählt, da es konkrete Aussagen über einen Gegenstand der Datenerhebung trifft. Offene Fragestellungen, jedoch orientiert an einem Leitfaden von Themenkomplexen, lassen dem Interviewten genügend Freiraum für Antworten, leiten ihn aber auch in gewisser Weise, sodass im Hinblick auf einen Forschungsgegenstand konkrete Erkenntnisse für den Interviewer erlangt werden können.

Dieser Arbeit liegt die Annahme zu Grunde, dass die Teilnahme an einem DMP die Compliance von Diabetikern zum Positiven beeinflussen kann. Ein gegenläufiger Kausalzusammenhang könnte allerdings auch vorliegen: Dass eine hohe Compliance der Diabetiker dazu führe, an einem DMP teilzunehmen. An dieser Stelle wird schon vorweggenommen, dass für die zwei interviewten DMP-Teilnehmer das hauptsächliche Motiv für die Teilnahme an einem DMP nicht aus dem Wunsch entstand, noch therapiegerechter zu handeln, sondern rein finanzieller Natur war (Vgl. Anl.1: Z.56-57, Anl.2: Z.73-75). Finanzielle Entlastung ist für Patienten laut einer Studie von Scheder (Vgl. 2006: 142) einer der größten Einflussfaktoren, an einem DMP teilzunehmen. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass der umgekehrte Kausalzusammenhang zu dem dieser Arbeit zugrunde liegenden ungerechtfertigt ist.

V.3 Auswahl der zu Interviewenden

Sowohl die quantitative als auch die qualitative Sozialforschung sind auf Stichproben angewiesen, da Untersuchungen einer Grundgesamtheit aus ökonomischen Gründen nicht möglich sind. In der qualitativen Forschung werden die Stichproben nicht wie bei der quantitativen Forschung nach der statistischen Repräsentativität ausgewählt, sondern nach der inhaltlichen Repräsentativität (Vgl. Flick 1999: 57, zitiert nach Mayer 2008: 39).

Um die Forschungsgegenstände untersuchen zu können, wurden drei Diabetiker interviewt. Zwei von ihnen sind in einem DMP eingetragen (A und B), die dritte Person (C) ist dies nicht. Die Personen A und B sind beide Typ-1-Diabetiker, Person C ist Typ-2-Diabetiker. A und B wurden ausgewählt, um den ersten Forschungsgegenstand, inwieweit ein DMP die Compliance positiv beeinflussen kann, zu erörtern und die Ergebnisse der einen Person durch die Aussagen der anderen kritisch hinterfragen bzw. Gemeinsamkeiten feststellen zu können. Die Aussagen der Person C sollen zeigen, wie ausgeprägt die Compliance eines Diabetikers, der nicht an einem DMP teilnimmt, sein kann und inwieweit evtl. eine Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm dessen Versorgung optimieren könnte. Die Aussagen aller drei Personen dienen der Erörterung des zweiten Forschungsgegenstands, wie ein DMP den Bedürfnissen von Diabetikern gerecht werden kann. Bei der Auswertung der Interviews werden die verschiedenen Diabetes-Typen zwar berücksichtigt, jedoch wurde bei der Auswahl die Erkrankung Diabetes als eine Erkrankung betrachtet, da sowohl für Typ-1- als auch Typ-2-Diabetiker DMP existieren und die Compliance-Indikatoren (wie die regelmäßige Wahrnehmung von Kontrollterminen, Sport treiben, auf die Ernährung achten etc.) die gleichen sind. Die Variablen Alter und Geschlecht sind bei A und B gleich: 21 Jahre alt und weiblich. Person C weist hier andere Daten auf: 55 Jahre alt und männlich. A und B sind beide Studentinnen, während C in Vollzeit berufstätig ist.

V.4 Entwicklung und Durchführung der Leitfadeninterviews

Bei der Entwicklung des Leitfadens ging es vor allem darum, wesentliche Aspekte der zu untersuchenden Problemstellung später im Interview thematisieren zu können. Dabei war beabsichtigt, dass der Interviewer als kompetenter Gesprächspartner auftritt, der sich schon in die Materie eingearbeitet hat. Dadurch ist es ihm möglich, für die Forschungsgegenstände wichtige Gesichtspunkte zu hinterfragen. Der Leitfaden wurde auf die jeweilige Person abgestimmt, d.h., den Interviews mit den Personen A und B wurde der gleiche Leitfaden zu Grunde gelegt; der Leitfaden des Interviews von Person C ist hingegen in bestimmten Fragen abgewandelt. Im Interview von allen Personen kamen die Themenkomplexe Krankengeschichte und Compliance-Faktoren zur Sprache. Die zu Interviewenden sollten anfangs ihre Krankengeschichte kurz erzählen, um einen lockeren Einstieg in das Interview zu finden. In den Interviews, die mit A und B geführt wurden, sollten die Befragten die Ausgestaltung ihres DMP schildern und ihre Meinung zu der Beziehung zwischen ihrer Therapiemotivation und dem DMP äußern. Bei C entfiel dieser Teil und wurde durch Fragen, inwieweit er über DMP informiert sei und seine Beweggründe, daran nicht teilzunehmen, ersetzt. Die Interviews mit Person A und C wurden persönlich in separaten Räumen, das Interview mit Person B wurde telefonisch durchgeführt. Alle Interviews benötigten in etwa 40 Minuten. Da bei der Interpretation der Interviews keine Pausen, Stimmlagen sowie sonstige sprachliche Elemente des Gesagten berücksichtigt werden müssen, weil es sich um kein narratives Interview handelt, wurde auf bestimmte Vermerke diesbezüglich bei der Transkription der Interviews verzichtet (Vgl. Mayer 2008: 47f.). Die vollständig transkribierten Interviews sind den Anlagen 1-3 des Anhangs zu entnehmen.

VI. Auswertung der Fallstudien

Zunächst wird die konkrete Ausgestaltung der Disease-Management-Programme von A und B erläutert. Weiter erfolgt für jede Person eine Tatbestandsaufnahme ihrer Compliance in Form einer Differenzierung dieses Begriffs in verschiedene Teilbereiche wie z.B. Sport- und Ernährungsverhalten. Es wird analysiert, inwieweit sich das DMP auf die verschiedenen Komponenten der Compliance von A und B ausgewirkt hat und wie es evtl. noch bessere Erfolge erzielen könnte. Die Compliance von C wird im Hinblick auf eine mögliche Verbesserung durch die Teilnahme an einem DMP betrachtet. In einem Fazit werden die Ergebnisse der Fallstudien zusammengefasst.

VI.1 Ausgestaltung der Disease-Management-Programme

VI.1.1 Das strukturierte Behandlungsprogramm von A

Seit Anfang 2008 ist A in einem DMP für Typ-1-Diabetiker eingetragen (Vgl. Anl.1: Z.4).

Sie sagt, sie „(...) wurde da generell nicht groß über diese DMP informiert (...) von [ihrer] Ärztin wurde [sie] gar nicht weiter informiert.“ (Anl.1: Z.44f.).

Lediglich ein Schreiben von der Krankenkasse mit wenigen Informationen habe sie erhalten. Die Ärztin wies sie [A] darauf hin, dass ihr durch die Teilnahme finanzielle Vorteile eingeräumt würden, indem die Krankenkasse die zehn Euro Praxisgebühr im Quartal erstattet (Vgl. Anl.1: Z.51-57). Daraufhin hat sich A für die Teilnahme an diesem DMP entschieden.

A erhält vierteljährlich Informationsblätter über Diabetes mellitus. In diesen werden Statistiken über die Erkrankung, aber auch Informationen zur Behandlung, veröffentlicht. A kennt die meisten Informationen, die darin enthalten sind (Vgl. Anl.1: Z.72-83), liest sie sich aber trotzdem durch. Konkrete Angebote für Patientenschulungen werden in diesen Blättern nicht inseriert (Vgl. Anl.1: Z.373-375).

An einer Patientenschulung hat A noch nicht teilgenommen. Bisher wurde ihr von ihrer Ärztin keine angeboten, obwohl sie zur Auffrischung ihres

Wissens daran interessiert wäre. Außerdem hat sie von ihrer Ärztin noch keinen Durchschlag des Dokumentationsbogens erhalten (Vgl. Anl.1: Z.36-68). Persönliche Zielvereinbarungen mit der Ärztin (Patientenleitlinien) wurden zwar schon vorgenommen, jedoch ist A der Meinung, dass diese nicht im Zusammenhang mit dem DMP stehen (Vgl. Anl.1: Z.320-328).

VI.1.2 Das strukturierte Behandlungsprogramm von B

B nimmt ebenfalls seit Januar 2008 an einem DMP teil (Vgl. Anl.2: Z.4). Sie wurde darauf aufmerksam, als ihre Krankenkasse ein DMP für Typ-1-Diabetiker anbot und sie feststellte, dass auch ihre Ärztin daran teilnimmt. Ihre Krankenkasse erstattet DMP-Teilnehmern die Praxisgebühr in Höhe von 40 Euro pro Jahr. Aufgrund dieses finanziellen Anreizes entschloss sich B, an diesem strukturierten Programm teilzunehmen. Allerdings hat sie zuletzt einen Brief erhalten, in dem ihr mitgeteilt wurde, ihre Krankenkasse müsse aufgrund der Einführung des Gesundheitsfonds die Tarife umstellen und deshalb könne sie künftig nicht mehr die 40 Euro für die Praxisgebühr erstatten.

An einer Patientenschulung hat B noch nicht teilgenommen. Ihr wurde bisher keine angeboten (Vgl. Anl.2: Z.56-87). Die Ärztin von B gibt ihr vierteljährlich einen Durchschlag des Dokumentationsbogens, damit sie nachvollziehen kann, wie der aktuelle Behandlungsstand ist (Vgl. Anl.2: Z.103-106). Außerdem erhält sie wie A viertel- oder halbjährlich Informationsbroschüren. Diese enthalten Informationen bezüglich des Umgangs mit Diabetes und andere hilfreiche Tipps. B liest sich diese aber nicht immer komplett durch, da sie der Meinung ist, dass viele Informationen für sie gar keine Relevanz haben (Vgl. Anl.2: Z.88-94).

Nach Aussage von B ist es zu keiner Veränderung in der Behandlungsweise der Ärztin seit ihrer Teilnahme am DMP gekommen (Vgl. Anl.2: Z.85-87).

VI.2 Compliance-Faktoren

Aus folgender Abbildung können die im Interview besprochenen Compliance-Faktoren, die im Sinne der Tertiärprävention³³ wichtig sind, entnommen werden:

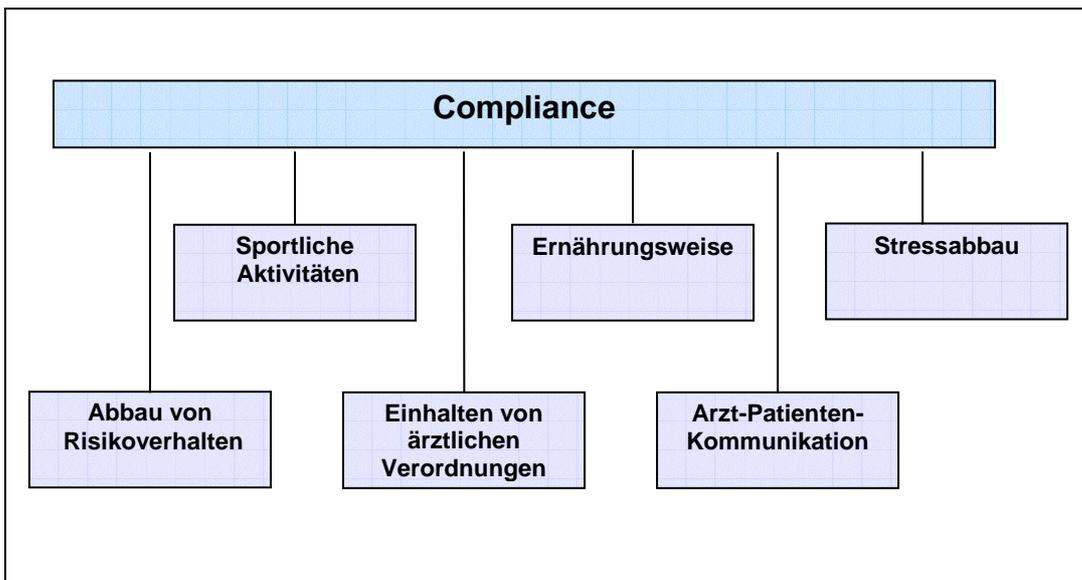


Abbildung 2: Compliance-Faktoren (eigene Darstellung)

VI.2.1 Sportliche Aktivitäten

Sport unterstützt vor allem den Zucker- und Fettstoffwechsel, stärkt bekanntlich das Immunsystem sowie die Gefäße. Regelmäßige sportliche Aktivitäten können somit Folgeerkrankungen der Gefäße vorbeugen.³⁴

A macht schon seit eineinhalb Jahren regelmäßig zwei- bis dreimal in der Woche in einem Fitnessstudio Ausdauer- und Krafttraining. Dabei hat sie schon Erfolge wie den Aufbau von Muskelmasse und Gewichtsreduktion erzielt (Vgl. Anl.1: Z.84-106). Da sie schon vor der Teilnahme am DMP

³³ Tertiärprävention ist die Krankheitsbehandlung und Rehabilitation von Patienten mit dem Ziel, das Fortschreiten einer Krankheit und das Auftreten von Folgeerkrankungen und Komplikationen zu vermeiden (Vgl. Scherenberg 2003: 27).

³⁴ URL: http://www.diabetes-deutschland.de/diabetes_sport.html [Abruf: 24.02.2009].

Sport getrieben hat, ist hier keine Förderung der Compliance und des Selbstmanagements durch das DMP zu erkennen.

Keinen Sport treibt bisher B. Sie gibt Zeitdruck und mangelnde Gelegenheiten als Ursachen an (Vgl. Anl.2: Z.107-126). Hier findet eine externe Attribution statt. Widrigen Umständen in der Umwelt bzw. der Gesellschaft wird die Schuld gegeben, keinen Sport zu treiben. Sie selbst bezeichnet sich nicht als „*Sportfanatiker*“ (Anl. 2: Z.111), was auf mangelnden Eigenantrieb und fehlendes Interesse hindeutet. Dies ist ein Grund, der in ihrer eigenen Person liegt (internale Attribution). Folgende Aussage bedarf außerdem einer Interpretation: „*Meine Ärztin fragt mich natürlich, ob ich Sport mache und der erkläre ich dann meistens, dass ich das eben nicht schaffe aus zeitlichen Gründen und aus mangelnden Gelegenheiten etc. und dagegen kann meine Ärztin auch nicht viel sagen.*“ (Anl.2: Z.119-122). Die Aussage könnte so gedeutet werden, dass B keinen Wert auf die Meinung ihrer Ärztin bei ihrem nicht immer therapiegerechten Verhalten legt. Sonst ist das nicht der Fall, da sich B und deren Ärztin sonst immer gemeinsam beratschlagen (Vgl. Anl.2: Z.282). Sollte die Ärztin die Befragung nur dahingehend vornehmen, ob B generell Sport treibe oder nicht, und sich bei einer entsprechenden Verneinung mit den von B angeführten Gründen zufrieden geben, ist dies keine günstige Basis für den Aufbau eines therapiegerechten Verhaltens. Die Diabetologin sollte stattdessen mit B eine Zielvereinbarung, mehr Sport zu treiben, treffen. Eventuell hat sie hiervon abgesehen, um einem Interessenkonflikt zwischen Patientenwünschen und den DMP-Vorgaben auszuweichen. Es ist für eingetragene DMP-Ärzte schwierig, ein Vertrauensverhältnis zu dem Patienten aufzubauen, wenn dieser sich vom Arzt „überwacht“ fühlt (Vgl. Scheder 2006: 25).

Einige Aussagen von B deuten darauf hin, dass in ihr ein innerer Prozess des Abwägens von verschiedenen Kognitionen (Meinungen, Gefühle etc.) stattgefunden haben muss. Ihr ist bewusst, dass Sport wichtig für ihre Gesundheit ist. Besonders für ihr Immunsystem, über das sie sagt, das es

durch den Diabetes „(...) ganz schön geschwächt ist (...) und [sie] deshalb einfach alles mitnehme, was man so an Krankheiten in der Luft findet (...).“ (Anl.2: Z.195-198). Außerdem erklärt sie: „Ich fühle mich schon eher nicht gesund. (...) Auf einer Skala wäre ich wahrscheinlich irgendwo relativ in der Mitte. Ich fühle mich jetzt nicht sterbenskrank, aber ich bin auch nicht topfit.“ (Anl.2: Z.6-8).

Sie hat sich entschlossen, ab Februar in ein Fitnessstudio, das in der Nähe ihrer Wohnung neu eröffnet hat, zu gehen (Vgl. Anl.2: Z.112-115). Der Sinneswandel ist zum einen auf das bessere Angebot (durch die verbesserten örtlichen Gegebenheiten) und die Höherbewertung von Gesundheit gegenüber dem Motiv „Zeitmangel“ (Kognitive Dissonanz) zurückzuführen. In Anlehnung an das Transtheoretische Modell der Verhaltensänderung³⁵ ist ihr Verhalten zum Zeitpunkt des Interviews in der Vorbereitungsphase anzusiedeln. Sie strebt den Beginn einer Verhaltensänderung innerhalb von einem Monat an.

B sagt, die Motivation, mehr Sport zu treiben, ginge sowohl von ihr als auch von ihrer Ärztin aus. Ihre relativ schlechte gesundheitliche Verfassung und ein gutes Angebot haben dazu geführt, dass eine Veränderung ihrer Sichtweise eingetreten ist. Das DMP hat im Fall von B keine direkte Compliance-Steigerung in Bezug auf sportliche Betätigung bewirkt, eventuell hatte dies nur indirekte Ursachen. Das alte Verhaltensmuster von B wurde kritisiert, indem die Ärztin im Zusammenhang mit der Dokumentation bei B deren Verhalten bzgl. sportlicher Aktivitäten hinterfragte. Der Druck ihrer Ärztin, der schon allein durch diese simple Frage entstehen kann, ein schlechtes Gewissen und die oben aufgeführten Gründe haben bei B dazu geführt, sich für das neue Sportangebot zu entscheiden.

Die Ärztin hätte wahrscheinlich auch ohne die DMP-Dokumentation gefragt, ob B sich sportlich betätige. Jedoch sind die Dokumentationen im Rahmen des DMP, die bei B vierteljährlich anstehen, eine Gedächtnisstütze für die Ärztin, regelmäßig das Verhalten ihrer Patientin zu hinterfragen.

³⁵ Siehe Kapitel III.4.3.

Sie hätte jedoch mit konkreten Maßnahmen, wie z.B. einer Zielvereinbarung, auf die teilweise Therapieverweigerung³⁶ reagieren müssen.

Das DMP-Konzept der regelmäßigen Dokumentation zeigt auch Schwächen auf. Es kann nicht immer zu einer Qualitätssicherung und -verbesserung führen, da der Dokumentationsbogen nur wenig Aussagekraft bezüglich des konkreten Verhaltens des Patienten besitzt (Vgl. Scheider 2006: 42).

C fährt Rad, betreibt den Sport aber nicht regelmäßig. Im Winter nutzt er den Hometrainer (Vgl. Anl.3: Z.49-61). Aus zeitlichen Gründen schafft er es nicht, regelmäßig Rad zu fahren (externale Attribution), obwohl er selbst der Meinung ist: *„Zeit, na gut, dann müsste ich das halt besser einplanen.“* (Anl.3: Z.58f.). Er sagt: *„Ja, gut. Wie gesagt, man könnte vielleicht schon mehr Sport treiben. Könnte man. Wenn man mehr will oder (...)“* (Anl.3: Z.63f.).

Er treibe aus Bequemlichkeit nicht regelmäßig Sport (internale Attribution). Es ist erkennbar, dass er sein eigenes Verhalten als falsch einstuft, jedoch nicht gewillt ist, etwas daran zu ändern, was vor allem daran deutlich wird, dass er auf die Frage hin, woran er bezüglich seiner Therapiemitarbeit noch arbeiten könnte, nur antwortet, dass er gerne seine Essgewohnheiten umstellen würde (Vgl. Anl.3: Z.243-246).

Eine sehr hohe Compliance weist A im Bezug auf Sport auf. Ihr DMP hat dieses Verhalten nicht beeinflusst, da sie sich zum einen schon vor der Teilnahme am DMP sportlich betätigte und zum anderen sagt sie selbst, dass das DMP nicht zu ihrem jetzigen Sportverhalten beigetragen hat (Vgl. Anl.1: Z.96-101). Bei B ist eine Verhaltensänderung abzusehen, die zu einem gesundheitsförderlicheren Lebensstil mit mehr Sport führen kann, wenn sie denn auch tatsächlich durchgeführt wird. Das DMP von B hat evtl. nur indirekt durch die regelmäßige Dokumentation und das daraus resultierende Nachfragen der Ärztin, ob B Sport treibe, eine Steige-

³⁶ Siehe Kapitel III.3.1.

rung der Compliance bewirkt. C verhält sich bezüglich sportlicher Aktivitäten gesundheitsbewusst. Er müsste dies nur regelmäßiger verfolgen. Hier könnte eine Patientenschulung für Typ-2-Diabetiker dazu beitragen, ihm die Bedeutung von regelmäßiger Bewegung und deren Nutzen hinsichtlich der Risikoverringerung von Folgeerkrankungen, zu vermitteln. Besonders für Typ-2-Diabetiker sind die Schulungsprogramme auf die Vermittlung eines gesunden Lebensstils ausgerichtet. Zum Beispiel hat das evaluierte Schulungsprogramm „MEDIAS2“³⁷ für nicht insulinpflichtige Typ-2-Diabetiker³⁸ eine Gewichtsreduktion innerhalb eines Jahres nach Beendigung des Programms und die generelle Verbesserung des Bewegungsverhaltens der Diabetiker zum Ziel (Vgl. Drobinski 2007: 65).

VI.2.2 Ernährungsweise

Diabetiker müssen besonders auf ihre Ernährung achten. Sowohl eine auf die Insulindosis abgestimmte Kohlenhydratzufuhr bei insulinpflichtigen Diabetikern als auch generell eine kalorienarme, ausgewogene Ernährung sollte von Diabetikern eingehalten werden.³⁹

A kocht selbst etwa drei- bis viermal die Woche. Sie versucht, auf Fertigprodukte zu verzichten, kauft häufig normale Lebensmittel, keine Diätlebensmittel. Die drei Hauptmahlzeiten am Tag nimmt sie regelmäßig ein. Dabei ist sie flexibel, was die Menge der Mahlzeiten betrifft, da sie eine Insulinpumpe trägt, bei der man, je nach Bedarf, Insulin abgeben kann (Vgl. Anl.1: Z. 111-134). Sie selbst ist der Meinung, sie sollte noch mehr auf das Abwiegen der Lebensmittel achten, um die Broteinheiten⁴⁰ zu bestimmen. Dies ist für die richtige Dosierung der Insulinmenge, die injiziert werden muss, wichtig. Bisher schätzt sie die Broteinheiten nur ab (Vgl. Anl.1: Z.338-345).

³⁷ „MEDIAS2“ ist die Abkürzung für „Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2“ (Vgl. Drobinski 2007: 66).

³⁸ C ist nicht insulinpflichtig (Vgl. Anl.3: Z. 38).

³⁹ URL: http://www.diabetes-deutschland.de/diabetes_ernaehrung.html [Abruf: 24.02.2009]

⁴⁰ Eine Broteinheit (BE) ist eine Hilfsrechengröße zur Berechnung der Diät bei Diabetikern. Eine BE ist eine Menge von insgesamt 12 Gramm an Kohlenhydraten mit blutzuckersteigernder Wirkung (Vgl. Pschyrembel 2002).

B kocht vier- bis fünfmal die Woche, wobei sie angibt, dass sie dabei auf ihren Partner Rücksicht nehmen muss. Sie verzichtet nicht auf Fertigprodukte, weil sie „*nicht so gut*“ (Anl.2: Z.134) kochen kann und deshalb darauf angewiesen ist. Jedoch bemüht sie sich immer, einen Gemüseanteil beim Essen dabei zu haben, da ihr das auch sehr wichtig sei. Mit den Mahlzeiten darf sie variieren, da sie ein sehr schnell wirkendes Insulin verwendet (Vgl. Anl.2: Z.146-148). Meistens isst B drei Hauptmahlzeiten und evtl. nachmittags nochmals eine Kleinigkeit (Vgl. Anl.2: Z.176-179). Manchmal kommt es zu einer Fehleinschätzung, was die Menge der Brot-einheiten betrifft (Vgl. Anl.2: Z.317-320). Sie sagt, dass sie momentan keine Ernährungsberatung bzw. keinen Kochkurs brauche und sich deshalb auch nicht damit beschäftige. Außerdem müsste sie nur ihre Ärztin fragen, wenn sie an so etwas teilnehmen wollte (Vgl. Anl.2: Z.98-101).

C kocht jeden Tag und verzichtet dabei auf Fertigprodukte, die „(...) *gibt's bei [ihm] nicht*.“ (Anl.3: Z.88). Er isst jedoch nur dreimal täglich, obwohl er laut Verordnung seiner Ärztin fünfmal täglich Mahlzeiten zu sich nehmen sollte. Süßigkeiten und andere ungesunde Lebensmittel mit viel Zucker isst er nur in geringen Mengen zu besonderen Anlässen. Sein Hausarzt hätte ihm sogar gesagt, dass er nicht immer zu 100 % auf solche Produkte verzichten müsse, da man sonst unzufrieden werden würde (Vgl. Anl.3: Z.89-96). C verhält sich bezüglich der Essgewohnheiten compliant, nur das Auslassen von Mahlzeiten ist ein Verhalten, was er selbst als verbesserungswürdig betrachtet. Als Gründe hierfür gibt er an, dass die Pausenregelung bei der Arbeit es nicht zuließe, mehrere Mahlzeiten pro Tag einzunehmen und das Kantinenessen evtl. nicht dem entspräche, was er sich erhoffe (Vgl. Anl.3: Z.243-252). Hier findet wieder eine externale Attribution statt, was eine geringere Compliance nach sich zieht.

C würde jedoch sehr gerne an einer Ernährungsberatung mit Kochanleitung für Diabetiker teilnehmen. Eine Rehabilitation mit solchen Elementen wurde ihm bisher noch nicht bewilligt, weil seine Blutzuckerwerte relativ gut wären (Vgl. Anl.3: Z.255-267). Hier ist zu hinterfragen, inwieweit diese

Einstellung der Leistungsträger nachvollziehbar ist, da bekannt ist, dass ein gut eingestellter Diabetiker weniger direkte Kosten als ein schlecht eingestellter Diabetiker verursacht (Vgl. Scheder 2006: 12). C könnte durch die Teilnahme an einem DMP unterstützt werden, indem er bei einer Patientenschulung wie MEDIAS2, in der auch das Essverhalten der Teilnehmer erörtert und ggf. korrigiert wird, mitmachen könnte. C ist jedoch nicht bereit im Zuge eines DMP an einer Patientenschulung für Typ-2-Diabetiker teilzunehmen, da das laut seinen Informationen einen zu hohen Zeitaufwand für ihn darstelle. Er möchte nicht drei- bis viermal im Jahr an mehreren Tagen an solchen Schulungen teilnehmen und auch keine Rechenschaft vor jemandem ablegen müssen (Vgl. Anl.3: Z.275-290).

In einer Kur müsste C jedoch auch „Rechenschaft ablegen“, was er bei seinen Ausführungen jedoch nicht erwähnt. Daraus ist zu entnehmen, dass für C der wesentlichste Beweggrund, nicht an einem DMP teilzunehmen, ist, dass ihm dafür die Zeit fehlt. In einer Kur würde er die Zeit für solche Ernährungskurse eingeräumt bekommen, die er sonst neben der Arbeit und seiner kleinen Landwirtschaft nicht hat (Vgl. Anl.3: Z.60). Er gibt auch an, dass er allein stehend sei und deshalb den ganzen Haushalt ohne Hilfe zu führen habe (Vgl. Anl.3: Z.65-68). Aus diesem Mangel an Zeit und zu einem gewissen Grad auch, wie er zugibt, aus eigener Bequemlichkeit, gestaltet es sich für ihn besonders schwierig, sowohl ausreichend Sport zu treiben, als auch an Ernährungskursen teilzunehmen. Es ist jedoch zu bemerken, dass diese Gründe aus der Welt zu schaffen wären, wenn C wirklich dazu motiviert und bereit wäre, etwas zu ändern. Im Hinblick darauf, dass C allein stehend ist und keine wirkliche Unterstützung im Bekanntenkreis bezüglich der Bewältigung des Diabetes im Alltag erhält, wäre gerade eine Patientenschulung, bei der er neue Kontakte knüpfen könnte, sinnvoll. Neue Ideen und Unterstützungshilfen, die C erhalten würde, und auch der direkte Vergleich seines Verhaltens zu dem anderer Diabetiker, könnten ihn evtl. dazu veranlassen, mehr Sport zu treiben und die Ernährung noch besser auf den Diabetes einzustellen.

Laut Anlage 7 zu § 28b bis § 28g RSAV muss „*Jeder Patient mit Diabetes mellitus Typ 1 (...) Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.*“ Jedoch weisen die vom BVA akkreditierten Schulungsprogramme Defizite auf. Vor allem die Vermittlung von Informationen über die Fertigkeiten und Behandlungsmaßnahmen von Diabetes stehen im Vordergrund. Dabei wird der psychosoziale Kontext übersehen. Eine gezielte Unterstützung bei der Modifikation eines gesunden Lebensstils und der Bewältigung der Erkrankung im Alltag müssen ebenfalls erfolgen. Es fehlen vor allem Wiederholungs- und Auffrischungsschulungen (Vgl. Kulzer 2007: 59). A und B haben beide schon seit ca. elf Jahren Diabetes (Vgl. Anl.1: Z. 23, Anl.2: Z.11), sie sollten auch von Patientenschulungen profitieren. Diese müssten aber auf ihre persönliche Situation abgestimmt sein und z.B. Sport- und Ernährungskurse enthalten.

Die Krankenkassen sollten somit die Angebote, falls sie denn bestehen, gezielter formulieren und den Teilnehmern anbieten, damit diese die Schulungen intensiver nutzen.

A wäre daran interessiert, an Patientenschulungen teilzunehmen, da es „(...) *ja auch gut [ist] um das Wissen aufzufrischen.*“ (Anl.1: Z.64f.). Dies ist als positiv in Bezug auf ihre Mitarbeit zur Therapie zu bewerten. B hat keinen Bedarf an Schulungen. Hier müssten entweder die Krankenkasse oder die Ärztin noch näher an B herantreten. Jedoch kann dies auch schnell als Belästigung empfunden werden, weshalb diskrete Werbung für Patientenschulungen oder eine Verbesserung der inhaltlichen Gestaltung der Informationsbroschüren von Vorteil wären. C ist aus zeitlichen Gründen abgeneigt, an einem DMP teilzunehmen. Vor allem das regelmäßige Kochen ohne Fertigprodukte ist als compliant zu sehen, jedoch werden die Anzahl und dementsprechend vermutlich auch die Menge der Mahlzeiten nicht richtig eingehalten. Die Teilnahme an einem DMP wäre hier der erste Schritt in ein gesünderes Leben.

VI.2.3 Stressabbau

A fühlt sich manchmal aufgrund der Erkrankung schlecht und genervt. Dies ist ihren Angaben zu Folge ein Symptom von einem zu niedrigen oder zu hohen Blutzuckerspiegel. Sie hat sich bisher keine Strategie angeeignet, mit derartigen Situationen besser klarzukommen. Bisher wurden ihr weder in den Informationsbroschüren noch vom Arzt Angebote gemacht, z.B. an einem Yogakurs oder an einem Kurs für „Autogenes Training“ teilzunehmen. A möchte auch nicht an solch einem Angebot partizipieren. Sie erhält Rückhalt in ihrer Familie (Vgl. Anl.1: Z.275-313).

B fühlt sich mit der Behandlung ihres Diabetes nicht überfordert. Sie erhält genügend Unterstützung in ihrer Familie. Sie sei sich nicht sicher, ob konkrete Hilfsangebote in den Informationsbroschüren ihrer Krankenkasse gestanden haben. Falls diese enthalten waren, hätte sie diese überlesen. Bei Bedarf an Unterstützung und Angeboten würde sie auf ihre Diabetologin zugehen und sie danach fragen (Vgl. Anl.2: Z.293-305).

Die tägliche Einnahme der Tabletten empfindet C teilweise als nervig, jedoch fühlt er sich generell nicht mit der Behandlung überfordert. C bekommt keine Unterstützung im Familien- oder Bekanntenkreis. Bestimmte Methoden zum Stressabbau hat er sich nicht erarbeitet (Vgl. Anl.3: Z.215-232). Es ist anzumerken, dass er ab und zu, wenn der Stress zu groß wird, Zigaretten raucht (Vgl. Anl.3: Z.147-149).

Das Defizit von Angeboten an Programmen, die sich mit der psychosozialen Situation der Patienten auseinandersetzen, ist, wie in Kapitel VI.2.2 schon erwähnt, in DMP sehr groß. Die zusätzliche Belastung, die Erkrankung im Alltag zu bewältigen und Folgeerkrankungen zu vermeiden, stellt eine der größten Herausforderungen für Diabetiker dar. Studienergebnisse zeigen, dass die Lebensqualität von Diabetikern geringer ist als von gesunden Menschen, da sie durch die Erkrankung mehr emotionale Belas-

tung erfahren. Psychische Probleme wie Burn-Out sind therapiegefährdend und sollten durch Prävention vermieden werden (Vgl. Kulzer 2007: 61). Die Durchführung von Entspannungsübungen könnte das Wohlbefinden von Diabetikern steigern und zur Stressbewältigung beitragen. Doch dazu müssen konkrete Techniken eingeübt werden, damit diese auch im Alltag angewandt werden können. Entspannungstechniken sind z.B. Yoga, Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung. Es besteht bei A und B kein Bedarf, an solch einem Kurs teilzunehmen. Da die beiden noch jung sind und Sport treiben bzw. dies in naher Zukunft vorhaben, kann dieser jedoch als Ausgleich gewertet werden.

Das Radfahren von C ist als Methode zur Stressbewältigung als positiv zu betrachten. Da er in Stresssituationen zur Zigarette greift, wäre für ihn ein zusätzlicher Kurs zum Erlernen von Entspannungstechniken sinnvoll. Da er aber an Patientenschulungen aufgrund von Zeitmangel nicht interessiert ist, ist davon auszugehen, dass er erst recht keine Zeit für diese Art von Schulungen aufbringen würde bzw. könnte. Hier sind seine Ärzte gefragt, zur Stärkung seiner individuellen Bewältigungskompetenzen und sozialer Unterstützungspotenziale beizutragen (Vgl. Müller-Mundt/Schaeffer 2003: 145), indem sie ihm noch einmal die Zusammenhänge zwischen Erkrankung und Lebensweise vermitteln.

VI.2.4 Einhalten von ärztlichen Verordnungen

Die Blutzuckerwerte misst A viermal am Tag, jedoch ist dies nicht regelmäßig, da sie die Werte nicht vor jeder Mahlzeit überprüft. A nimmt hier eigenmächtig eine Modifikation von ärztlichen Verordnungen vor, was eine Form der Non-Compliance ist. Sie gibt hier an, dass „(...) [sie] das nicht jedem so offen zeigen will.“ (Anl.1: Z.143f.). Dieses Problem tritt häufig auf, denn viele Betroffene genießen sich, Medikamente in der Öffentlichkeit einzunehmen.⁴¹ Das riskante Verhalten bezüglich des Auslassens von Blutzuckermessungen, da keine Informationen darüber gewonnen werden, ob die jeweiligen Blutzuckerwerte durch die Zufuhr von Insulin korrigiert

⁴¹ Vgl. Kapitel III.3.2.d.

werden müssen, ist A bewusst. Sie ist dennoch der Meinung, sie würde es merken, wenn etwas mit ihrem Blutzucker nicht stimmt (Vgl. Anl.1: Z.192). Sie fühlt sich dann „(...) *irgendwie genervt und dann würde [sie] am liebsten alles hinschmeißen.*“ (Anl.1: Z.284-286). A weiß, dieses Verhalten ist falsch: „*Ja, das mit dem Blutzuckermessen. Das sollte ich regelmäßiger machen.*“ (Anl.1: Z.335-336).

Hier müsste das Selbstbewusstsein von A gestärkt werden. Ein zentrales Behandlungsziel in der modernen Rehabilitationsbehandlung – wozu man DMP im Sinne der Tertiärprävention zählen kann – wird bei Patienten mit Diabetes mellitus darin gesehen, die emotionale und praktische Krankheitsbewältigung des Patienten so weit zu verbessern, dass er langfristig eine optimale Stoffwechseleinstellung erreicht. Hierzu sollte der Diabetiker unterstützt werden, eine krankheitsgerechte Lebensweise im Alltag und Beruf zu praktizieren. A muss lernen, Widerstände in ihrer sozialen und beruflichen Umwelt zu bewältigen und Selbstbehauptungsfähigkeiten trainieren (Vgl. Vogel 2002: 40f.). Dies könnte durch ein ausführliches Gespräch mit der Ärztin erfolgen, welche A nochmals eindringlich bewusst macht, wie wichtig die regelmäßige Kontrolle der Blutzuckerwerte für Diabetiker ist. Die Krankenkasse sollte dieses Problem in den Informationsbroschüren des DMP, die A vierteljährlich erhält, thematisieren. Der Kontakt und Austausch von Erfahrungen mit anderen Diabetikern könnte ebenfalls das Selbstbewusstsein von A stärken, auch in der Öffentlichkeit zu ihrer Erkrankung zu stehen. Eine Patientenschulung, die diesen Kontakt herstellt und gleichzeitig Strategien zur Förderung von sozialer Kompetenz und der Krankheitsbewältigung im Alltag vermittelt, wäre ideal. Durch den Vergleich ihres individuellen Beitrags zum Therapieerfolg mit dem anderer Diabetiker könnte A die Defizite bzw. Fortschritte ihres Verhaltens besser erkennen. Menschen haben ein grundlegendes Interesse daran, zu wissen, ob sie ihre Arbeit gut erledigen und neigen zu größeren Anstrengungen und mehr Motivation, wenn Aussicht auf Erfolg besteht (Vgl. Ludt/Szecsényi 2005: 138). Die Krankenkasse bzw. die Diabetologin von A müssten das DMP-Konzept durch Angebote von Patientenschulun-

gen, die Wissen auf psychosozialer Ebene vermitteln, anbieten. Bei bestehendem Angebot sollte A die Teilnahme an diesem nahe gelegt werden.

B misst ihre Blutzuckerwerte sieben- bis achtmal am Tag (Vgl. Anl.2: Z.158), was sehr häufig ist. Sie sagt selbst, dass sie *„(...) das doch sehr wichtig finde, da ein Auge drauf zu haben, weil man auch nicht merkt, ob man einen (...) hohen Blutzucker hat (...)“* (Anl.2: Z.159-161). Sie versucht zurzeit die hohen Werte zu senken. Es gibt jedoch keinen festgelegten Zeitpunkt, zu dem sie Insulin spritzen muss. Dies richtet sich nach ihren Mahlzeiten, die sie flexibel gestalten kann. Die Krankenkasse gewährt B im Quartal 500 Teststreifen, um den Blutzuckerwert überprüfen zu können. Damit ist B nicht einverstanden, da sie gerne noch öfter messen würde, sich jedoch aufgrund der begrenzten Erstattung der Kosten zurückhält (Vgl. Anl.2: Z.159-173). Sie sieht darin einen der wesentlichen Probleme in der Versorgung von chronisch kranken Menschen: *„Und was vielleicht wirklich so der Hauptkritikpunkt an Krankenkassen (...) für mich ist, ist diese Limitierung von bestimmten Hilfsmitteln.“* (Anl.2: Z.338-340). Hier ist ein hohes Maß an Selbstmanagement, also ein aktives Gestalten der Therapie durch den Patienten, vorhanden. Der Erfolg scheitert daran, dass B bestimmte Hilfsmittel nicht genügend bereitgestellt werden. Sie sagt: *„(...) eine Packung von diesen Teststreifen kostet so 50 Euro und das kaufe ich mir auch nicht selber.“* (Anl.2: Z.187-189). Hier könnte das Disease-Management-Programm durch eine größere finanzielle Unterstützung der Teilnehmer die Versorgung von Diabetikern in Deutschland verbessern. Das DMP-Konzept kann jedoch nicht immer den Forderungen der Teilnehmer gerecht werden, da es selbst an die Teilnehmer Forderungen stellt, in etwa, dass diese mit den bereitgestellten Mitteln auskommen müssen, um Kosten zu sparen. Ohne eine Limitierung von Hilfsmitteln und Medikamenten würde die Gefahr bestehen, dass diese verschwendet werden. Strukturierte Behandlungsprogramme fungieren somit als Bindeglied zwischen individuellen Bedürfnissen der Teilnehmer (geringere Mor-

talität, bessere Lebensqualität, finanzielle Anreize) und den kollektiven Bedürfnissen der Solidargemeinschaft (Bezahlbarkeit der GKV durch Rationalisierung und Patientenaktivierung).

Da C Typ-2-Diabetiker ist, muss er im Gegensatz zu A und B nur dreimal pro Woche seine Blutzuckerwerte überprüfen. Dies entspricht dem vom Arzt empfohlenen Minimum an Messungen, die er durchführen sollte. Jedoch muss er wie B die Teststreifen selber zählen, wenn er dies öfter machen möchte. Bevor er zum Arzt geht, hat er eine Woche lang drei- bis viermal täglich seine Messungen vorzunehmen und die Werte für den Arzt aufzuschreiben. C soll regelmäßig morgens und abends Tabletten (orale Antidiabetika) einnehmen, die er aber manchmal vergisst (Vgl. Anl.3: Z.108-124). Allerdings hat er sich angewöhnt, die Tabletten immer am gleichen Platz in der Küche aufzubewahren, damit er sie nicht mehr so leicht übersieht (Vgl. Anl.3: Z.215-223). C empfindet die Einnahme der Tabletten „(...) *schon teilweise [als] nervig.*“ (Anl.3: Z.219). Trotzdem verhält er sich compliant, da er sich ritualisierte Hinweise als Erinnerungstütze zurechtgelegt hat, um die Tabletten nicht zu vergessen (Vgl. Meichenbaum/Turk 1994: 106).

Was die Messung der Blutzuckerwerte betrifft, ist in diesem Fall bei A eine mangelhafte Bereitschaft zur richtigen Kontrolle zu sehen. A ist der Meinung, sie würde das Abweichen ihrer Blutzuckerwerte körperlich spüren (Vgl. Anl.1: Z.283-286), währenddessen B meint, man würde zu hohe Werte nicht bemerken (Vgl. Anl.2: Z.160f.). A betrachtet ihr eigenes Verhalten in dieser Hinsicht selbst als riskant und widerspricht sich selbst mit der Aussage, dass es nicht sonderlich klug von ihr sei, nicht regelmäßig ihren Blutzucker zu messen, da sie dadurch nicht wisse, ob sie ihren Blutzuckerspiegel durch die Injektion von Insulin korrigieren sollte (Vgl. Anl.1: Z.186-189). Hier ist das Messen der Werte unerlässlich, da das körperliche Empfinden kein zuverlässiger Indikator ist. Nicht immer sind Symptome vorhanden. A überschätzt ihre eigenen Fähigkeiten.

Das DMP beeinflusst hier nicht die Compliance der Teilnehmerinnen, zumindest nicht im positiven Sinne. Sowohl B als auch C würden mehr Blutzucker messen, stünde ihnen ein höheres von der Krankenkasse bezahltes Kontingent an Teststreifen zur Verfügung. Krankenkassen sollten somit vor allem im Hinblick auf den neuen morbiditätsorientierten RSA ihre DMP-Konzepte so umgestalten, dass den Teilnehmern die Begrenzung von Hilfsmitteln kein Hindernis darstellt. Die Erstattung von Kosten für Hilfsmittel könnte erhöht werden. Dadurch würde die Versorgung der Diabetiker verbessert werden können, indem die Compliance stiege und infolgedessen die Diabetiker besser eingestellt wären, was wiederum zu einer Kostenersparnis führen würde. Krankenkassen könnten zusätzlich davon profitieren, indem sie mehr chronisch kranke Versicherte anwerben würden, für die sie aus dem Gesundheitsfonds Gelder erhielten. Trotzdem bliebe das Problem, dass dadurch eine Verschwendung von Mitteln stattfinden könnte. Hier wäre es evtl. sinnvoll, den Diabetikern die geforderten Hilfsmittel für einen bestimmten Zeitraum bereitzustellen und diese für das nächste Intervall nur weiterzugewähren, wenn sich tatsächlich Erfolge (z.B. gemessen am Langzeitblutzuckerwert) einstellen.

VI.2.5 Abbau von Risikoverhalten

Rauchen schädigt die Gefäße, was bei Diabetikern schon durch das häufige Auftreten von zu hohen Blutzuckerwerten geschieht (Vgl. Scherenberg 2003: Anhang V.7). Der Konsum von Alkohol senkt den Blutzuckerspiegel, was zu einer gefährlichen Unterzuckerung führen kann. Durch den Alkoholkonsum kann des Weiteren ein Kontrollverlust vorkommen, wodurch der Diabetiker seine Pflicht zur Blutzuckerregulierung vernachlässigt. Geringe Mengen an Alkohol sind aber auch für Diabetiker erlaubt. Es sollten bei Frauen eine Tagesmenge von 15 Gramm und bei Männern von 30 Gramm Alkohol nicht überschritten werden.⁴²

⁴² 30 Gramm Alkohol entsprechen z. B. ¼ Liter Wein oder ¾ Liter Bier. URL: http://www.diabetes-deutschland.de/diabetes_ernaehrung.html [Abruf: 24.02.2009].

A gibt an, sie rauche weder heute, noch habe sie dies in der Vergangenheit getan. Alkohol trinke sie „[s]o gut wie gar nicht.“ (Anl.1: Z.170). Wenn sie trinke, dann nur in geringen Mengen (Vgl. Anl.1: Z.165-174). Dieses Verhalten weist eine sehr hohe Compliance auf. Da A noch nie geraucht hat, hat ihr DMP keine Veränderung im Risikoverhalten herbeigeführt, da gar keins besteht.

B raucht hingegen gelegentlich. Alkohol trinkt sie ca. an ein oder zwei Abenden in der Woche. Die Menge variiert, liegt aber im Durchschnitt bei drei Bier pro Abend. Ihrer Ärztin gegenüber ist sie ehrlich, würde aber auf deren Ermahnungen nicht reagieren (Vgl. Anl.2: Z.213-231). Sowohl die Lebensumstände als auch mangelnde Selbstbeherrschung werden als Gründe für dieses weniger therapiegerechte Verhalten angebracht (Vgl. Anl.2: Z.322-327). Hier findet eine höhere Bewertung des Motivs „Spaß“ als des Motivs „Gesundheit“ statt, obwohl sie weiß, dass sie weder rauchen noch Alkohol trinken sollte, was aus folgender Aussage hervorgeht: „(...) weil das gerade zu meinem Leben irgendwie dazu gehört, so ein Stück weit, weil ich jung bin, weggehe und auch in meinem Umfeld geraucht und getrunken wird. Na ja, das gehört halt ein Stück weit dazu und das macht auch Spaß, da kann ich mich auch nicht ganz zusammenreißen.“ (Anl.2: Z.322-327). B befindet sich noch in der Phase der „Absichtslosigkeit“ (Transtheoretisches Modell). Das Problemverhalten wird zwar erkannt, jedoch ist keine Verhaltensänderung in der nächsten Zeit geplant. Der Alkoholkonsum von B könnte geringer ausfallen. Eine Motivation, den Alkoholkonsum zu verringern und mit dem Rauchen aufzuhören, ist bei B nicht erkennbar. Hier nützt wahrscheinlich auch eine Zielvereinbarung zwischen B und ihrer Ärztin nichts, da B gar nicht gewillt ist, etwas an ihrem Verhalten zu ändern. Das DMP-Konzept kann an dieser Stelle nur greifen, indem die Diabetologin von B ihr regelmäßig eine Raucherberatung anbietet. Für die Entscheidung der Ärztin, ob sie eine Raucherberatung anbietet, sollte nicht die Menge der Zigaretten entscheidend sein, sondern generell die Tatsache, ob geraucht wird oder nicht. Denn gele-

gentliches Rauchen kann zu einer Sucht werden. Die Krankenkasse erfährt nicht direkt den Raucherstatus des Patienten, kann aber durch die Dokumentationsbögen erkennen, ob eine Raucherberatung von der Ärztin empfohlen wurde. Dadurch kann die Krankenkasse ihre Informationsbriefe, die sie an B versendet, zielgerichtet mit Angaben von Kursen, Informationen zu den Auswirkungen des Rauchens und möglichen Unterstützungshilfen wie Selbsthilfegruppen ausstatten (Vgl. Stock et al. 2005: 148).

C hat vor zwei Jahren aufgehört zu rauchen. Freunde haben ihn dazu animiert aufzuhören. Heute raucht er noch ab und zu, wenn er sich in Gesellschaft von Rauchern befindet oder der Stress überhand nimmt (Vgl. Anl.3: Z.133-150). Der Prozess der Verhaltensänderung ist noch nicht abgeschlossen. C befindet sich nach dem Transtheoretischen Modell in der letzten Phase, der „Aufrechterhaltung“ des neuen Verhaltens. Hier könnte, wie in Kapitel VI.2.3 erläutert, eine Patientenschulung im Zuge eines DMP, die Stressbewältigungsprogramme beinhalten, die bisher erreichten Ziele festigen. Durch eine Raucherberatung und das Erlernen von Methoden, anders mit Stress und Alltagssituationen, die einen zu therapiehinderlichem Verhalten verleiten (z.B. in der Gesellschaft von anderen Rauchern), umzugehen, könnte C tatsächlich ganz mit dem Rauchen aufhören.

Alkohol trinkt C sehr unregelmäßig und meistens nur zu besonderen Anlässen. Er achtet dabei auf kleine Mengen, so dass er noch Auto fahren könne (Vgl. Anl.3: Z.151-159).

Alle Personen geben an, sie hätten sich in noch keiner lebensbedrohlichen bzw. kritischen Situation bzgl. ihres Diabetes befunden bzw. könnten sich nicht an eine Situation erinnern, die sie hätten vermeiden können (Vgl. Anl.1: Z.175-183, Anl.2: Z.224, Anl.3: Z.163). Diese Aussagen sprechen dafür, dass alle drei sehr verantwortungsvoll mit ihrer Erkrankung umgehen und handeln.

VI.2.6 Arzt-Patienten-Kommunikation

A geht regelmäßig zu den Kontrollterminen bei ihrer Diabetologin. Die Untersuchung beim Augenarzt, die mindestens einmal im Jahr stattfinden soll, erledigt sie jedoch nur alle eineinhalb Jahre (Vgl. Anl.1: Z.199f.). Eine Zielvereinbarung zwischen A und ihrer Diabetologin, regelmäßiger die Kontrolluntersuchungen beim Augenarzt wahrzunehmen, könnte zu einer besseren, präventiven Behandlung von A führen. Denn durch diese schriftliche Fixierung werden Kontrolltermine nicht übersehen (Vgl. Scheder 2006: 136). Remindersysteme beim Einsatz von elektronischer Dokumentationssoftware könnten hier als Erinnerungstütze für die Diabetologin dienen, das Wahrnehmen von Kontrollterminen bei A zu fördern (Vgl. Stock et al. 2005: 105).

Bei gesundheitlichen Problemen, z.B. bei anhaltend schlechten Blutzuckerwerten, würde A auch ohne, dass ein konkreter Termin ansteht, zur Untersuchung gehen (Vgl. Anl.1: Z.224f.). Dieses Verhalten ist angemessen und zeigt eine hohe Bereitschaft zur Behandlung des Diabetes auf.

Das Verhältnis zu ihrer Ärztin sei normal, jedoch sagt A: *„(...) das ist ja schon fast ein Abarbeiten der Patienten, hat man das Gefühl.“* (Anl.1: Z.236f.). Diese kritische Äußerung zeigt, für längere Gespräche und das Beratschlagen zwischen Arzt und Patienten gibt es hier kaum Zeit. Andererseits ist dies auch nicht von A gewünscht: *„(...) also ansonsten ist es ja so, dass ich auch froh bin, wenn ich schnell wieder draußen bin und alles okay ist (...).“* (Anl.1: Z.245-247). Seit der Teilnahme ihrem DMP habe sich auch nichts daran geändert, dass die Kontrolluntersuchungen kurz, etwa nur zehn Minuten, dauern (Vgl. Anl.1: Z.238-240, Z.249). In diesem Fall müsste im Sinne des DMP die Ärztin ein partnerschaftliches, kommunikativeres Verhältnis anstreben, um dem lebenslang vorhandenen Diabetes von A adäquat behandeln zu können (Vgl. Scheder 2006: 133). Lange Wartezeiten von anderthalb bis zwei Stunden muss A einplanen, wofür sie auch Verständnis aufbringen kann, da andere Patienten evtl. Probleme haben, die unter vier Augen mit der Ärztin geklärt werden müssen. Jedoch

hat A auch schon einmal ihren Arzt gewechselt, da beim früheren noch längere Wartezeiten in Kauf zu nehmen waren. Ihre jetzige Diabetologin halte sie für kompetent (Vgl. Anl.1: Z.250-274).

B geht regelmäßig alle acht Wochen zu ihrer Diabetologin. Diese macht B auf den jährlichen Augenarzttermin aufmerksam und schreibt ihr zu diesem Zweck eine Überweisung. B gehe daraufhin auch zum Augenarzt. Sie habe die Ärztin „bewusst“ gewählt und sie „(...) *schwimmen so auf einer Wellenlänge*.“ (Anl.2: Z.255f.). Ihre Diabetologin beschreibt B als freundlich und nett; sie müsse nie lange auf ihren Termin warten, maximal eine halbe bis eine Dreiviertelstunde. Zu anderen Terminen könne sie direkt ins Behandlungszimmer gehen, ohne warten zu müssen. Sie hat nicht den Eindruck, dass sie dort „abgefertigt“ wird. B erzählt ihrer Ärztin, wenn Probleme auftreten, auch wenn diese nicht den Diabetes betreffen, da sie keinen Hausarzt habe. Ein kommunikatives Verhältnis besteht zwischen den beiden, da sie sich gegenseitig Vorschläge zur weiteren Vorgehensweise in der Behandlung unterbreiten (Vgl. Anl.2: Z.232-292).

C geht regelmäßig alle 50 Tage, wenn seine Tabletten aufgebraucht sind, zum Arzt. Wenn Probleme auftreten, versucht er den Gang zum Arzt hinauszuzögern, da er dies nicht gerne tut. Zu einem alternativen Mediziner ist er auch schon einmal gegangen. Der habe die Hand aufgelegt. Dadurch wollte C versuchen seinen Blutzucker „(...) *irgendwie in den Griff zu bekommen*.“ (Anl.3: Z.175f.). Das Konsultieren dieses alternativen Mediziners kann in gewisser Weise als non-compliant Verhalten eingestuft werden, da die Methode des „Handauflegens“ nicht wissenschaftlich fundiert ist (Vgl. Petermann/Mühlig 1998: 77).

Sowohl zum Hausarzt als auch zur Diabetologin habe er ein gutes Verhältnis. Beide hätten ein offenes Ohr für seine Probleme, auch wenn diese privater Natur seien. Bei der Diabetologin muss er längere Wartezeiten hinnehmen. Allerdings warte er dort gerne, da sie sich anschließend auch viel Zeit für ihn nehme. Zum Augenarzt gehe er nicht, seine Ärzte hätten ihn

bisher auch noch nicht darauf aufmerksam gemacht, dass dies zur Kontrolle der Augen wichtig sei. Er war mal beim Augenarzt, dieser hätte ihm eine Brille verschrieben, die er nicht wollte. Seit dem gehe er dort nicht mehr hin (Vgl. Anl.3: Z.164-204).

A und B geben beide an, die Teilnahme am DMP hätte ihr Verhältnis zu ihrer Diabetologin nicht geändert. A habe ein normales Verhältnis, B und C ein sehr gutes Verhältnis zu ihren Ärzten. Auffällig ist, dass bei C die Diabetologin keine Augenarztkontrolle forciert. Evtl. wäre dies bei einer Teilnahme von C an einem DMP anders, da durch die ständige Dokumentation der Behandlung auch Kontrolltermine zum Augenarzt nicht übersehen werden würden. Die Diabetologin von B handhabt dies sehr gut, da sie B darauf aufmerksam macht, dass wieder der Kontrolltermin anstehe. Dadurch wird ein therapieadäquates Verhalten gefördert. Die evidenzbasierten Leitlinien werden hier von der Ärztin eingehalten, wodurch es konkret zu einer besseren Versorgung von B kommt. A geht nur eineinhalb-jährlich zum Augenarzt. Dadurch fehlen ihr vier Untersuchungen in einem Zehnjahreszeitraum. Hier müsste die Diabetologin noch mehr darauf bestehen, dass A diese Untersuchungen regelmäßig wahrnimmt.

Das DMP steigert hier evtl. wieder indirekt die Compliance von B, indem in Folge der regelmäßigen Dokumentation oder evtl. eingesetzter Reminder, die Diabetologin B auf Kontrolltermine aufmerksam macht. Die Kommunikation zwischen beiden scheint auch sehr gut zu sein. Für B wird sich Zeit genommen. Hingegen ist bei dem DMP von A zu bemängeln, dass ihre Ärztin nicht viel Zeit für sie aufbringt und sie nicht auf die regelmäßige Wahrnehmung von Kontrollterminen besteht. Die Compliance von A wird diesbezüglich nicht ausreichend gefördert. Die Dokumentation, die viertel- oder halbjährlich von dem behandelnden Arzt zu erstellen ist, dient als Informations- und Kommunikationsmedium zwischen Arzt und Patienten. Grundsätzlich ist der Patient vom Arzt über sämtlich übermittelte Daten im Zuge der Dokumentation z.B. durch einen Ausdruck oder Durchschlag zu informieren (Vgl. Scheder 2006: 46). Dies ist laut Aussage von A bisher

nicht der Fall gewesen (Vgl. Anl.1: Z.66-68). Zu solchen Ausgestaltungen des DMP haben der Wegfall der Unterschriftenpflicht des Patienten bei der Dokumentation⁴³ und die Einführung von eDMP⁴⁴ zum Bürokratieabbau beigetragen. Die Ärztin von A müsste noch mehr auf die Dokumentation bestehen, da diese als eine Art Checkliste die wichtigsten Behandlungsschritte, wie etwa den jährlichen Augenarztbesuch, kontrolliert.

VI.3 Einschätzung der Motivation

Ihre Therapiemotivation würde A bei einer Skala von eins bis zehn, wobei eins die niedrigste und zehn die höchste Motivation darstellen würde, bei acht oder neun ansiedeln. Sie sagt, ihre Motivation wäre schon ziemlich hoch und sie sehe sich selbst als „aktiven Manager“ ihrer eigenen Erkrankung (Vgl. Anl.1: Z.314-319, Z.363-365). Das DMP hätte ihrer Meinung nach nicht ihre Motivation gesteigert (Vgl. Anl.1: Z.376-378). Eine Patientenschulung würde sie interessieren, sie ist sich aber nicht sicher, ob diese ihre Motivation steigern könnte. Im Interview ist sie auf diese Komponente der DMP aufmerksam geworden und möchte ihre Ärztin danach fragen, ob Schulungen auch von ihr oder der Krankenkasse angeboten werden (Vgl. Anl.1: Z.358-362, Z.386-389).

Die Einschätzung ihrer Compliance entspricht den Ergebnissen der Analyse. A weist generell eine sehr hohe Compliance auf. Dies wird insbesondere daran deutlich, dass sie regelmäßig Sport treibt, auf ihre Ernährung achtet und vor allem kein Risikoverhalten in Bezug auf den Konsum von Zigaretten oder zuviel Alkohol zeigt. Sie ist an Patientenschulungen interessiert, liest die Informationsbroschüren ihrer Krankenkasse durch und geht weitestgehend regelmäßig zu den Kontrollterminen. Hier ist zu sehen, dass schon vor der Teilnahme am DMP ein hoher Grad an Compli-

⁴³ Mit der 9. RSA-ÄndV vom 18.02.2004 wurde die Pflicht des Patienten gestrichen, eine Unterschrift auf dem Dokumentationsbogen zu leisten (Vgl. Scheder 2006: 146).

⁴⁴ Mit der Einführung von eDMP (elektronisches DMP) durch die 12. RSA-ÄndV vom 15.08.2005 ist keine Papierversion der Dokumentationsdaten erforderlich. Auch die Unterschrift des Arztes entfällt. Die Daten werden direkt an die Datenstelle per Software übertragen (Vgl. Scheder 2006: 146).

ance vorgelegen haben muss, da es laut A zu keiner Steigerung dieser durch das DMP gekommen ist.

A verhält sich in Bezug auf das Messen ihres Blutzuckers non-compliant, was eine der wichtigsten Komponenten in der Behandlung von Diabetes mellitus ist. Die Ärztin muss sich auf Widerstände während der Behandlung einstellen. Eventuelle Probleme in der Therapiemotivation sollten von der Ärztin vorbeugend angesprochen werden (Vgl. Meichenbaum/Turk 1994: 76).

Im Interview wird deutlich, dass die Kommunikation zwischen A und ihrer Diabetologin verbesserungs- und ausbaufähig ist. Durch die von Beginn an unzureichende Aufklärung, was Disease-Management-Programme konkret für Ziele verfolgen, wurde bei A schon dem Grundgedanken der Patientenorientierung die Basis entzogen. Patientenorientierung besteht in erster Linie aus einem Arzt-Patienten-Modell, in dem Arzt und Patient als gleichberechtigte Partner gesehen werden, mit dem Ziel, die bestmögliche Behandlung zu finden, durchzuführen sowie die Compliance des Patienten zu steigern. Dazu müssen dem Patienten Informationen zur Verfügung gestellt werden, damit dieser überhaupt das Ausmaß seiner Eigenverantwortlichkeit begreifen kann. Anstatt die wesentliche Ziele von DMP (z.B. die Förderung von Selbstmanagement der Patienten) mehr in den Vordergrund zu rücken, warb die DMP-Ärztin von A mit finanziellen Vorteilen für das Programm. Um dem Aufwand von DMP gerecht zu werden, hätten A nicht die monetären, sondern die qualitativen Ziele von Disease-Management-Programmen aufgezeigt werden müssen.

Es ist nun die Frage, inwieweit ein DMP die Beziehung zwischen Arzt und Patienten verbessern kann. Aus einer Expertenbefragung von Scheder (Vgl. 2006: 147) ging hervor, dass eine zusätzliche extrabudgetäre Vergütung oder die Einforderung durch den Patienten die Ärzte mehr dazu veranlassen würden, ihre Patienten über den Behandlungsstand aufzuklären. Der Patient, in diesem Fall A, muss jedoch erst einmal davon Kenntnis erhalten, dass er ein Recht auf Informationen, und vor allem auf den Dokumentationsbogen, hat. Obwohl ihre Ärztin und auch ihre Krankenkasse

dazu verpflichtet sind, A ausführlich über die Inhalte des DMP zu informieren (Vgl. Scheder 2006: 137), fand dies nicht ausreichend statt. DMP-Bestandteile wie gezielte Schulungen, Information durch Dokumentation und Zielvereinbarungen sollten dem Patienten bekannt sein. Disease-Management-Programme müssen auch Diabetiker wie A, die sich weitestgehend compliant verhalten, jedoch noch an bestimmten Punkten arbeiten sollten, in ihr Konzept einbeziehen.

B schätzt ihre eigene Therapiemotivation schwankend ein. Sie würde sich in der Skala bei sechs bis acht einordnen. In ihrer Fehleinschätzung von Proteinheiten und der damit verbundenen falschen Menge an Insulininjektionen sieht sie als einen Kritikpunkt an ihrem Verhalten. Außerdem ist sie der Meinung, dass es für sie besser wäre, nicht zu rauchen und keinen Alkohol zu trinken. Das nicht gesundheitsbewusste Verhalten bezüglich sportlicher Aktivitäten sieht sie ebenfalls als nicht der Krankheit angemessen an, was sie aber, wie in Kapitel VI.2.1 angesprochen, ändern möchte (Vgl. Anl.2: Z.306-331).

Als sehr positiv ist ihr Wunsch nach ständiger Kontrolle ihrer Blutzuckerwerte anzusehen. Auch die Ehrlichkeit gegenüber ihrer Ärztin und das Vertrauen, das sie zu ihr hat, sind als therapiegerecht einzustufen. Compliance ist vor allem mit dem Versuch, die erhöhten Blutzuckerwerte zu senken, bei B erkennbar. Hingegen ist ihr Verhalten bezüglich des Konsums von Fertigprodukten, von Zigaretten und Alkohol als weniger therapieorientiert zu betrachten. Jedoch findet alles noch in Maßen statt. Sinnvoll wäre hierbei, ein langfristiges Ziel anzustreben und dementsprechend gestaffelt kleinere Ziele zu vereinbaren.

Die Diabetologin bzw. die Krankenkasse sollte B eine Patientenschulung anbieten, die auf spezifische Problembereiche abstellt und nicht hauptsächlich eine Einführung in die Problematik der Diabetes-Erkrankung gibt. DMP-Konzepte müssen unbedingt auch auf die Bedürfnisse von Diabetikern mit langjährigen Erfahrungen umgestellt werden. Auch wenn die Diabetiker, wie A und B, ein breites Wissen aufweisen, so gibt es Situationen,

die in ihrem Alltag auftreten, die sie durch spezifischeres Wissen, was ihnen noch fehlt, besser bewältigen könnten. B ist nicht der Meinung, das DMP habe ihre Motivation gesteigert (Vgl. Anl.2: Z.356). Dies ist auf das mangelnde Angebot an Maßnahmen in ihrem DMP zurückzuführen. Die Neugier müsste geweckt werden.

Bei 5,5 würde C auf der oben genannten Skala das Ausmaß seiner Motivation zu therapiegerechtem Verhalten sehen. Über regelmäßigeres Essen hat er sich schon Gedanken gemacht (Vgl. Anl.3: Z.233-246). Ansonsten sieht er kein Verhalten, das verbesserungswürdig wäre.

Die Verhaltensansätze von C sind gut, aber noch ausbaufähig: Er treibt Sport, aber nicht regelmäßig. Er verzichtet auf Fertigprodukte, aber isst nicht mehrere, kleinere Portionen. Er hat sich das Rauchen abgewöhnt, wird aber manchmal rückfällig. Er geht regelmäßig zum Arzt, lässt jedoch die Augenarztkontrolltermine ausfallen. Sein Verhalten ist nicht konsequent. C fehlt hier die soziale Unterstützung und somit jemand, der ihn animiert, sich bewusster mit der Erkrankung auseinanderzusetzen. Deshalb müssen sein Hausarzt und seine Diabetologin in gewisser Weise diese Rolle übernehmen und versuchen, C für ein strukturiertes Behandlungsprogramm zu gewinnen. Durch die Teilnahme an einem DMP wäre hier sicherlich eine positive Beeinflussung der Compliance möglich. Wie oben erwähnt, wäre besonders die Teilnahme an Patientenschulungen, wie dem „MEDIAS2“, sinnvoll. Diese würden durch Wissensvermittlung noch mehr sein Selbstmanagement unterstützen. Teilnehmer eines DMP für Diabetes Typ 2 haben nach Anlage 1 zu § 28b bis § 28g RSAV ein Recht auf eine Patientenschulung. Ebenfalls ist eine Basistherapie Inhalt jeden Disease-Management-Programms für Typ-2-Diabetiker. Folgende Faktoren werden mit dieser Basistherapie gefördert: Ernährungsberatung, Tabakverzicht, körperliche Aktivitäten und Stoffwechselfelbstkontrolle. C's Diabetologin sollte ihm klar machen, welche Ziele ein DMP verfolgt und wie wichtig die Teilnahme an einem solchen wäre, um seinen Gesundheitszustand zu verbessern. Ihm sollte ins Bewusstsein gerufen werden,

was für eine „Todesangst“ (Anl.3: Z.10) er hatte, als sich der Diabetes das erste Mal bei ihm bemerkbar machte. Eventuell wäre es sinnvoll, so genannte „Schnupperkurse“ anzubieten. Dadurch könnte C an einer Patientenschulung ganz unverbindlich teilnehmen. Er könnte sich dadurch ein Bild von der Atmosphäre, den Themen, den Teilnehmern und dem zeitlichen Umfang machen. Gegebenenfalls würde sich die Sichtweise ändern und er würde sich wirklich die Zeit dafür nehmen. Er sagt selbst, dass er sich durch eine bessere Planung mehr Zeit für Sport nehmen könnte (Vgl. Anl.3: 58f.). Dieses Argument wird auch für die Teilnahme an einem Disease-Management-Programm Geltung haben.

Zusammenfassend soll folgende Abbildung einen Überblick und gleichzeitig eine Bewertung der Compliance von A, B und C geben:

Compliance-Faktoren	A	B	C
Sportliche Aktivitäten	◆◆◆	◆◆	◆◆
Ernährungsweise	◆◆	◆	◆◆
Stressabbau	◆◆	◆◆	◆
Einhalten v. ärztlichen Verordnungen	◆	◆◆◆	◆◆◆
Abbau von Risikoverhalten	◆◆◆	◆	◆◆
Arzt-Patienten-Kommunikation	◆◆	◆◆◆	◆◆
Summe/Ergebnis	◆◆◆	◆◆	◆◆

Abbildung 3: Bewertung der Compliance (eigene Darstellung)

Legende:

◆◆◆ = Compliance

◆◆ = Teilweise verbesserungsfähiges Verhalten

◆ = Non-Compliance, generell verbesserungsfähiges Verhalten

VII. Fazit

Die angesprochenen Probleme wie die zu gering ausfallenden Informationen und Vermittlung eines falschen Eindrucks bzgl. der Ziele von DMP, keine Beteiligung des Patienten an der Dokumentation, die nicht erfolgreichen Erinnerungen an Kontrolltermine, das mangelnde Angebot an geeigneten Schulungen und die zuwenig vereinbarten Ziele zwischen Arzt und Patient, sind als Ursachen für die geringe Auswirkung, die die Teilnahme von A und B an einem Disease-Management-Programm auf deren Compliance bisher hatte, zu benennen. Die Untersuchung des ersten Forschungsgegenstands hat deshalb zum Ergebnis, dass es in den Fällen von A und B keine direkte positive Beeinflussung der Compliance durch die Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm gegeben hat. Dies bestätigen auch beide Teilnehmerinnen (Vgl. Anl.1: Z.378, Anl.2: Z.356).

Die Analyse der Fallstudien hat im Sinne des zweiten Forschungsgegenstands, wie DMP den Bedürfnissen von Diabetikern Rechnung tragen können, gezeigt, dass die DMP-Akteure (Krankenkasse und Leistungserbringer) noch mehr agieren müssen, indem sie den Patienten auf sein Verhalten ansprechen, ihm Angebote unterbreiten und evtl. durch finanzielle Entlastung (z.B. durch eine höhere Kostenerstattung für Hilfsmittel) die aktive Teilnahme an einem DMP belohnen. Außerdem ist deutlich geworden, wie wichtig eine Patientenschulung, die nicht nur Fachwissen, sondern auch Wissen zur Bewältigung des Lebens mit Diabetes vermittelt, ist. Besonders Typ-1-Diabetiker haben schon früh gelernt mit ihrer Erkrankung umzugehen. Das schützt sie jedoch nicht davor, non-compliant zu handeln. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass A und B bisher deshalb keine Patientenschulungen angeboten wurden, da die existierenden Schulungsprogramme nicht auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind. Auffrischungs- und Wiederholungskurse, die psychosoziale Aspekte berücksichtigen, wären für A und B ideal. Andererseits haben ihre Ärztinnen vielleicht keinen Grund für eine Empfehlung einer Patientenschulung gesehen, da beide weitestgehend compliant handeln. Die Vorarbeit, die in ihrer Jugend durch

die Vermittlung von Fachwissen bzgl. der Behandlung von Diabetes stattgefunden hat, muss nun fortgeführt werden. Es darf keinen Stillstand in der Prävention von Folgeerkrankungen geben, weshalb das Training von gesundheitsbewusstem Verhalten überaus sinnvoll ist. Zu hoffen bleibt, dass es durch die Evaluation der DMP von A und B Verbesserungen in den oben genannten Problembereichen ihres Programms geben wird.

Hierbei ist als positiv festzuhalten, dass Patientenbefragungen, die Krankenkassen unter ihren Versicherten durchgeführt haben, das Ergebnis brachten, dass die meisten DMP-Teilnehmer mit der Betreuung innerhalb ihres Programms zufrieden sind (Vgl. Willeke 2008: 86). Deshalb erscheint für C, trotz der bei A und B aufgetretenen Defizite, die Teilnahme an einem DMP – vor allem im Hinblick auf die mangelnde soziale Unterstützung, die er erhält, und sein inkonsequentes Verhalten – als sinnvoll. Es ist wichtig, das DMP-Konzept nicht nur zu verbessern, sondern auch neue Teilnehmer, die davon profitieren können, zu gewinnen, um möglichst allen Diabetikern in Deutschland eine optimale Versorgung zu ermöglichen. Die Komponente Patientenorientierung im Sinne einer Stärkung von Patienten-Compliance sollte auf jeden Fall jetzt und auch zukünftig einen sehr hohen Stellenwert in den DMP-Konzepten einnehmen, um sowohl den individuellen Bedürfnissen der Teilnehmer, als auch den kollektiven Bedürfnissen der Solidargemeinschaft durch Kostenreduktion mittels Tertiärprävention gerecht werden zu können.

Anlagen

Anlage 1:

Transkription des Interviews mit A, 12.01.2009,

14:45 Uhr bis 15:20 Uhr

- 1 I: Hallo, dann fangen wir mal an.
2 A: Okay.
3 I: Seit wann bist du in einem DMP eingetragen?
4 A: Also ich würde sagen seit Anfang 2008.
5 I: Fühlst du dich gerade gesund in Bezug auf deine Erkrankung
6 „Diabetes“?
7 A: Gerade ja.
8 I: Erzähl mir bitte etwas über deine Krankengeschichte; wie alles an-
9 fing, wie du die Symptome bemerkt hast, welche das waren etc.!
10 A: Ja, okay, also...eigentlich fing das damals damit an, dass ich immer
11 müde war, Durst hatte und mich einfach nur so k.o. gefühlt habe.
12 Dann bin ich zum Arzt gegangen. Der meinte, das wäre eine Erkäl-
13 tung, einfach nur ein Infekt und dann ging's mir immer schlechter
14 bis ich ins Koma gefallen bin. Also eigentlich so Müdigkeit, Durst,
15 erschöpft sein...
16 I: Und nach wie vielen Tagen bist du zum Arzt gegangen? Oder
17 kannst du das noch einschätzen, ob du das lange vor dir her ge-
18 schoben hast?
19 A: Nee, ziemlich schnell, weil ich früh morgens auf der Couch wieder
20 eingeschlafen bin, obwohl ich zur Schule gemusst hätte. So nach
21 ein, zwei Tagen bin ich schon zum Arzt gegangen.
22 I: Und wie alt warst du da?
23 A: 1997, da war ich zehn.
24 I: Hast du dir schon mal überlegt, ob deine Krankheit irgendwelche
25 Ursachen oder Gründe hat? Also hast du z.B. am Anfang gedacht:
26 „Warum trifft mich das jetzt?“ oder hast du das auf deine genetische
27 Veranlagung zurückgeführt oder ähnliches?
28 A: Eigentlich habe ich mir erstmal gar keine Gedanken darüber ge-
29 macht, weil ich gar nicht wusste, was das für eine Krankheit ist. Und
30 hinterher hat man sich natürlich Gedanken gemacht: „Hab ich zuviel
31 Süßes gegessen?“ oder so Sachen, die man sich halt denkt. Aber
32 man hat sich ja auch drüber informiert und da hat man ja auch ge-
33 merkt, dass man nichts dafür kann.
34 I: Du hast Typ-1-Diabetes?
35 A: Genau.
36 I: Hast du schon mal an einer Patientenschulung teilgenommen im
37 Zuge deines Disease-Management-Programms?

38 A: Nein.
39 I: Wurde dir das bisher angeboten?
40 A: Von meinem Arzt nicht, nee.
41 I: Dein Arzt hat dir das nicht angeboten?
42 A: Nein.
43 I: Hat er dir denn irgendwelche anderen Sachen angeboten?
44 A: Nee, eigentlich nicht. Also ich wurde da generell nicht groß über
45 diese DMP informiert, sondern hab halt nur ein Schreiben von mei-
46 ner Krankenkasse letztendlich bekommen, wo ein paar Informatio-
47 nen draufstanden, aber ansonsten ...von meiner Ärztin wurde ich
48 gar nicht weiter informiert.
49 I: Ist das eine Hausärztin?
50 A: Diabetologin.
51 I: Die hat dich gefragt, ob du an einem DMP teilnehmen möchtest?
52 A: Ja.
53 I: Und dann hast du warum „ja“ gesagt? Was hat sie dir da erzählt?
54 Dass das irgendwie in Verbindung mit den Krankenkassen
55 steht...irgendwelche...
56 I: Dass du die Praxisgebühr erstattet bekommen würdest?
57 A: Ja, genau.
58 I: Also in solchen Schulungen, soweit ich das weiß, geht's halt vor al-
59 lem darum, informiert zu werden über die Erkrankung und zu ler-
60 nen, damit richtig umzugehen.
61 A: Ja.
62 I: Würdest du dann an solch einer teilnehmen oder bist du der Mei-
63 nung, dass du schon ausreichend weißt?
64 A: Nee, ich würde das mitmachen. Ist ja auch gut, um das Wissen auf-
65 zufrischen. Ja, würde ich machen.
66 I: Hast du schon mal einen Durchschlag von dem Dokumentationsbo-
67 gen bekommen?
68 A: Nein.
69 I: Wurden dir Informationssysteme wie Internetseiten oder ähnliches
70 angeboten?
71 A: Nee, gar nicht, eigentlich, nee.
72 I: Hast du Broschüren zugeschickt bekommen?
73 A: Ja, Informationsblätter speziell über die Krankheit. Die erhalte ich,
74 glaube ich, vierteljährlich.
75 I: Und helfen dir diese Informationen irgendwie oder kennst du die
76 meistens schon?
77 A: Na, das meiste kennt man schon, aber so Studien, die da aufge-
78 zeigt werden ...das ist ganz interessant, ja.
79 I: Studien über Therapien oder eher...?
80 A: Über Therapien oder allgemein, was weiß ich, ...
81 I: Krankheit?
82 A: Ja, genau. Wie viel Menschen nun schon Diabetes haben oder
83 sonst was. So Statistiken.
84 I: Jetzt generell ein paar Fragen zu deiner Compliance und zwar zu-
85 nächst zum Thema Sport. Treibst du Sport?

86 A: Ja.
87 I: Okay, seit wann treibst du denn Sport?
88 A: So seit anderthalb Jahren, ungefähr, also seit Ende 2007.
89 I: Und welchen Sport treibst du da genau?
90 A: Na, ich geh ins Fitnessstudio, also Krafttraining und Ausdauertraining.
91
92 I: Machst du das regelmäßig oder eher phasenweise?
93 A: Regelmäßig.
94 I: Wie oft genau?
95 A: Ungefähr dreimal die Woche. Zwei- bis dreimal die Woche.
96 I: Haben dich die Informationsblätter oder deine Ärztin darauf hingewiesen, dass du jetzt Sport treiben solltest oder bist du von allein darauf gekommen?
97
98
99 A: Ähm, das kam von mir selbst aus.
100 I: Also da hat dich das DMP gar nicht beeinflusst oder so?
101 A: Nee.
102 I: Hast du bisher durch Sport schon bestimmte Erfolge erzielt wie Gewicht beibehalten, Muskelmasse aufgebaut oder Gewicht abgenommen? Oder irgendwas, wo du sagen würdest, dass ist ein Erfolg?
103
104
105
106 A: Na, Gewicht abgenommen, Muskelmasse aufgebaut.
107 I: Ja? Na das ist ja schon ein Erfolg.
108 A: Ja. Vor allem in den letzten Wochen.
109 I: Da bist du bestimmt motiviert, dass weiterzuverfolgen, oder?
110 A: Ja.
111 I: Dann zur Ernährung: Kochst du selbst?
112 A: Ja.
113 I: Wie oft kochst du denn ungefähr selbst?
114 A: Drei- bis viermal die Woche.
115 I: Und du hast noch nicht an einem Kochkurs oder einer Ernährungsberatung von deinem DMP teilgenommen?
116
117 A: Nein.
118 I: Versuchst du denn weitestgehend auf Fertigprodukte oder Speisen mit Zucker, viel Zucker zu verzichten oder wie sieht' s da aus?
119
120 A: Ja, also Fertigprodukte, versuche ich zu vermeiden und mit Zucker na ja...na ja. Also ich kauf nicht speziell Diätlebensmittel.
121
122 I: Sondern ganz normale?
123 A: Ja, ganz normale.
124 I: Dann auch mal Süßigkeiten?
125 A: Ja.
126 I: Wie ist das: Hältst du diese Hauptmahlzeiten und Zwischenmahlzeiten so ein, wie sie dir vom Arzt eigentlich verordnet worden sind?
127
128 A: Na ja, dadurch dass ich ja eine Pumpe habe, bin ich da sehr flexibel und habe nicht mehr spezielle Mahlzeiten an sich. Aber ich esse schon regelmäßig, die Hauptmahlzeiten auf alle Fälle.
129
130
131 I: Und du musst dich jetzt nicht mehr an eine strenge Diät halten, da du durch die Insulinpumpe immer Insulin abgibst, wenn du gegessen hast?
132
133

134 A: Genau...genau.
135 I: Wie oft kontrollierst du denn deine Blutzuckerwerte?
136 A: Ähm, viermal am Tag.
137 I: Und ist das auch das, was dir der Arzt verordnet hat oder wie oft
138 sollte man denn eigentlich messen?
139 A: Na ja, wahrscheinlich sollte ich schon noch öfter, aber...also eigent-
140 lich ja vor jeder Mahlzeit...ähm, im Berufsalltag halte ich mich nicht
141 so dran.
142 I: Und warum?
143 A: Wahrscheinlich einfach nur, weil ich das nicht jedem so offen zei-
144 gen will.
145 I: Das Insulin ist das einzige Medikament, was du nehmen musst, o-
146 der musst du noch andere Medikamente einnehmen?
147 A: Na, ich muss noch Schilddrüsenhormone nehmen.
148 I: Und nimmst du diese regelmäßig ein?
149 A: Ja.
150 I: Wie sie verordnet wurden oder lässt du auch manchmal welche
151 weg?
152 A: Nee, also wenn, dann nur, wenn ich sie vergesse. Aber eigentlich
153 regelmäßig.
154 I: Hast du dir schon mal Medikamente gekauft, die z.B. billiger waren
155 oder „falsche“ Medikamente gekauft, obwohl dir der Arzt andere
156 verordnet hat?
157 A: Nee.
158 I: Also nicht absichtlich was billigeres oder ne andere Sorte?
159 A: Nö.
160 I: Hast du aus diesen Informationsblättern von der Krankenkasse viel-
161 leicht auch irgendwelche Tipps bezüglich der Medikamentenein-
162 nahme oder über das Insulinspritzen bekommen, worauf hin du da
163 irgendwas verändert hättest?
164 A: Nee.
165 I: Dann kommen wir jetzt zum Thema Risikoverhalten. Rauchst du?
166 A: Nein.
167 I: Hast du früher mal geraucht?
168 A: Nein.
169 I: Wie häufig trinkst du Alkohol?
170 A: So gut wie gar nicht.
171 I: Was heißt das so ungefähr?
172 A: Na ja, vielleicht zwei bis dreimal im Monat.
173 I: Ja, dann aber nur geringe Mengen, oder?
174 A: Ja.
175 I: Hast du dich schon mal in einer lebensbedrohlichen Situation be-
176 funden, die du hättest vermeiden können?
177 A: Würde ich nicht sagen, dass ich schon mal in so einer Situation ge-
178 wesen wäre. Also nicht „lebensbedrohlich“, sagen wir mal so.
179 I: Aber kritisch?
180 A: Ja.
181 I: Als die Werte schlecht waren?

182 A: Ist schwierig zu sagen, wenn man die Krankheit schon so lange hat.
183 Mir fällt jetzt nichts dazu ein.

184 I: Weist du also gar kein Risikoverhalten auf oder fallen dir irgendwel-
185 che anderen Verhaltensweisen von dir ein, die riskant sind?

186 A: Na ja, ich meine, ist natürlich schon ein bisschen dumm von mir,
187 dass ich z.B. nicht regelmäßig meinen Blutzucker messe. Weil ich
188 so ja nicht weiß, ob ich irgendwie mein Insulin korrigieren muss. Al-
189 so das ist schon so ne Sache.

190 I: Das könnte schon mal eine kritische Situation hervorrufen?

191 A: Ja, aber es ist noch nie irgendwie so praktisch irgendwas gewesen.
192 Also ich merk ja auch, wenn mein Blutzucker nicht stimmt.

193 I: Bist du z.B. schon mal umgekippt?

194 A: Nee, noch nicht.

195 I: Gehst du denn regelmäßig zu den Kontrollterminen vom Arzt, also
196 Augen-, Fußuntersuchung etc.?

197 A: Ja, mache ich eigentlich. Na ja, mit den Augen, na ja gut.

198 I: Wie oft sollte man denn gehen?

199 A: Eigentlich normalerweise jährlich, aber bei mir wird's immer dann
200 eher eineinhalbjährlich.

201 I: Da wird dann der Augenhintergrund untersucht, oder?

202 A: Ja.

203 I: Und wie sieht die Untersuchung bei den Füßen aus? Das möchte
204 ich gerne mal wissen.

205 A: Da wird ein Stimmgabeltest gemacht, ob du das alles noch spürst,
206 wie lange die Vibration dauert, und dann wird auch noch mit einer
207 kleinen Nadel geprüft, ob man die noch spürt.

208 I: Lässt du alle Untersuchungen bei der Diabetologin machen?

209 A: Na ja, die Augen lasse ich vom Augenarzt untersuchen, den Rest
210 macht die Diabetologin.

211 I: Du hast gemeint, dass du nicht im Jahrestakt zum Augenarzt gehst.
212 Warum nicht?

213 A: Faulheit.

214 I: Aber wenn jetzt mal Probleme auftreten, gehst du schon gleich zum
215 Arzt oder denkst du dann eher so „Jetzt warte ich mal ab, ob es
216 besser wird.“? Hattest du schon mal so eine Situation?

217 A: Na ja, wenn also wirklich was ist, was mich bedrückt, dann geh ich
218 schon zum Arzt, dann bin ich schon zwischendurch zum Arzt ge-
219 gangen und hab das abklären lassen, woher das kommen könnte.
220 Also gerade was den Diabetes betrifft, würde ich schon sagen, dass
221 ich dann zum Arzt gehe.

222 I: Gibt's denn Fälle, wo du sofort den Arzt aufsuchen würdest? Z.B.
223 bei schlechten Werten?

224 A: Ja, wenn z.B. anhaltend hohe Werte wären oder nur niedrig, dann
225 würde ich zum Arzt gehen.

226 I: Warst du schon mal bei einem „alternativen“ Mediziner wie einem
227 Heilpraktiker?

228 A: Nee, war ich noch nicht.

229 I: Würdest du sagen, dass du ein gutes Verhältnis zu deiner Ärztin
230 hast?
231 A: Na ja, ganz normal. Also das, was mich bedrückt, das berede ich
232 auch mit ihr.
233 I: Fühlst du dich von ihr verstanden oder hast du das Gefühl, dass sie
234 sich gar nicht für dich interessiert? Du kannst ganz kritisch sein!
235 A: Also wenn man's so nimmt, dann würde ich schon sagen, das ist
236 nicht so... na ja, ich mein, das ist ja schon fast ein Abarbeiten der
237 Patienten, hat man das Gefühl.
238 I: Also nimmt sie sich nicht mehr Zeit für dich, seit du in dem DMP
239 eingetragen bist?
240 A: Nee.
241 I: Aber du redest schon offen mit ihr über deine Probleme?
242 A: Ja, also wenn ich was hab, dann sag ich ihr das auch.
243 I: Darauf geht sie dann auch ein?
244 A: Ja, also das schon. Wenn ich was habe, dann geht sie schon dar-
245 auf ein, aber ansonsten komm ich mir...also ansonsten ist es ja so,
246 dass ich auch froh bin, wenn ich schnell wieder draußen bin und al-
247 les okay ist, aber...
248 I: Wie lange dauert es in etwa im Behandlungszimmer?
249 A: 10 Minuten.
250 I: Und wie lange musst du davor warten, dass du rein kannst?
251 A: Ja, so anderthalb Stunden, zwei Stunden, kommt schon hin. Meis-
252 tens schon... ja, obwohl ich einen Termin habe.
253 I: Du gehst aber trotzdem regelmäßig hin, weil dir das sehr wichtig
254 ist?
255 A: Ja.
256 I: Hast du schon mal den Arzt gewechselt?
257 A: Ja, habe ich auch schon.
258 I: Und warum?
259 A: Äh, weil... eigentlich aufgrund der langen Wartezeiten. Weil es beim
260 vorigen Arzt noch länger gedauert hat.
261 I: Und bei der Ärztin, bei der du jetzt bist: Fühlst du dich in der Praxis
262 wohl oder bist du eher wütend, wenn du da raus gehst und hast den
263 Eindruck einer schlechten Organisation?
264 A: Nee. Also ich bin schon zufrieden damit. Also wie gesagt, die lan-
265 gen Wartezeiten...aber das kann ja damit zusammenhängen, dass
266 sie sich für andere Patienten, die halt wirklich irgendwelche Prob-
267 leme haben oder ohne Termin kommen und dort was bereden wol-
268 len, dann halt auch die Zeit nimmt.
269 I: Also hast du dafür Verständnis?
270 A: Ja, das schon.
271 I: Hältst du denn deine Ärztin für kompetent? Damit meine ich, ob du
272 der Meinung bist, dass die von ihr verordnete Therapie auch wirk-
273 sam ist?
274 A: Doch ja, das würde ich schon sagen.

275 I: Fühlst du dich manchmal oder sogar generell mit deiner Erkrankung
276 überfordert? Gibt es Situationen, in denen du gerne alles hin-
277 schmeißen würdest?

278 A: Ja, gibt's.

279 I: Fühlst du dich dann überfordert, weil es dich einfach nur nervt oder
280 weil du nicht weißt, wie du mit der Situation umgehen sollst?

281 A: Eher weil's mich dann nervt.

282 I: Vor allem dieses regelmäßige Blutzuckermessen?

283 A: Ja, genau. Also vor allem nerven mich dann die Symptome, wenn
284 man einen zu niedrigen oder zu hohen Blutzucker öfters hat. Dann
285 fühle ich mich irgendwie genervt und dann würde ich am liebsten
286 alles hinschmeißen.

287 I: Also du fühlst dich dann auch körperlich irgendwie schlecht?

288 A: Ja, na klar, deswegen fühle ich mich ja so genervt. Das sind eher
289 die Auswirkungen.

290 I: Hast du dir eine Strategie oder Methode erarbeitet, durch die du
291 dich besser fühlst?

292 A: Nee.

293 I: Erhältst du genügend Unterstützung in deiner Familie oder im Be-
294 kanntenkreis?

295 A: Ja, also meine Eltern unterstützen mich schon. Soweit sie können.

296 I: Wissen sie denn auch, wie das alles mit dem Diabetes zusammen-
297 hängt?

298 A: Ja.

299 I: Hast du in den Informationsbriefen der Krankenkasse Informationen
300 bzw. Angebote erhalten, wie man mit Stress umgeht, z.B. mit Yo-
301 ga?

302 A: Nee.

303 I: Also, dir wurde im Grunde genommen gar nichts angeboten?

304 A: Nee, nicht wirklich.

305 I: Wenn man dir das anbieten würde, würdest du mitmachen?

306 A: Vielleicht nicht alles, aber ich würde bestimmtes schon in Anspruch
307 nehmen, wenn man es mir anbieten würde.

308 I: Wurden dir in den Informationsbriefen Adressen von Beratungsstel-
309 len angeboten?

310 A: Nee, nicht das ich wüsste.

311 I: Würdest du z.B. bei einem Stressbewältigungsprogramm vom DMP
312 mitmachen?

313 A: Nein, also das würde ich, glaube ich, nicht unbedingt mitmachen.

314 I: Wie schätzt du denn deine eigene Motivation bezüglich der Be-
315 handlung deiner Erkrankung ein?

316 A: Also schon ziemlich hoch.

317 I: Wenn eins eine niedrige Motivation wäre und zehn eine sehr hohe,
318 welche Zahl würdest du dir geben?

319 A: So acht, neun.

320 I: Hast du denn schon einmal mit deiner Ärztin ein persönliches Ziel
321 vereinbart im Zuge des DMP?

322 A: Nee, in Verbindung mit dem Programm nicht, nee.

323 I: Steckt ihr euch sonst keine Ziele?
324 A: Doch z.B. in Bezug auf den HbA1c-Wert, den Langzeitblutzuckerwert, dass man da einen bestimmten Wert hält oder erreicht.
325
326 I: Und wie hält bzw. erreicht man den?
327 A: Na, indem man sich einfach um die Krankheit kümmert. Also durch
328 gute Blutzuckerwerte einhalten, auf die Ernährung achten.
329 I: Und hast du da schon Erfolge verbucht oder eher nicht?
330 A: Na ja, Erfolge nicht wirklich. Ich hatte noch nie so wirklich richtige
331 Probleme mit der Krankheit und bin da eigentlich sehr kontinuierlich,
332 dass es gut läuft.
333 I: Siehst du bei dir ein Verhalten, was in Bezug auf die Behandlung
334 deiner Erkrankung verbesserungsfähig wäre?
335 A: Ja, das mit dem Blutzuckermessen. Das sollte ich regelmäßiger
336 machen. Und vielleicht auch mit der Ernährung, also eigentlich
337 muss man das nach Broteinheiten einteilen, die ganzen Lebensmittel
338 abwiegen...das mach ich auch nicht wirklich. Na ja, man kann ja
339 ungefähr einschätzen, wie viel Broteinheiten so ne Mahlzeit hat. Natürlich
340 wär's noch besser, wenn man da alles abwiegen würde,
341 dann wär's natürlich noch genauer.
342 I: Wie viel Broteinheiten sollte man denn pro Tag essen?
343 A: Na ja, das ist mir ja auch nicht mehr vorgeschrieben. Dadurch, dass
344 ich ja jetzt diese Therapieform mit der Pumpe habe, bin ich da sehr
345 flexibel.
346 I: Und was ist eigentlich anders bei der Pumpe als bei der Spritze?
347 A: In welchem Bezug?
348 I: Ist das nicht so, dass wenn man sich spritzt, dann muss man eine
349 bestimmte Menge an Broteinheiten einhalten...?
350 A: Na ja, es kommt auf die Therapieform an. Da gibt's ja so viele. Also
351 am Anfang hatte man immer diese festgeschriebenen Mahlzeiten
352 und dann hatte man irgendwann eine konventionelle Therapie, wo
353 man dann zu bestimmten Zeiten ungefähr essen sollte, aber du
354 konntest dir aussuchen, wie viel du isst. Und jetzt mit der Pumpe ist
355 es ja fast dasselbe. Du solltest halt regelmäßig Mahlzeiten essen,
356 damit der Blutzucker nicht zu niedrig wird. Aber man kann sich halt
357 aussuchen, wie viel man isst.
358 I: Würde dir z.B. eine Patientenschulung deines DMP helfen, dich
359 noch mehr zu motivieren?
360 A: Ja weiß nicht, ob mir das helfen würde. Kann ich gar nicht sagen.
361 Mich würde es interessieren, aber ich wüsste nicht, ob es Auswirkungen
362 hätte.
363 I: Empfindest du dich selbst als „aktiven Manager“ deiner eigenen
364 Krankheit?
365 A: Ja, würde ich schon sagen. Denke ich zumindest.
366 I: Was hast du für einen persönlichen Eindruck von deinem DMP?
367 A: Also eigentlich nicht viel, weil ich halt keine großen Informationen
368 darüber habe. Ich bekomme vierteljährlich diese Informationsblätter
369 und ich bekomme zehn Euro von der Krankenkasse gutgeschrieben,
370 weil ich da mitmache.

371 I: Liest du dir die Informationsblätter überhaupt durch?
372 A: Ja, ich lese die durch.
373 I: Und in diesen Informationsblättern stehen keine Angebote bzgl.
374 Schulungen?
375 A: Nein, ich habe noch keine gesehen.
376 I: Bist du der Meinung, dass das DMP deine Motivation gesteigert
377 hätte?
378 A: Nein, eigentlich nicht.
379 I: Hättest du trotzdem Verbesserungsvorschläge für dein DMP?
380 A: Na ja, da ich ja jetzt nicht soviel darüber weiß...weiß ich nicht, fällt
381 mir jetzt nichts zu ein. Mir würde es gefallen, wenn ich mehr Infor-
382 mationen darüber hätte und Angebote bekommen würde, aber weiß
383 ja nicht, ob's an meiner Krankenkasse liegt oder was.
384 I: Ziehst du trotzdem die Teilnahme an einem DMP vor oder würdest
385 du lieber aussteigen?
386 A: Nee, nee, jetzt hat's mich sogar noch neugieriger gemacht, weil ich
387 ja jetzt weiß, dass es auch Schulungen anbieten sollte. Ich werde
388 jetzt meine Ärztin mal fragen, ob's da Schulungen oder sonst was
389 gibt.
390 I: Okay, dann bedanke ich mich fürs Interview.

Anlage 2:

Transkription des Interviews mit B, 19.01.2009,

12:00 Uhr bis 12:40 Uhr

- 1 I: Gut dann können wir jetzt mit dem Interview loslegen, oder?
2 B: Ja, klar.
3 I: Seit wann bist du in einem DMP eingetragen?
4 B: Seit Januar 2008.
5 I: Wie fühlst du dich gerade, eher gesund oder kränklich?
6 B: Ich fühle mich schon eher nicht gesund. Also weiß ich nicht. Auf ei-
7 ner Skala wäre ich wahrscheinlich irgendwo relativ in der Mitte. Ich
8 fühle mich jetzt nicht sterbenskrank, aber ich bin auch nicht topfit.
9 I: Kannst du mir erzählen, wie du darauf aufmerksam geworden bist,
10 dass du Diabetes hast?
11 B: Okay, also angefangen hat das 1997. Da war ich bei einer Routine-
12 untersuchung bei meiner Hausärztin und die hat da ganz krass er-
13 höhte Blutzuckerwerte festgestellt und mich dann gleich ins Kran-
14 kenhaus überwiesen. Das heißt, bei mir ist das nicht so klassisch
15 passiert, dass ich irgendwie umgefallen bin und dann das entdeckt
16 wurde, sondern ich bin da mehr oder weniger so reingerutscht. Hab
17 dann aber noch nicht angefangen Insulin zu spritzen, sondern hatte
18 eine so genannte Glukosetoleranzstörung, hab' aber schon Blutzu-
19 cker kontrolliert und gemessen. Und dann 2000 war das ohne Sprit-
20 zen mit meinen Blutzuckerwerten nicht mehr handhabbar. Im April
21 2000 bin ich dann noch mal für zwei Wochen ins Krankenhaus ge-
22 gangen und habe dort angefangen Insulin zu spritzen und wurde
23 dort auch geschult und bin eben seitdem in Behandlung.
24 I: Jetzt mal eine merkwürdig gestellte Frage: Hast du dir mal überlegt,
25 warum ausgerechnet du Diabetes bekommen hast?
26 B: Na soweit ich informiert bin, ist das ja noch gar nicht richtig raus,
27 zumindest für Typ 1- Diabetiker, was genau die Ursachen sind. So-
28 weit ich informiert bin, ist das irgendwie so, dass es irgendwann mal
29 einen Knacks im Immunsystem gibt und da wird bei mir irgendwas
30 mal in der Kindheit schief gegangen sein. Was das jetzt genau ist,
31 weiß ich nicht. Soweit ich informiert bin, ist es nicht unbedingt zu ei-
32 nem großen Prozentsatz vererbbar. Also denke ich mal, dass es
33 nicht die Hauptverantwortung dafür ist. Ich habe eine Urgroßmutter,
34 die hat auch Typ 1- Diabetes gehabt. Aber ob ich das jetzt von der
35 geerbt habe oder ob da was mit dem Immunsystem war oder ob
36 beides zusammengetroffen ist, das weiß ich nicht.
37 I: Aber du bist nicht so rangegangen: „Oh mein Gott, warum trifft mich
38 das jetzt?“, oder?
39 B: Also wie ich da reagiert habe, ist doch was ganz anderes. Also ich
40 meine, ich bin vor Begeisterung nicht aus den Latschen gekippt, als

41 ich erfahren habe, dass ich Diabetes habe. Am Anfang ist es natür-
42 lich erstmal ein Schock. Es ist am Anfang auch schwierig sich an
43 den Gedanken zu gewöhnen, dass man sich immer spritzen muss
44 und dass man sich auch zumindest bei einigen Sachen auch re-
45 gelmäßig spritzen muss. Also ich muss zum Beispiel jeden Morgen
46 um 6:20 Uhr aufstehen, egal wann ich abends ins Bett gegangen
47 bin. Ich schlafe meistens danach wieder ein, aber das sind alles
48 solche Kleinigkeiten, an die gewöhnt man sich. Die sind im ersten
49 Moment erstmal nicht so schön, aber im Endeffekt habe ich ja auch
50 keine Wahl, das heißt also, ich muss irgendwie damit umgehen.
51 Und es gibt natürlich Momente, wo ich denke „ach, Mist“ und gera-
52 de im Hinblick darauf, dass ich irgendwann mal Kinder haben
53 möchte. Wegen so was denke ich, dass ich es einfacher haben
54 könnte ohne Diabetes, aber es ist sowieso nicht zu ändern und
55 deshalb mache ich jetzt das Beste daraus. Eben wie's geht.

56 I: Jetzt zu deinem DMP ein paar Fragen: Hast du schon mal an so ei-
57 ner Art Patientenschulung teilgenommen? Hat dir die Krankenkas-
58 sen so etwas angeboten?

59 B: Nein.

60 I: Beschreibe doch mal bitte, was dein DMP beinhaltet?

61 B: Also ich habe in etwa vor einem Jahr mitgekriegt, dass meine Kran-
62 kenkasse, so was anbietet und habe dann auch bei meiner...ich
63 hab ja eine behandelnde Diabetologin, zu der ich auch alle acht
64 Wochen hin muss, schon allein wegen den Rezepten und Kontrolle
65 und so weiter...und habe eben mitgekriegt, dass die auch daran
66 teilnimmt und im Endeffekt hat sich bei mir an der Behandlung, seit
67 dem ich an diesem DMP mitmache, nichts geändert. Also ich gehe
68 weiterhin alle acht Wochen regelmäßig zu meiner Ärztin und die hat
69 aber alles, was jetzt gemacht wird, sowieso immer schon gemacht.
70 Sie überwacht meine Werte und das beinhaltet regelmäßige Blut-
71 kontrollen, Blutzuckersenkung... meine Schilddrüse ist auch nicht
72 ganz in Ordnung, das überwacht die auch mit...Augenarzt, die Fü-
73 ße untersuchen. Das heißt, eigentlich hab ich's auch gemacht, weil
74 mir meine Krankenkasse meine Praxisgebühren erstattet, wenn ich
75 daran teilnehme und witziger Weise habe ich am Freitag einen Brief
76 bekommen von der KKH, dass im Zuge dieses Gesundheitsfonds,
77 sie sämtliche Tarife umstellen mussten und dass sie mich leider
78 darüber informieren müssen – auch wenn sie wissen, dass chro-
79 nisch kranke Menschen sowieso geschädigt genug sind-, dass sie
80 mir die 40 Euro im Jahr nicht mehr zahlen können. Das heißt also,
81 dieser Bonus fällt dann ab diesem Jahr auch weg. Im letzten Jahr
82 habe ich halt diese 40 Euro bekommen. Das war natürlich auch als
83 Student ein Grund dafür, daran teilzunehmen. Warum soll ich das
84 nicht mitnehmen? Ich habe ja genügend Ausgaben, um Medika-
85 mente zu zahlen etc. Ja, aber eigentlich wie gesagt, die Behand-
86 lung meiner Ärztin, die ist gut, die ist von hoher Qualität, aber dass
87 hat jetzt nichts damit zu tun, dass ich jetzt in einem DMP bin.

88 I: Bekommst du da Briefe, Informationsbroschüren?

89 B: Genau. Also ich weiß nicht mal genau in welchem Abstand, aber so
90 ca. alle Viertel-, Halbejahre gibt es so Informationsbroschüren zu,
91 so wie man am besten mit der Krankheit umgeht und hilfreiche
92 Tipps, die ich mir aber ehrlich gesagt, nicht immer ganz genau an-
93 gucke, weil ich viele Dinge einfach weiß bzw. andere Sachen schon
94 einfach gar nicht für mich relevant sind.

95 I: Und dir wurden bisher keine Angebote wie der Besuch einer Patien-
96 tenschulung oder eines Ernährungs- bzw. Kochkurses angeboten?

97 B: Nee, direkt angeboten wurde mir das nicht, aber ich denke, dass
98 läuft eben alles über meine Diabetologin. Das heißt also, wenn ich
99 jetzt Bedarf hätte nach einer Schulung in irgendeiner Art und Weise,
100 dann würde ich einfach meine Ärztin fragen und dann gäb's da ga-
101 rantiert auch Angebote. Ich brauche das momentan eigentlich nicht,
102 deswegen habe ich mich damit auch nicht weiter beschäftigt.

103 I: Hast du schon mal einen Durchschlag von dem Dokumentationsbo-
104 gen bekommen?

105 B: Ja, ich bekomme alle Vierteljahre einen Durchschlag von meiner
106 aktuellen Dokumentation.

107 I: Jetzt ein paar Fragen zu deiner Compliance: Treibst du denn Sport?

108 B: Nein, momentan nicht.

109 I: Und warum nicht?

110 B: Weil ich eigentlich keine Zeit dafür habe und generell auch kein
111 Sportfanatiker bin und deswegen mich immer sehr dafür motivieren
112 muss und wenn ich dann auch keine Zeit habe. Allerdings hat diese
113 Woche ein neues Fitnessstudio bei mir um die Ecke aufgemacht,
114 und ich werde mich anmelden, habe ich beschlossen. Und dann ab
115 Februar hoffentlich regelmäßig einmal die Woche Sport machen.

116 I: Haben dich diese Informationsbroschüren oder deine Ärztin darauf
117 aufmerksam gemacht, dass du Sport treiben solltest oder bist du
118 von alleine darauf gekommen?

119 B: Sowohl als auch. Meine Ärztin fragt mich natürlich, ob ich Sport
120 mache und der erkläre ich dann meistens, dass ich das eben nicht
121 schaffe aus zeitlichen Gründen und aus mangelnden Gelegenheiten
122 etc., und dagegen kann meine Ärztin auch nicht viel sagen. Das
123 Ding ist ja, dass ich auch nicht den ganzen Tag auf dem Sofa sitze,
124 das heißt, ich bin eigentlich schon immer den ganzen Tag lang un-
125 terwegs. Das ist jetzt also nicht so, dass ich mich überhaupt nicht
126 bewege.

127 I: Jetzt kommen wir mal zum Thema Ernährung: Kochst du denn
128 selbst?

129 B: Äh, ja.

130 I: Und wie oft kochst du denn selbst?

131 B: Na ich würde mal sagen, so vier bis fünfmal die Woche.

132 I: Versuchst du weitestgehend auf Fertigprodukte und ungesunde Le-
133 bensmittel mit viel Zucker zu verzichten?

134 B: Also auf Fertigprodukte verzichten wir nicht, weil wir nicht so gut
135 kochen können und deshalb darauf angewiesen sind. Ich versuche
136 schon - ich muss ja auch mit meinem Partner zusammenkochen, es

137 muss also beiden schmecken - irgendwie immer die Balance zu fin-
138 den. Er will irgendwie immer was mit Fleisch und dann mach ich
139 noch einen Salat dazu oder so, dass auf jeden Fall ein Gemüsean-
140 teil da ist. Das ist auch was, was mir persönlich wichtig ist. Aber ich
141 muss jetzt sagen, ich bin nicht so der ausgewogene Ernährungs-
142 junkie. Gerade jetzt zu Weihnachten, habe ich bei den Süßigkeiten
143 ganz schön zugeschlagen.

144 I: Hältst du denn die Haupt- und Zwischenmahlzeiten ein, die Diabeti-
145 ker eigentlich einhalten sollten? Wie oft isst du denn am Tag?

146 B: Das ist ganz unterschiedlich. Ich habe sowieso keine festgelegten
147 Haupt- und Zwischenmahlzeiten, sondern ich habe ein analoges In-
148 sulin, also das heißt humalog, das ist ein ganz schnell wirkendes.
149 Die Wirkung ist nach zwei Stunden schon wieder raus aus dem
150 Körper, das heißt ich kann alle zwei Stunden spritzen und was es-
151 sen, wodurch ich relativ flexibel bin. Deshalb variiert das auch stark.
152 Es kann vorkommen, dass ich mich acht Mal am Tag spritze, weil
153 ich tausend kleine Sachen zwischendurch esse, oder dass ich es
154 auch nur zweimal am Tag mache und dafür mehr esse. Also das
155 kann ich jetzt nicht definitiv beantworten.

156 I: Wie oft kontrollierst du deine Blutzuckerwerte?

157 B: Sehr oft. Also ich weiß nicht, vielleicht so sieben, achtmal am Tag.

158 I: Und das ist von deiner Ärztin auch so gewollt, oder?

159 B: Genauer gesagt, ist das eigentlich von mir gewollt, weil ich das
160 doch sehr wichtig finde da ein Auge drauf zu haben, weil man auch
161 nicht merkt, ob man einen z.B. hohen Blutzucker hat und wenn ich
162 zwischendurch mal meinen Blutzucker messe und feststelle, der ist
163 zu hoch, dann spritze ich auch was dagegen, damit der wieder run-
164 ter geht. Ja, ich versuche halt diese hohen Werte im Moment run-
165 terzukriegen, die man eben nicht merkt. Meine Ärztin findet das na-
166 türlich gut, allerdings ist das alles auch so ne Sache, dass die Kran-
167 kenkasse nur ein bestimmtes Kontingent an diesen Teststreifen für
168 das Blutzuckermessgerät erstattet. Das heißt, ich darf im Quartal
169 nur 500 von diesen Dingen haben, das heißt, meine Blutzucker-
170 messanzahl muss ich schon irgendwann beschränken, obwohl ich
171 gerne noch mehr messen würde, weil mir die Krankenkasse einfach
172 nicht mehr bezahlt. Also das ist schon einer der bescheuertesten
173 Punkte.

174 I: Also du spritzt dich auch regelmäßig und lässt nicht einfach mal ei-
175 ne aus, oder?

176 B: Also das kann ich machen, wie ich möchte. Also in der Regel, an
177 einem normalen Tag, isst man ja schon so drei, viermal...also die
178 drei Hauptmahlzeiten und vielleicht nachmittags noch mal was klei-
179 nes. Aber es gibt jetzt wirklich nicht irgend so einen festgelegten
180 Punkt, dass ich jetzt z.B. um neun Uhr früh irgendwann was ge-
181 frühstückt haben muss. Also wenn mir mal nicht nach Frühstück ist,
182 dann frühstücke ich auch nicht. Dann lasse ich die Spritze halt auch
183 weg.

184 I: Hast du dir schon mal Medikamente gekauft, die gar nicht verordnet
185 waren, weil sie z.B. günstiger waren?

186 B: In Bezug auf den Diabetes habe ich noch keine Medikamente extra
187 gekauft, weil ich da halt das brauche, was ich brauche, und eine
188 Packung von diesen Teststreifen kostet so 50 Euro und das kaufe
189 ich mir auch nicht selber. Ja, bezieht sich das jetzt auch noch auf
190 andere Medikamente?

191 I: Nee, ich meine nur Medikamente in Bezug auf den Diabetes, ob-
192 wohl: Vielleicht hast du ja auch schon Medikamente gekauft, die
193 evtl. eine Wechselwirkung mit ihm haben?

194 B: Also das Ding ist halt, dass das auch noch so eine ungeklärte Frage
195 ist, welche Wechselwirkung das mit anderen Krankheiten hat. Das
196 Ding ist einfach, dass mein Immunsystem durch den Diabetes ganz
197 schön geschwächt ist, und ich deshalb einfach alles mitnehme, was
198 man so an Krankheiten in der Luft findet. Ich bin eigentlich perma-
199 nent erkältet, meine Zähne sind nicht gut, ich renne permanent zum
200 HNO-Arzt, weil ich ständig solche Kiefernebenhöhlenentzündungen
201 habe. Da fallen natürlich schon ab und zu mal Kosten für irgend-
202 welche Schmerztabletten oder Hustensaft oder so was an. Aber da
203 weiß ich jetzt nicht, ob man das in direkter Verbindung zum Diabe-
204 tes setzen kann. Da wird sicherlich eine Komponente irgendwo
205 reinspielen.

206 I: Also kaufst du dir die Medikamente auch selbst?

207 B: Das kommt halt drauf an. Wenn mir der HNO-Arzt was gegen die
208 Entzündung verschreibt, dann kaufe ich mir die Medikamente nicht
209 selbst. Aber wenn es sich nur um einen Hustensaft handelt, kaufe
210 ich mir den in der Apotheke auch selbst.

211 I: Rauchst du denn?

212 B: Ich rauche gelegentlich.

213 I: Trinkst du Alkohol?

214 B: Ja.

215 I: Wie häufig in etwa?

216 B: Na, ich würde schon sagen, im Durchschnitt vielleicht so an ein,
217 zwei Abenden in der Woche.

218 I: Und wie viel in etwa an einem Abend?

219 B: Na, weiß ich nicht. So drei Bier. Also das schwankt natürlich auch
220 sehr stark.

221 I: Hast du dich schon mal in einer lebensbedrohlichen oder kritischen
222 Situation bezüglich deines Diabetes befunden, die du hättest ver-
223 meiden können?

224 B: Nein.

225 I: Macht dich deine Ärztin darauf aufmerksam, dass du nicht rauchen
226 solltest? Erzählst du ihr das überhaupt?

227 B: Ja, da bin ich schon weitestgehend ehrlich und ich bin mir natürlich
228 auch selber der Tatsache bewusst. Das würde jetzt nicht viel an
229 meinem Verhalten ändern, wenn sie mir das noch öfter sagen wür-
230 de. Ich versuche das auch weitestgehend einzuschränken, aber es
231 klappt halt mit der Selbstbeherrschung nicht immer.

232 I: Du hast vorhin gemeint, dass du alle acht Wochen zu deiner Ärztin
233 gehst. Also gehst du da regelmäßig hin oder lässt du Kontrolltermi-
234 ne ausfallen?

235 B: Nein.

236 I: Und wie oft gehst du zum Augenarzt?

237 B: Einmal im Jahr.

238 I: Und das hältst du auch immer ein?

239 B: Ja, meine Ärztin sagt dann immer „es ist wieder Zeit“, gibt mir die
240 entsprechende Überweisung und dann mach` ich das auch.

241 I: Gehst du immer gleich zum Arzt, wenn Probleme auftreten oder
242 versuchst du, die erstmal selber in den Griff zu bekommen?

243 B: Na, das ist auch schon wieder so eine komische Frage. Ich geh
244 zum Arzt, wenn mir was weh tut, und wenn ich einfach nur einen
245 Schnupfen habe, dann gehe ich nicht gleich zum Arzt.

246 I: Ja es gibt auch viele Leute, die nicht gleich zum Arzt gehen, son-
247 dern versuchen, das ewig hinauszuzögern, darum frage ich.

248 B: Nee, eigentlich gehe ich schon zum Arzt, wenn ich was habe.

249 I: Wie würdest du dein Verhältnis zu deiner Ärztin beschreiben? Ist es
250 ein gutes, offenes Verhältnis? Sprecht ihr über Probleme? Oder bist du
251 der Meinung, dass du dich eigentlich wohler fühlen könntest?

252 B: Nee, das glaube ich nicht. Ich habe die auch sehr bewusst so ge-
253 wählt. Die sitzt auch relativ weit weg von mir, die sitzt in Buch in
254 dem Krankenhaus draußen, und ich fahr da aber trotzdem hin, weil
255 die ist auch noch nicht ganz so alt, und wir schwimmen auf einer
256 Wellenlänge. Sie ist sehr freundlich und nett. Und mit der kann ich
257 eigentlich so über alles reden, also da ich keinen Hausarzt habe,
258 rede ich mit der auch über, was weiß ich...wenn irgendwas anderes
259 mal ansteht, dann frage ich, ob sie mal einen Blick darauf werfen
260 kann.

261 I: Hast du schon mal den Arzt gewechselt? Also zu ihr?

262 B: Ja, ich musste den Arzt wechseln, weil ich als Kind in einer Betreu-
263 ung in einem Kinderkrankenhaus in Lichtenberg war, die eben auf
264 Diabetes spezialisiert waren. Die schmeißen einen aber raus, so-
265 bald man 18 wird. Da musste ich dann den Arzt wechseln und sie
266 wurde mir empfohlen und das hat geklappt.

267 I: Musst du denn lange Wartezeiten bei deiner Ärztin in Kauf neh-
268 men?

269 B: Im Durchschnitt ist es eigentlich in Ordnung. Also es kommt schon
270 mal vor, dass man ne halbe, dreiviertel Stunde wartet. Aber andere
271 Male kann man da gleich reingehen, insofern ist das in Ordnung.

272 I: Was hast du für einen Eindruck von der Praxis: Läuft das eher alles
273 gesittet und in Ruhe ab oder eher hektisch und ungeordnet?

274 B: Nee, also das ist ja, wie gesagt, in einem Krankenhaus und keine
275 gesonderte Praxis. Aber die ganzen Schwestern und was so dazu-
276 gehört, sind eigentlich freundlich und nett und lieb. Die haben alle
277 schon gut zu tun, aber es ist nicht so, dass man irgendwie schnell
278 abgefertigt wird. Also die vermitteln mir zumindest nicht das Gefühl.

279 I: Wenn dir deine Ärztin etwas verordnet, glaubst du dann, dass das
280 richtig ist? Kannst du dich an eine Situation erinnern, wo du der
281 Meinung warst, dass deine Ärztin falsch lag?

282 B: Nö, eigentlich beratschlage ich mich mit ihr zusammen. Ich erzähle
283 ihr meistens meine Probleme, dann macht sie Vorschläge oder ich
284 mache einen Vorschlag, wie ich das angehen würde, was weiß
285 ich...da die Dosis erhöhen oder da senken, und dann sagt die ihre
286 Meinung dazu. Das Problem ist, dass meine Blutzuckerwerte sehr
287 stark schwanken. Das heißt also, wenn ich zu ihr gehe und ein be-
288 stimmtes Problem habe, dann kriegen wir das vielleicht mit ihren
289 Vorschlägen gelöst, aber zwei Wochen später sieht die Situation
290 ganz anders aus, und dann renne ich natürlich nicht noch mal extra
291 zu ihr hin und dann denke ich mir selbst was aus. Und das funktio-
292 niert auch halbwegs.

293 I: Und fühlst du dich manchmal mit der Behandlung überfordert?

294 B: Nee, eigentlich nicht.

295 I: Bekommst du denn genügend Unterstützung in deiner Familie oder
296 im Bekanntenkreis? Wissen die denn etwa wie mit der Krankheit
297 umzugehen ist?

298 B: Ja.

299 I: Hast du im Zuge des DMP von deiner Ärztin irgendwelche Adres-
300 sen für Hilfsorganisationen, Selbsthilfegruppen oder dergleichen
301 bekommen?

302 B: Nein. Aber ganz ehrlich, also wenn ich Bedarf danach hätte, würde
303 ich da nachfragen und dann würde ich das auch bekommen. Also
304 kann sein, dass in diesen Broschüren mal was stand, aber das ha-
305 be ich dann überlesen.

306 I: Wie würdest du denn deine eigene Motivation bezüglich der Be-
307 handlung deines Diabetes einschätzen, wenn auf einer Skala von 1
308 -10, 1 eine niedrige und 10 eine sehr hohe Motivation wäre?

309 B: Meine Motivation liegt schwankend zwischen sechs bis acht.

310 I: Haben du und deine Ärztin schon mal persönliche Ziele vereinbart
311 und die dann auch schriftlich fixiert?

312 B: Sie dokumentiert auf jeden Fall, was meine Probleme sind, aber
313 sonst haben wir das nicht großartig diktiert.

314 I: Worin siehst du bei dir ein Verhalten, was nicht der Behandlung
315 deiner Krankheit angemessen ist?

316 B: Ja, das ist definitiv, dass es auch mal beim Essen passiert, dass ich
317 über die Stränge schlage. Also, dass ich mich dann irgendwie nicht
318 beherrschen kann oder man weiß, der Blutzucker geht jetzt hoch,
319 und ich weiß nicht genau, wie viel Broteinheiten das jetzt sind und
320 kann das schwer einschätzen. Ein weiterer Fakt wäre, dass ich
321 weiß, dass es besser wäre, wenn man überhaupt nicht raucht und
322 überhaupt keinen Alkohol trinkt. Das ist aber irgendwie, keine Ah-
323 nung, weil das gerade zu meinem Leben irgendwie dazu gehört, so
324 ein Stück weit, weil ich jung bin, weggehe und auch in meinem Um-
325 feld geraucht und getrunken wird. Na ja, das gehört halt ein Stück
326 weit dazu und das macht auch Spaß, da kann ich mich auch nicht

327 ganz zusammenreißen. Und das Dritte ist natürlich auch der Sport.
328 Ich denke, es würde durchaus insgesamt für die Fitness meines
329 Körpers, meines Immunsystems besser sein, wenn ich mehr Sport
330 mache. Aber wie gesagt, da habe ich mir ja gerade was vorge-
331 nommen und dadurch wird das jetzt besser.

332 I: Hast du Verbesserungsvorschläge für deine DMP, damit es dir bei
333 der Behandlung deines Diabetes mehr helfen würde?

334 B: Also, ich fand die finanzielle Entlastung war schon ein Schritt in die
335 richtige Richtung, weil man ja als chronisch Kranker sowieso genü-
336 gend Ausgaben für alles Mögliche hat, sei es vom Essen bis zur
337 Zahlung von Medikamenten. Darum finde ich es sehr schade, dass
338 sie das gestrichen haben. Und was vielleicht wirklich so der Haupt-
339 kritikpunkt an Krankenkassen und solchen Behandlungen für mich
340 ist, ist diese Limitierung von bestimmten Hilfsmitteln. Also bei mir
341 konkret sind es jetzt die Teststreifen. Ich finde, da sollte man ein-
342 fach kein Limit setzen oder die Grenze erhöhen, damit ich nicht im-
343 mer in die Bredouille komme. Meine Ärztin kann mir ja auch nicht
344 heimlich mehr verschreiben, die hat ja auch ein bestimmtes Kontin-
345 gent. Das schöpfen wir auch immer voll aus, aber sie kann mir nicht
346 einfach heimlich mehr verschreiben. Das liegt also schon an dem
347 System mehr oder weniger. Dass man halt sagt, dass, wer an ei-
348 nem DMP teilnimmt, andere Begrenzungen hat.

349 I: Hast du jetzt generell eher einen positiven oder negativen Eindruck
350 von deinem DMP?

351 B: Also eigentlich hat sich für mich nichts geändert, außer die Sache
352 mit den 40 Euro, die ja jetzt aber auch wieder wegfällt. Und von die-
353 sen Broschüren oder so profitiere ich nicht besonders.

354 I: Also würdest du nicht sagen, dass das DMP deine Motivation ge-
355 steigert hätte?

356 B: Nein, die ist gleich geblieben.

357 I: Okay, das wäre es dann schon gewesen. Vielen Dank.

Anlage 3:

Transkription des Interviews mit C, 19.01.2009,

16:00 Uhr bis 16:40 Uhr

- 1 I: Meine erste Frage ist: Sie sind Typ 2-Diabetiker, oder?
2 C: Ja.
3 I: Und wie fühlen Sie sich gerade im Moment, eher gesund oder eher
4 krank?
5 C: Von dem Diabetes her eigentlich gesund.
6 I: Wie fing das mit dem Diabetes bei Ihnen an? Wie haben Sie mitbe-
7 kommen, dass Sie Diabetes haben?
8 C: Ja, ich fühlte mich sehr schlecht. Ich hab eigentlich gedacht „jetzt
9 geht's Berg ab“. Das hat sich über ein paar Tage hingezogen, dann
10 bin ich zum Arzt gegangen. Also ich hatte so richtige Todesangst.
11 „Jetzt muss es ausgehen“, habe ich gedacht. Ich war sehr aufge-
12 regt, konnte nicht mehr schlafen und am letzten Tag, bevor ich zum
13 Arzt gegangen bin, fand ich keine Ruhe mehr. Und ich hatte also
14 Todesangst, Schweißausbrüche...
15 I: Also Sie haben das eigentlich so innerlich gespürt?
16 C: Ja und dann bin ich zum Arzt gegangen. Da hat sie durchgecheckt:
17 Blutdruck, Kreislauf und so weiter und abgehört. Und da hat sich
18 aber herausgestellt, dass alles okay ist. Dann sagte sie: „Na gut,
19 dann können wir noch den Blutzucker messen.“ Dann hat sie den
20 Blutzucker gemessen und dann war der so um die 500.
21 I: Also zu hoch, oder?
22 C: Ja, der war viel zu hoch. Da hat sie gesagt, dass sie mich sofort ins
23 Krankenhaus schicken muss. Das ging aber nicht gut. Ich hatte
24 damals meine Mutter noch gepflegt. Die war dement, war wie ein
25 Kind. Sie ging überallhin mit, wo ich auch hinging. Daher ist sie
26 auch mit zum Arzt gegangen und ist dann im Auto sitzen geblieben.
27 Ich hab ihr gesagt, dass sie sitzen bleiben muss. Ich habe dann
28 zum Arzt gesagt, dass er mich nicht einweisen kann, weil ich meine
29 Mutter mit dabei habe. Ja und dann hat er gesagt, er gibt mir jetzt
30 Tabletten und ich solle mich morgen melden bzw. in die Praxis
31 kommen. Natürlich ohne meine Mutter. Ja, das hab ich dann ge-
32 macht. Die Tabletten haben angeschlagen. Dann bin ich regelmä-
33 ßig, glaube ich, eine Woche lang jeden Tag zum Arzt gegangen
34 zum Blutzuckermessen. Der hat sich dann irgendwann eingepen-
35 delt und eingespielt. Und jetzt seither wurde nur noch mal die Dosis
36 angepasst.
37 I: Sind Sie insulinpflichtig?
38 C: Ich bin nicht insulinpflichtig.
39 I: Seit wann haben Sie Diabetes?
40 C: Seit 98, glaube ich.

41 I: Haben Sie sich eigentlich mal darüber Gedanken gemacht, woher
42 diese Krankheit kommt?

43 C: Ja gut, äh. Ich habe mich schon informiert über die Krankheit, dass
44 die irgendwie erblich bedingt ist. Und es ist halt so, meine Mutter
45 hatte Zucker, meine Oma hatte Zucker.

46 I: Also haben Sie das darauf zurückgeführt?

47 C: Ich habe das eigentlich nicht darauf zurückgeführt. Das ist die logi-
48 sche Erklärung dafür.

49 I: Treiben Sie denn Sport?

50 C: Unregelmäßig, würde ich sagen. Hauptsächlich im Sommer Fahr-
51 rad fahren, mehr oder weniger regelmäßig. Man merkt's. Ich merke
52 es auch selber an der Zuckermessung. Im Winter fahre ich natürlich
53 auch Fahrrad, nur vielleicht nicht ganz so oft... mit dem Hometrainer.
54 Und das ist nicht so ganz intensiv und wie soll ich sagen, auch
55 ein bisschen langweilig.

56 I: Und wieso treiben Sie nicht regelmäßig Sport, aus Zeitgründen oder
57 Bequemlichkeit?

58 C: Ja, also ein Stück weit aus Bequemlichkeit. Zeit, na gut, dann
59 müsste ich das halt besser einplanen. Na gut, ich hab noch neben-
60 her eine kleine Landwirtschaft...das nimmt ja auch irgendwie Zeit in
61 Anspruch.

62 I: Das ist ja auch körperlich anstrengend.

63 C: Ja, gut. Wie gesagt, man könnte vielleicht schon mehr Sport trei-
64 ben. Könnte man. Wenn man mehr will oder...Haushalt und solche
65 Sachen. Ich bin allein lebend, also allein stehend. Ich muss halt al-
66 les alleine machen, von kochen, waschen, bügeln etc, etc. und
67 deshalb ist die Freizeit in gewisser Weise schon ein bisschen ein-
68 geengt, sag ich mal.

69 I: Haben Sie denn durch Sport schon bestimmte Ziele erreicht, wie
70 z.B. dass die Kondition besser geworden ist oder Gewichtsredukti-
71 on etc.?

72 C: Kondition ist bei mir besser geworden, ja aber am Gewicht, da ar-
73 beite ich ständig dran. Da hat sich nichts verändert. Im Sommer
74 habe ich ein bisschen weniger, als im Winter. Dazu muss ich noch
75 sagen, ich esse gerne. Ich koche gerne.

76 I: Genau, das wäre meine nächste Frage gewesen. Kochen Sie denn
77 selbst?

78 C: Ja.

79 I: Und wie oft so in der Woche? Jeden Abend?

80 C: Jeden Tag. Also zu 90% jeden Tag.

81 I: Und wie ist das mit dem Mittagessen? Essen Sie in der Kantine?

82 C: Nein.

83 I: Das lassen Sie dann ausfallen oder nehmen Sie Zwischenmahlzei-
84 ten zu sich ein?

85 C: Ja, ich nehme Zwischenmahlzeiten wie Obst ein.

86 I: Versuchen Sie denn beim Kochen auf Fertigprodukte zu verzichten
87 oder benutzen Sie diese auch?

88 C: Darauf verzichte ich. Das gibt's bei mir nicht.

89 I: Essen Sie trotzdem Süßigkeiten oder andere Lebensmittel mit viel
90 Zucker?
91 C: Also ich verzichte absolut drauf, sag ich mal, aber wenn jetzt mal
92 ein Geburtstag ist oder so, dann esse ich auch mal ein halbes Stück
93 Kuchen oder so. Das gönne ich mir dann schon. Das sagt auch der
94 Arzt: Man soll nicht immer 100% „nein“ sagen, weil ansonsten wird
95 man unzufrieden. Also wenn ich ein Stückchen Schokolade esse:
96 Das ist für mich das Nonplusultra. Ja gut, aber nicht jede Woche.
97 I: Sie haben ja gesagt, dass sie Tabletten einnehmen müssen: Wie
98 oft müssen Sie diese denn einnehmen?
99 C: Zweimal täglich.
100 I: Zu den Mahlzeiten?
101 C: Zu den Mahlzeiten.
102 I: Müssen Sie dann bestimmte Mahlzeiten einhalten?
103 C: Ich sollte fünfmal essen, ich esse aber nur dreimal am Tag.
104 I: Fallen die drei Mahlzeiten dann größer aus?
105 C: Kommt darauf an, was es gibt.
106 I: Müssen Sie Broteinheiten berechnen?
107 C: Nein.
108 I: Kontrollieren Sie denn Ihre Blutzuckerwerte regelmäßig?
109 C: Ja.
110 I: Wie oft am Tag?
111 C: Wie oft nicht am Tag, sondern so dreimal die Woche.
112 I: Hat Ihnen das der Arzt so verordnet oder sollten Sie das noch öfter
113 machen?
114 C: Den Rat hat er mir gegeben.
115 I: Dreimal die Woche?
116 C: Minimum.
117 I: Und Sie könnten aber auch öfter messen?
118 C: Ja, aber das muss ich dann selber zahlen...die Streifen. Wenn ich
119 zum Arzt gehe, dann mache ich davor einmal im Monat jeden Tag
120 eine Messung. Nein, ich mache sogar drei bis viermal pro Tag eine
121 Messung. Das schreibe ich auf und lege das dem Arzt vor.
122 I: Und die Medikamente nehmen Sie schon regelmäßig ein?
123 C: Ja, wenn ich was auslasse, dann nicht absichtlich. Vergessen.
124 Kommt vor.
125 I: Haben Sie sich schon mal aus Kostenspargründen andere Medi-
126 kamente als die von Ihrem Arzt verordneten gekauft?
127 C: Die Stäbchen für die Blutzuckermessung kaufe ich regelmäßig, a-
128 ber Medikamente nicht. Ich habe schon mal Zusatzstoffe, die auch
129 den Blutzucker senken sollen, gekauft. Die habe ich dann zwei, drei
130 Tage genommen, bis ich gemerkt habe, dass sich am Blutzucker-
131 spiegel soweit nichts weiter ändert oder fast ins Gegenteil geschla-
132 gen ist, dann hab ich's weggelassen und weggeschmissen.
133 I: Rauchen Sie?
134 C: Nicht mehr.
135 I: Und wie lange haben Sie geraucht?

136 C: So lange ich noch zuckerkrank war, habe ich noch geraucht, bis vor
137 zwei Jahren.

138 I: Sind Sie alleine darauf gekommen, aufzuhören oder hat Ihnen das
139 Ihr Arzt sehr nahe gelegt?

140 C: Nein, das ging allein von mir aus. Ja mit Freunden, die auch aufge-
141 hört haben und zu mir gesagt haben: „Das schaffst du nie.“

142 I: Sind Sie optimistisch, dass Sie nicht rückfällig werden?

143 C: Ich sag mal so, ich hab in den zwei Jahren so immer wieder mal ei-
144 ne Zigarette geraucht, aber ich könnte jetzt heute eine Zigarette
145 rauchen, muss dann aber morgen keine rauchen, weil ich mir sage,
146 dass ist ja blöde und es geht einem schlecht, wenn man wieder ge-
147 raucht hat. Aber manchmal, wenn der Stress einen übermannt oder
148 so oder wenn jemand dabei ist, der raucht, dann sag ich dem: „Gib
149 mir mal auch eine.“ Also nur geschnorrt, aber gekauft habe ich mir
150 in den letzten zwei Jahren keine mehr.

151 I: Wie häufig trinken Sie denn Alkohol?

152 C: Ich trinke Alkohol auch nur dann, wenn...bei Festen oder so. Aber
153 muss auch nicht sein. Nicht immer, sag ich mal. Ganz unregelmä-
154 ßig. Heute geh ich z.B. auf einen Geburtstag und in dieser Familie
155 wird nur wenig Alkohol getrunken, dann muss ich auch keinen trin-
156 ken.

157 I: Und wenn Sie dann mal trinken, ist das dann auch in Maßen oder
158 ist es schon manchmal zuviel?

159 C: Nein, nein. Also ich könnte jedes Mal noch Auto fahren.

160 I: Haben Sie sich denn schon mal in einer kritischen oder sogar le-
161 bensbedrohlichen Situation bezüglich Ihres Diabetes befunden, die
162 Sie hätten vermeiden können?

163 C: Nein. Ich wüsste nicht.

164 I: Gehen Sie regelmäßig zum Arzt, zu den Kontrollterminen?

165 C: Ja. Ich brauche ja alle...also ich kriege immer 100 Tabletten, also
166 alle 50 Tage muss ich zum Arzt. Morgens und abends eine Tablette.
167 Alle 50 Tage also mindestens.

168 I: Wenn Sie gesundheitliche Probleme haben, gehen Sie dann gleich
169 zum Arzt oder versuchen Sie das hinauszuzögern?

170 C: Ja, normal schon. Ich bin kein Arztspringer. Ich mag es nicht zum
171 Arzt zu gehen.

172 I: Waren Sie schon mal bei einem alternativen Mediziner?

173 C: Ja.

174 I: Und warum sind Sie dahingegangen?

175 C: Ja, habe versucht, dass der mir hilft, den Blutzucker irgendwie in
176 den Griff zu bekommen.

177 I: Was hat der gemacht?

178 C: Hand aufgelegt.

179 I: Hat es was gebracht?

180 C: Nö.

181 I: Haben Sie denn ein gutes Verhältnis zu Ihrem Arzt?

182 C: Ja.

183 I: Erzählen Sie ihm auch, wenn Probleme auftreten?

184 C: Ja, also ganz absolut. Der Hausarzt und der Diabetiker-Arzt, wenn
185 ich dahin komme, die haben immer ein Ohr für mich, auch für priva-
186 te Probleme. Also der Arzt hat sich bisher immer noch Zeit genom-
187 men für mich, muss ich schon sagen.

188 I: Ja, das ist auch eine Frage von mir: Was haben Sie für einen Ein-
189 druck von der Praxis; werden Sie eher „abgefertigt“?

190 C: Also in der Regel nicht.

191 I: Wie lange müssen Sie warten, bis Sie dran kommen?

192 C: Beim Diabetiker-Arzt muss ich manchmal sehr lange warten, aber
193 ich sag, dass ich da gerne warte, weil die sich dann auch für mich
194 viel Zeit nimmt. So sehe ich das. Beim Hausarzt muss ich eigentlich
195 nicht lange warten.

196 I: Gehen Sie denn auch zum Augenarzt?

197 C: Eher selten. Ich habe eine Untersuchung mal gemacht.

198 I: Wie lange ist die her?

199 C: Die war gleich am Anfang. Da hätte ich eine Brille gebraucht, die
200 wollte ich nicht.

201 I: Sagt Ihnen Ihre Diabetologin nicht, dass Sie zum Augenarzt müs-
202 sen?

203 C: Hat sie eigentlich noch nie. Wenn ich jetzt so darüber nachdenke,
204 nee.

205 I: Macht sie eine Fußuntersuchung? Es handelt sich um eine Ärztin,
206 oder?

207 C: Ja, macht sie.

208 I: Haben Sie denn schon mal den Arzt gewechselt? Den Diabetolo-
209 gen?

210 C: Nein.

211 I: Sind Sie von Anfang an mit Ihrer Diabetologin zufrieden gewesen?

212 C: Also zuerst hat mich der Hausarzt behandelt und der hatte dann
213 gesagt, ich soll mal zum Diabetologen gehen und hat mir die Frau
214 empfohlen und dann bin ich zu der hingegangen.

215 I: Fühlen Sie sich manchmal mit der Behandlung Ihres Diabetes
216 überfordert?

217 C: Eigentlich nicht, nö. Man gewöhnt sich halt irgendwann daran, dass
218 man ständig die Tabletten nehmen muss. Aber ist schon, wenn man
219 überlegt, schon teilweise nervig. Zum Beispiel vergesse ich die Tab-
220 letten manchmal, wenn ich außer Haus bin. Kann passieren. Ich
221 habe da so eine Schachtel, die für jeden Tag schon vorbereitet
222 wird. Die liegt immer am Küchenschrank, damit ich sie nicht ver-
223 gesse.

224 I: Haben Sie denn auch Unterstützung im Familien- oder Bekannten-
225 kreis? Wissen die Leute über die Krankheit Bescheid?

226 C: Ich glaube, eher nicht.

227 I: Sie haben vorhin gemeint, dass Sie manchmal eine Zigarette rau-
228 chen, wenn Sie gestresst sind. Gibt es denn noch andere Sachen,
229 die Sie tun, wenn Sie gestresst von der Arbeit nach Hause kom-
230 men, die Ihnen helfen sich zu entspannen? Haben Sie Methoden
231 entwickelt?

232 C: Nein.

233 I: Wie würden Sie Ihre Motivation zur Therapiemitarbeit bewerten,
234 wenn 1 niedrig wäre und 10 das höchste?

235 C: 5,5. Gut, ich denke auch nicht ständig dran.

236 I: Haben Sie mit Ihrem Arzt schon mal persönliche Ziele vereinbart?

237 C: Wenn ich die Blutzuckerwerte aufschreibe, dann schaut sich das ja
238 die Diabetologin an und sagt dann z.B.: "Morgens sollte man schon
239 schauen den Wert noch besser in den Griff zu kriegen." Oder „Man
240 sollte in diesem Bereich sein.“

241 I: In welchem Verhalten von Ihnen sehen Sie ein Verhalten, was der
242 Krankheit nicht angemessen ist? Woran sollten Sie arbeiten?

243 C: Vielleicht gerade im regelmäßigeren Essen oder wo ich schon oft
244 dran gedacht habe, fünfmal am Tag essen, wird im Beruf schwierig...von der Pausenregelung her, ich kann nicht einfach mich hin-
245 setzen und essen.

246 I: Aber da hätte doch jeder Verständnis für, oder nicht? Also wenn Sie
247 wollten, könnten Sie daran bestimmt was ändern, oder?

248 C: Sagen wir's so, ich hab's noch nie probiert. Wenn ich jetzt z.B. nicht
249 mehr selbst kochen würde und in die Kantine gehen würde, ich
250 weiß nicht, ob ich so hinkäme wie zuhause oder ob ich dann nicht
251 noch mehr essen würde.

252 I: Gibt's denn was, wo Sie sagen würden, dass würde mir total helfen,
253 noch besser mit meinem Diabetes umgehen zu können?

254 C: Ich habe schon oft mit dem Arzt darüber gesprochen, über eine Kur.
255 Dass ich mal gerne eine Kur vielleicht erlebe, wo mir dann gleich-
256 zeitig auch eine Anleitung fürs Kochen gegeben wird. Ja, aber be-
257 komme ich nicht. Ja, ein Ernährungskurs...

258 I: Den würden Sie nicht gerne machen, dafür haben Sie keine Zeit,
259 oder?

260 C: Also ich hab das mal gehört, dass es da Kuren gibt, wo Ernäh-
261 rungsberatung angeboten wird...ja, wie so ein Kochkurs für Diabeti-
262 ker. So was würde ich mir mal wünschen, aber habe ich auch schon
263 öfters angesprochen, wird aber verweigert.

264 I: Warum?

265 C: Meine Blutzuckerwerte sind relativ gut, deshalb brauche ich das
266 nicht.

267 I: Wurden Sie von Ihrer Ärztin über DMP informiert, um was es sich
268 da handelt?

269 C: Oberflächlich. Dass ich 10 Euro spare, ja und dann evtl. diese Kur-
270 se besuchen, die da angeboten werden.

271 I: Patientenschulungen?

272 C: Ja, genau.

273 I: Und warum haben Sie sich dann dagegen entschieden?

274 C: Ganz einfach, weil ich was nicht machen will, was ich nicht will.
275 Wenn ich was machen muss, was ich nicht will oder was mir wider-
276 strebt irgendwie,...

277 I: Sie meinen also, dass Sie keine Lust dazu haben, sich für etwas zu
278 verpflichten? Da aktiv hinzugehen, den Rechenschaft abzulegen?

279

280 C: Ja.
281 I: Würden Sie daran teilnehmen, wenn Sie niemandem Rechenschaft
282 schuldig wären?
283 C: Ja, ich bin gerade am Überlegen, ob ich das dann machen würde.
284 Ob ich's doch mach oder...
285 I: Also Sie könnten sich schon vorstellen, später mal an einem
286 teilzunehmen, oder?
287 C: Schon, wenn das nur einmal im Jahr wäre, aber ich habe gehört,
288 dass man da 3 - 4mal im Jahr, nicht nur an einem Samstag oder
289 nur an einem Tag, sondern dass diese Schulungen an mehreren
290 Tagen zu besuchen sind. Ob ich das will, ist halt die Frage.
291 I: Na, das können Sie sich ja noch überlegen. Dann bedanke ich mich
292 für das Gespräch.

Literaturverzeichnis

DDU (2007): Deutsche Diabetes-Union (Hrsg.): Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2008. Kirchheim-Verlag Mainz, 2007, Abrufbar im Internet.

URL: http://www.diabetesstiftung.de/fileadmin/dds_user/dokumente/DDU_Gesundheitsbericht_2008.pdf [Abruf: 17.11.2008]

Drobinski (2007): Drobinski, Evelyn: Patientenzentrierte Schulung und Beratung für ein Diabetes-Management der Zukunft. In DDU: 64-67

Duden (2000): Duden. Das große Fremdwörterbuch. Herkunft und Bedeutung der Fremdwörter, 2. Auflage. Dudenverlag, Mannheim u.a., 2006

Essers et al. (2005): Essers, Michael / Gerlinger, Thomas / Herrmann, Markus (Hrsg.): Disease-Management-Programme: Behandlung nach Maß? (= Schriftreihe: Kritischen Medizin im Argument, Jahrbuch für Kritische Medizin 41). Argument-Verlag, Hamburg, 2005

Finck/Holl (2007): Finck, Hermann / Holl, Reinhard: Die soziale Dimension des Diabetes mellitus. In: DDU 2007: 123-131

Flick (1999), Uwe (Hrsg.): Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Hamburg, 1999. Zitiert nach: Mayer 2008: 39

Greiner/Kranich (2005): Greiner, Ruth / Kranich, Christoph: Qualitätsmerkmale eines Disease-Management-Programms (DMP) und eines DMP-Arztes aus Patientensicht. In: Tophoven/Sell 2005: 156-168

Greulich et al. (2002): Greulich, Andreas / Berchtold, Peter / Löffel, Niklaus (Hrsg.): Disease Management. Patient und Prozeß im Mittelpunkt, 2. Auflage. Hüthig Verlag, Heidelberg, 2002

Häussler/Berger (2004): Häussler, Bertram / Berger, Ursula: Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme. Analyse, Bewertung und Lösungsansätze für Qualität und Finanzierung. In: Klusen/Meusch 2004

Hasford et al. (1998): Hasford, Joerg / Behrend, Corinne / Sangha, Oliver: Vergleichende Analyse und Bewertung von Methoden zur Erfassung der Compliance. In: Petermann 1998: 21-44

Hauner (2007), Hans: Diabetesepidemie und Dunkelziffer. In: DDU 2007: 7-11

Keller (2007), Stefan: Motivierung: Eine Bestandsaufnahme. In: Petermann/ Ehlebracht-König 2007: 15-33

Klusen/Meusch (2004): Klusen, Norbert / Meusch, Andreas (Hrsg.): Beiträge zum Gesundheitsmanagement. Band 7. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, 2004

Küver et al. (2005): Küver, Claudia / Mühlhauser, Ingrid / Beyer, Martin u.a.: Patientenschulungen. Anforderungen, Wirksamkeit, Umsetzung. In: Tophoven/Sell 2005: 142-156

Kulzer (2007), Bernhard: Die psychologische Dimension des Diabetes mellitus. In: DDU 2007: 57-63

Ludt/Szecsényi (2005): Ludt, Sabine / Szecsényi, Joachim: Motivation von Patienten und Ärzten. In: Tophoven/ Sell 2005: 123-141

Mayer (2008), Horst Otto (Hrsg.): Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung, 4. Auflage. Oldenbourg Verlag, München, 2008

Meichenbaum/Turk (1994): Meichenbaum, Donald / Turk, Dennis C. (Hrsg.): Therapiemotivation des Patienten. Ihr Förderung in Medizin und Psychotherapie. Ein Handbuch. Verlag Hans Huber, Bern u.a., 1994

Müller de Cornejo (2005), Gabriele: Disease-Management-Programme in Deutschland. In: Essers et al. 2005: 20-37

Müller-Mundt/Schaeffer (2003): Müller-Mundt, Gabriele / Schaeffer, Doris: Patientenorientierte Versorgung chronisch Kranker. In: Pfaff et al. 2003: 143-148

Petermann (1998), Franz (Hrsg.): Compliance und Selbstmanagement. Hogrefe, Verlag für Psychologie, Göttingen u.a., 1998

Petermann (2007), Franz: Compliance. Eine Bestandsaufnahme. In: Petermann/Ehlebracht-König 2007: 35-55

Petermann/Ehlebracht-König (2007): Petermann, Franz / Ehlebracht-König, Inge (Hrsg.): Patientenmotivation und Compliance. S. Roderer Verlag, Regensburg, 2007

Petermann/Mühlig (1998): Petermann, Franz / Mühlig, Stephan: Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung. In: Petermann 1998: 73-102

Pfaff et al. (2003): Pfaff, Holger / Schrappe, Matthias / Lauterbach, Karl W. u.a. (Hrsg.): Gesundheitsversorgung und Disease Management. Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung. Verlag Hans Huber, Bern u.a., 2003

Pschyrembel (2002): Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch, 259. Auflage. Walter de Gruyter, Berlin u.a., 2002

Scheder (2006), Annette (Hrsg.): Disease Management Programme. Analyse des deutschen Disease Management-Konzeptes am Beispiel des Programms für die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2. Eine Delphi-Studie. Logos Verlag Berlin, Berlin, 2006

Scherenberg (2003), Viviane (Hrsg.): Patientenorientierung. Compliance und Disease Management Programme. Praxisbeispiel Diabetes mellitus Typ 2. Verlag für Wissenschaft und Kultur, Stuttgart u.a., 2003

Sell (2005), Stefan: Disease-Management-Programme. Von der Idee zum Gesetz. In: Tophoven/Sell 2005: 1-18

Statistisches Bundesamt (2006): Statistisches Bundesamt - Pressestelle (Hrsg.): Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung. Kurzfassung. Wiesbaden, 2006. Abrufbar im Internet. URL:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Bevoelkerungsentwicklung/bevoelkerungsprojektion2050,property=file.pdf> [Abruf: 11.02.2009]

Stock et al. (2005): Stock, Stephanie / Redaelli, Marcus / Lauterbach, Karl W. (Hrsg.): Disease Management als Grundlage integrierter Versorgungsstrukturen. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, 2005

Tophoven/Sell (2005): Tophoven, Christina / Sell, Stefan (Hrsg.): Disease-Management-Programme. Die Chance nutzen. Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 2005

Vogel (2002), Heiner (Hrsg.): Rehabilitation und Behandlung chronischer Krankheiten am Beispiel des Diabetes mellitus. Eine empirische Untersuchung zur therapeutischen Bedeutung psychosozialer Faktoren. Pabst Science Publishers, Lengerich u.a., 2002

Vollmer (2006), Günther R. (Hrsg.): Fachhochschule Ludwigsburg. Hochschule für öffentliche Verwaltung und Finanzen. Arbeitsunterlagen zur Vorlesung Psychologie. Studienjahr 2006/2007. Ludwigsburg, 2006, liegt der Verfasserin vor

Volmer/Kielhorn (1998): Volmer, Timm / Kielhorn, Adrian: Compliance und Gesundheitsökonomie. In: Petermann 1998: 45-72

Willeke (2008), Andreas: Disease-Management-Programme. Komorbiditäten berücksichtigen und Dokumentation vereinfachen. In: Deutsches Ärzteblatt 2008, 105. Jg., Heft 3, A.86. Abrufbar im Internet. URL: <http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2524/2008-01-12-Willeke-Aerzteztg.pdf> [Abruf: 04.02.2009]

Rechtsquellenverzeichnis

Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (2003) (GMG 2003) in der Fassung vom 14.11.2003 (BGBl, S. 2190)

Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung (2001) in der Fassung vom 10.12.2001 (BGBl I, S. 3465)

Neunte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (2004) (9. RSA-ÄndV 2004) in der Fassung vom 18.02.2004 (BGBl I, S. 271)

Sozialgesetzbuch Fünf (1988) in der Fassung vom 20.12.1988 (BGBl I, S. 2477), zuletzt geändert durch Gesetz am 28.05.2008 (BGBl I, S. 874)

Verordnung über das Verfahren zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung (1994) (RSAV 1994) in der Fassung vom 03.01.1994 (BGBl I, S. 55) zuletzt geändert durch Verordnung am 26.03.2008 (BGBl I, S. 468)

Zwölfte Verordnung zur Änderung der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (2005) (12.RSA-ÄndV) in der Fassung vom 15.08.2005 (BGBl I, S. 2457)

Internetquellenverzeichnis

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1210508/SharedDocs/Standardartike/DE/AZ/C/Glossarbereich-Chroniker.html [Abruf: 25.02.2009]

http://www.bmg.bund.de/cln_117/nn_1210508/SharedDocs/Standardartike/DE/AZ/G/Glossarbereich-Gesundheitsfonds.html [Abruf: 25.02.2009]

http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_100/nn_1046154/DE/DMP/dmp_node.html?__nnn=true&__nnn=true#doc1046158bodyText3
[Abruf: 25.02.2009]

<http://www.der-gesundheitsfonds.de/index.php?id=80> [Abruf: 25.02.2009]

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pk/2006/Bevoelkerungsentwicklung/bevoelkerungsprojektion2050,property=file.pdf> [Abruf: 25.02.2009]

http://www.diabetes-deutschland.de/archiv/archiv_4679.htm
[Abruf 25.02.2009]

http://www.diabetes-deutschland.de/diabetes_ernaehrung.html
[Abruf: 25.02.2009]

http://www.diabetes-deutschland.de/diabetes_sport.html
[Abruf: 25.02.2009]

http://www.diabetesstiftung.de/fileadmin/dds_user/dokumente/DDU_Gesundheitsbericht_2008.pdf [Abruf: 25.02.2009]

<http://www.ebm-netzwerk.de/grundlagen/definitionen> [Abruf: 25.02.2009]

<http://www.g-ba.de/downloads/17-98-2524/2008-01-12-Willeke-Aerzteztg.pdf> [Abruf: 25.02.2009]

Erklärung

Ich versichere, dass ich diese Diplomarbeit selbstständig und nur unter Verwendung der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt habe.

Ludwigsburg, 24.02.2009

Nastasja Rostalski

