

# Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein?

## – Gründe, Grenzen und Herausforderungen

Ferdinand Gerlach<sup>1</sup> und Joachim Szecsenyi<sup>2</sup>

Obwohl es keine einheitliche Definition des Begriffs „Disease-Management-Programm (DMP)“ gibt, lassen sich doch einige – in nahezu allen Beschreibungen wiederkehrende – Kernelemente identifizieren: DMPs zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass eine traditionell weitgehend individualmedizinisch ausgerichtete ärztliche Orientierung auf Diagnostik und Therapie einer Krankheit (Disease) durch systematische Ansätze zur Organisation komplexer Versorgungsprozesse (Management) von ganzen Gruppen chronisch kranker Patienten ergänzt wird. Der damit betonte Populationsbezug und ein aktives Management der sog. „Versorgungskette“ (insbesondere Hausarzt-Fachspezialist-Klinik-Rehabilitation) sind wichtige, in Deutschland bisher allerdings kaum realisierte Voraussetzungen einer optimierten Versorgung chronisch Kranker<sup>(28; 4)</sup>.

### Gründe für hausarztorientierte Disease-Management-Programme

#### **1. Chronisch Kranke in Deutschland haben ohnehin zumeist einen Hausarzt und werden aufgrund ihrer chronischen Erkrankung(en) bereits regelmäßig durch diesen betreut**

Über 90% der GKV-Versicherten haben nach eigenen Angaben einen Hausarzt<sup>(3)</sup>. Die tatsächliche Jahreskontaktgruppe – also die Patienten, die innerhalb eines Jahres mindestens einmal in einer Hausarztpraxis waren – entspricht in ihrer Zusammensetzung nach Alter und Geschlecht sehr weitgehend der Erwachsenenpopulation in der Bevölkerung. Bei Patienten ab 50 Jahre – und um diese geht es ja bei den DMPs zumeist – sind schon mehr als zwei Drittel dieser Patienten in einer Quartalskontaktgruppe zu finden, ohne dass die Praxis be-

sondere Maßnahmen, z.B. zur strukturierten Wiedereinbestellung unternimmt<sup>(25)</sup>. Die mindestens einmalig jährliche Inanspruchnahme und die Häufigkeit der Arztkontakte ist bei Allgemeinärzten insgesamt höher als bei allen anderen Fachgruppen, in der Altersgruppe über 50 Jahre auch gegenüber Urologen (Männer) und Gynäkologen (Frauen). Aufgrund der Ähnlichkeit der Praxispopulation chronisch Kranker mit deren Anteil an der Gesamtbevölkerung und den vergleichsweise häufigen Kontakten ist die Hausarztpraxis auch der geeignete Ort zur Vermeidung unerwünschter Selektionseffekte. Dies gilt nicht nur hinsichtlich der möglichen Selbstselektion durch motivierte Patienten bei der Einschreibung, sondern auch hinsichtlich der Gefahr einer späteren Unterversorgung derjenigen, die nicht eingeschrieben sind<sup>(24)</sup>. Letztlich läßt sich in der Hausarztpraxis auch der Zielerreichungsgrad eines Programms ermitteln und z. B. der tatsächlich erfasste, eingeschriebene und programmgerecht behandelte Anteil aller Diabetiker feststellen. Es wäre ansonsten z. B. äusserst schwierig, von der stark selektionierten Gruppe der in Spezialeinrichtungen behandelten Diabetiker auf den Versorgungsgrad und die Versorgungsqualität aller Diabetiker in der Gesamtbevölkerung zu schließen.

#### **2. Die Hausarztpraxis hat typischerweise eine sehr große Reichweite, wenn es um Patienten mit chronischen Erkrankungen geht**

Sollen möglichst viele Patienten mit chronischen Erkrankungen identifiziert und betreut werden, ist die Hausarztpraxis der richtige Ort. Dies gilt nicht nur für die Patienten, die ihren Hausarzt wegen einer chronischen Erkrankung aufsuchen, sondern insbesondere auch für diejenigen, die wegen eines ganz anderen akuten Problems (z. B. Schnittwunde am Finger) in die Praxis kommen oder im Rahmen von Hausbesuchen gesehen werden und von ihrem Hausarzt gleichzeitig z. B. auf ihren erhöhten Blutzucker angesprochen werden können. Die Hausarztpraxis ist deshalb auch der beste Ort für ein (opportunistisches) Screening zur Früherkennung chronischer Erkrankungen. Hier können erhebliche präventive Potentiale nutzbar gemacht werden. Eine sinnvolle Diagnostik muss ohnehin stufenweise erfolgen und wird maßgeblich von der tatsächlichen

Korrespondenzadresse

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum Kiel  
Arnold-Heller-Straße 8  
24105 Kiel

<sup>2</sup> Sektion Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung  
Medizinische Klinik und Poliklinik  
Abteilung Innere Medizin II  
Universität Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 347  
69120 Heidelberg



Häufigkeit (Prävalenz) der gesuchten Zielerkrankungen bestimmt. Eine gezielte Zuweisung betroffener Patienten durch Hausärzte erhöht dabei die „Trefferquote“ spezialisierter Diagnostik erheblich und reduziert die Zahl falsch-positiver, abklärungsbedürftiger Befunde drastisch<sup>(10; 11)</sup>. Der Verzicht auf eine vorgeschaltete hausärztliche Basisdiagnostik würde ansonsten unweigerlich zu einer Über- und Fehlversorgung führen und sowohl die Kosten wie das Patientenrisiko erhöhen.

### **3. Das besondere Vertrauensverhältnis zwischen chronisch Kranken und ihrem Hausarzt ist eine wichtige Voraussetzung für die lebenslange Begleitung betroffener Patienten**

Chronische Krankheiten sind in der Regel nicht heilbar. Patienten mit Diabetes mellitus, Asthma bronchiale oder Koronarer Herzkrankheit bedürfen daher einer lebenslangen Behandlung und Begleitung. Dabei kommt es nicht etwa nur darauf an, dass Patienten möglichst alle die Medikamente regelmäßig schlucken, die in Studien eine optimale Nutzen-Risiko-Relation unter Beweis gestellt haben. Es kommt vielleicht oft viel mehr darauf an, gemeinsam mit dem Patienten tragfähige Bewältigungsstrategien zu entwickeln, die über Jahrzehnte hinweg ein zufriedenstellendes Leben mit der chronischen Erkrankung und all ihren Einschränkungen ermöglichen. So stellen die Stärkung der Motivation (etwa zur Einhaltung einer Diät oder zur Selbstmessung), die Erinnerung an sinnvolle Kontrolluntersuchungen oder die Beratung und Intervention bei Sekundärschäden ständig wiederkehrende Herausforderungen dar. Das besondere Vertrauensverhältnis, das deutsche Hausärzte in den Augen ihrer Patienten auch im internationalen Vergleich genießen<sup>(13; 20)</sup>, stellt eine gute, oftmals notwendige Voraussetzung für diese lebenslange Begleitung dar. Das Vertrauen zum Hausarzt steigert die Akzeptanz der Patienten bzw. Versicherten und sichert darüber hinaus auch eine hohe Einschreibequote.

### **4. Viele chronisch Kranke haben mehr als ein Problem**

Chronische Krankheiten treten vor allem bei älteren Menschen auf. Viele ältere chronisch Kranke haben mehr als ein Problem<sup>(1; 17)</sup>. Das klingt auf den ersten Blick vielleicht trivial, ist für die konkrete Versorgung dieser Patienten aber sehr wichtig. Viele Diabetiker haben beispielsweise auch einen erhöhten Blutdruck und vielleicht auch chronische Rückenschmerzen und eine Varikosis. Diese unterschiedlichen Probleme dürfen nicht desintegriert auf verschiedenen Ebenen – die wenig oder nichts voneinander wissen – abgehandelt werden, sondern müs-

sen in eine Gesamtschau einmünden und im Rahmen einer koordinierten Diagnostik und Therapie bewältigt werden. Die Koordination und Integration dieser unterschiedlichen Aufgaben ist wiederum eine Kernkompetenz hausärztlicher Praxen.

### **5. Auch in einem optimal funktionierenden, arbeitsteilig organisierten Versorgungssystem besteht immer noch die Gefahr einer Fragmentierung individueller Betreuung durch Schwerpunkteinrichtungen und Grundversorger**

Spezialeinrichtungen sind generell wünschenswert und bei sinnvoller Inanspruchnahme prinzipiell notwendig. Da die Behandlung in einer spezialisierten Einrichtung aber immer eine zeitlich begrenzte Episode umfaßt, ist gerade im Hinblick auf die nachhaltige Festigung von Therapie- und Rehabilitationserfolgen bei chronisch kranken Patienten eine abgestimmte hausärztliche Betreuung erforderlich.

### **6. Hausärzte sind vergleichsweise gut in der Lage, zwischen den expliziten Forderungen eines Disease-Management-Programms und der individuellen Lebenswirklichkeit von Patienten zu vermitteln**

Wir werden immer wieder akzeptieren müssen, dass es auch Patienten geben wird, die sich jenem Mehr an Management und Mehr an Regulation ihres Lebens und der stärkeren Übernahme eigener Verantwortung für ihre Erkrankung – denn diesen Effekt haben DMPs letztlich – nicht unterwerfen wollen. Hier ist eine Vermittlung zwischen den expliziten Ansprüchen eines DMP und der individuellen Lebenswirklichkeit des einzelnen Patienten notwendig. Aus unserer Sicht sollten sogar regelhaft individuelle – und nicht etwa programmweit verbindlich vorgegebene – Therapieziele vereinbart werden. Diese mit dem einzelnen Patienten vereinbarten Ziele müssen neben den wissenschaftlich begründeten Prinzipien die oft sehr komplexe persönliche Situation des Individuums berücksichtigen und mit dem Patienten ausgehandelt bzw. vereinbart werden. Hausärzte kennen die individuelle Lebens- und Krankheitssituation ihrer chronisch kranken Patienten vergleichsweise gut und sind auch daher eine gute Adresse, um diesen Vermittlungs- und Verhandlungsprozess zu gewährleisten.

### **7. Hausarztpraxen können flächendeckend niedrigschwellige, wohnortnahe Angebote für chronisch kranke Patienten sicherstellen**

Eine flächendeckende Versorgung chronisch kranker Patienten ist ohne die rund 60.000 Hausärzte<sup>(19)</sup> völlig undenkbar. Insbesondere im ländlichen Raum

wäre der Weg zur Inanspruchnahme einer Spezial-einrichtung für viele Patienten in vielerlei Hinsicht zu weit. Dabei spielt nicht nur die räumliche Entfernung, sondern auch die kaum zu überschätzende Inanspruchnahmeschwelle eine wichtige Rolle. Eine Schulung für Typ II-Diabetiker, zu der ein Patient von der ihm bekannten Praxismitarbeiterin anlässlich eines Routinebesuchs in der Praxis eingeladen wird, stellt z. B. ein wesentlich niedrigschwelligeres Angebot dar, als ein inhaltlich gleicher Kurs im Schulungsraum einer Krankenkasse in der nächsten Kreisstadt. Wird die Schulung hingegen in der dem Patienten vertrauten Praxis seines Hausarztes durchgeführt, dürfte auch die bei dieser Gelegenheit vereinbarte regelmäßige Wiedereinbestellung zu Kontrolluntersuchungen (Recall) oder zu Refresher-Kursen erfolgreicher verlaufen.

### **8. Hausarztpraxen können eine bessere Zugänglichkeit bzw. größere Verteilungsgerechtigkeit sicherstellen**

Im Zusammenhang mit der Einführung von DMPs in Deutschland geht es auch um die Frage, ob es gelingt, eine optimale Zugänglichkeit sicherzustellen, d. h. all denen eine adäquate Versorgung zu ermöglichen, die diese benötigen und wünschen. Letztlich stellt sich die Frage, ob wir für viele Patienten (auch solche aus unteren sozialen Schichten und an entlegenen Wohnorten) oder nur für wenige individuelle Patienten (Stadtbewohner mit ohnehin guter Bildung und hoher Primärmotivation) gute Ergebnisse erreichen. Das Ziel einer möglichst hohen Verteilungsgerechtigkeit<sup>(5)</sup> bzw. „guter Qualität für viele“ läßt sich aus den vorgenannten Gründen über hausarztkoordinierte DMPs besser erreichen.

### **9. Ein auf hausärztlichen Praxen basierendes Disease Management hat sich andernorts bereits als kosteneffektiv erwiesen**

In Gesundheitssystemen mit einem Primary-Health-Care-Ansatz bestehen bereits Erfahrungen mit strukturierten Ansätzen zur Versorgung chronisch Kranker. So wurden z. B. spezielle Sprechstunden (sog. „mini clinics“) oder strukturierte Behandlungsprogramme für die gesamte Praxispopulation von Typ II Diabetikern (und damit nicht nur für eine hochselektive Subpopulation besonders gut motivierbarer Patienten)<sup>(8)</sup> erfolgreich umgesetzt. Offenbar spielen organisatorische Faktoren in den Praxen, wie z. B. Erinnerungs- und Recall-Systeme für Ärzte und Patienten eine größere Rolle als bisher angenommen<sup>(7; 12; 18)</sup>. Dies kann nicht nur für den Diabetes, sondern auch für andere chronische Erkrankungen angenommen werden<sup>(6)</sup>. Es kann deshalb nicht verwundern, daß auch eta-

blierte US-amerikanische Managed Care Organisationen oftmals hausarztbasierte DMPs etabliert haben<sup>(15; 21)</sup>.

### **10. Ein auf hausärztlichen Praxen basierendes Disease Management kann auch wirtschaftlich sein, weil vorhandene Strukturen ausgebaut und nicht neue Parallelstrukturen geschaffen werden**

Sofern DMPs nicht zu neuen Parallelstrukturen und damit zusätzlichen Kosten führen sollen, bietet es sich auch aus wirtschaftlichen Gründen an, vorhandene Strukturen zu nutzen bzw. auszubauen. Bevor neue (kommerzielle) Anbieter mit ihren Callcenter-Strukturen diesen neuen Markt für sich erobern, sollten Praxen diese Herausforderung annehmen und sich entsprechend professionalisieren. Aus den vorgenannten Gründen macht es z. B. Sinn, wenn Hausarztpraxen mit geschulten Praxismitarbeiterinnen ein systematisches, internes Remindersystem und eine wirklich strukturierte Wiedereinbestellung (Recall) für ihre chronisch kranken Patienten organisieren.

### **Grenzen und Herausforderungen hausarztorientierter Disease-Management-Programme**

Obwohl wir verschiedene Ansatzpunkte für eine grundlegende Kritik an DMP sehen (etwa die Verknüpfung mit dem Risikostrukturausgleich, die Konzentration der bundesdeutschen Diskussion auf amerikanische Vorbilder oder die atemberaubende Geschwindigkeit ihrer Einführung), sollen im folgenden nur solche Fragen erörtert werden, welche die Grenzen und Herausforderungen einer Hausarzt-orientierung von DMPs betreffen:

#### **1. Sind Hausärzte auf diese Aufgabe ausreichend vorbereitet?**

Ein gelegentlich erhobener Vorwurf lautet, Hausärzte seien auf diese Aufgabe nur ungenügend vorbereitet. Faktisch versorgen Hausärzte seit über 100 Jahren den weitaus größten Anteil aller chronisch Kranken. Sie verfügen damit über eine vergleichsweise lange Erfahrung in der koordinierten Betreuung chronisch Kranker. Angesichts der nebeneinander bestehenden Über-, Unter- und Fehlversorgung chronisch Kranker<sup>(22)</sup> kann aber kaum ein vernünftiger Zweifel daran bestehen, dass es – im gesamten Versorgungssystem – auch erhebliche Verbesserungspotentiale gibt. Es gilt daher, die mit der Einführung von DMP verbundenen neuen Herausforderungen und Chancen anzunehmen. Krankheitsbezogene Programmmaterialien auf der Basis evidenzba-

sierter Leitlinien, die sich gleichermaßen an Ärzte, das Praxisteam und ihre Patienten richten, sowie Ansätze zur systematischen Qualitätsförderung inkl. einem Monitoring wichtiger Qualitätsindikatoren<sup>(9)</sup> werden dabei wichtige Unterstützung bieten.

## 2. Inwieweit kann die für erfolgreiche DMPs notwendige Professionalisierung hausärztlicher Praxen gelingen?

Um mittelfristig echte Managementfunktionen übernehmen und ausüben zu können, ist eine Professionalisierung notwendig. Wie nachstehende Instrumente beispielhaft andeuten, ergeben sich dabei insbesondere für hausärztliche Praxen auch reale Chancen:

- **Patientenregister** – In diesem sollten z. B. alle in der Praxis bekannten Diabetiker eindeutig gekennzeichnet sein. Dies kann etwa via Praxis-EDV, durch einen roten Reiter auf der Patientenkarte oder eine simple Strichliste sichergestellt werden.
- **Strukturierte Wiedereinbestellung** – Eine programmierte, z. B. schriftliche oder telefonische Aufforderung zur Teilnahme an Kontrolluntersuchungen oder Schulungen (Recall unter Beachtung datenschutz- und berufsrechtlicher Limitierungen) kann ein weiterer Schritt zur Professionalisierung der eigenen Praxis sein: Was externe Callcenter bereits anbieten, kann eine Praxismitarbeiterin, die auf diese Aufgabe speziell vorbereitet wurde, mindestens genauso gut leisten. Aus den unter 7. genannten Gründen sogar mit deutlich höheren Erfolgchancen.
- **Dokumentation und Monitoring** – Die Dokumentation einiger relevanter Indikatoren gibt wichtige Hinweise zur eigenen Versorgungsqualität und weist auf eigene Stärken bzw. Schwächen hin. So können Praxen z. B. selbstständig die tatsächlich realisierten Intervalle bestimmter Kontrolluntersuchungen bzw. die verordneten Medikamente bei Diabetikern in der eigenen Praxis ermitteln. Diese Angaben können sowohl zum Monitoring der eigenen Versorgung dienen („Wo stehe ich?“) als auch z. B. Grundlage einer gemeinsamen Arbeit mit Kollegen in einem Qualitätszirkel sein („Wo stehe ich im Vergleich zu anderen, und wie können wir gemeinsam besser werden?“).
- **Patientenbuch** – Ein von der Praxis an alle chronisch Kranken ausgegebenes Patientenbuch kann wichtige Aufgaben erfüllen: Es dient sowohl der (praxisübergreifenden) Dokumentation und als Kommunikationsmittel zwischen Ärzten als auch der Stärkung von Autonomie und Selbstmanagement der Patienten. Eine Studie in einem deutschen Praxisnetz zeigte hier

ein enormes Potential und eine sehr gute Resonanz<sup>(27)</sup>. Auch im US-amerikanischen Kontext wurde dieses Instrument bereits erfolgreich eingesetzt<sup>(21)</sup>.

- **Patientenschulung** – Schulungsprogramme für Patienten sind ein elementarer Bestandteil jedes Disease-Management-Ansatzes, mit dem auch in Hausarztpraxen gute Ergebnisse erzielt werden können<sup>(16)</sup>.
- **Integration in Qualitätszirkelprogramme** – Erfahrungen aus den Niederlanden, wo es bisher mehr als 10jährige Erfahrungen mit der Implementierung von Leitlinien in die hausärztliche Versorgung gibt, weisen darauf hin, dass es ratsam ist, auf etablierten Strukturen und Verfahren zur Qualitätsförderung aufzusetzen und diese schrittweise auszubauen, anstatt völlig neue Maßnahmen zu planen, welche die zeitlichen Ressourcen der beteiligten Praxen zusätzlich binden würden<sup>(14)</sup>. In Deutschland besteht mit den zahlreichen Qualitätszirkeln<sup>(2)</sup> eine Basis für den praxisübergreifenden Erfahrungsaustausch und die Implementierung modular aufgebauter DMP-Inhalte. Dies gilt insbesondere dort, wo wie z. B. in Sachsen-Anhalt bereits mehr als 50 % aller Hausarztpraxen durch ein strukturiertes, datenbasiertes Qualitätszirkelprogramm zur Pharmakotherapie erreicht werden konnten<sup>(26)</sup>.
- **Qualifizierung der Arzthelferinnen** – In Deutschland gibt es bis auf wenige Ausnahmen bisher kaum Ansätze zur systematischen Qualifizierung von Arzthelferinnen, damit diese auch Koordinations- und Managementfunktionen, wie sie für praxisbasierte DMPs erforderlich sind, übernehmen können. Hier besteht noch ein erheblicher Nachholbedarf in der Entwicklung entsprechender Angebote, obwohl man Interesse auf Helferinnenseite, die dadurch eine erhebliche Aufwertung ihrer Tätigkeit erfahren könnten, voraussetzen kann<sup>(23)</sup>. Vielleicht sollte man sich ein Beispiel an den Zahnärzten nehmen, die z. B. durch die Schaffung des Berufsbildes der Prophylaxehelferinnen in der Weiterqualifizierung ihres Personals hierzulande schon lange eine Vorreiterrolle einnehmen.
- **Definition von Schnittstellen und externe Unterstützungsangebote** – Ohne Zweifel muss es für eine Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Patienten auch zu einer Intensivierung der praxisübergreifenden Zusammenarbeit mit Fachspezialisten kommen. Ob allerdings – wie in der Vergangenheit in den sog. Diabetesverträgen praktiziert – die mehr oder minder willkürliche und starre Festlegung von Überweisungskriterien der richtige Weg ist, darf zumindest be-

zweifelt werden. Vielmehr erscheint uns ein flexibles System, das sich an patientenindividuellen Risiken und am individuellen Unterstützungsbedarf des hausärztlichen Praxisteams orientiert, angemessen und erfolgversprechend.

### **3. Wird die freie Arztwahl der Patienten eingeschränkt? Würden Fachspezialisten nicht mehr genug Patienten haben?**

Patienten in einem hausarztkoordinierten DMP können zwischen allen Hausärzten und allen Fachspezialisten, die am Programm teilnehmen, frei wählen. Aus guten – o. g. – Gründen wird lediglich die bisherige Möglichkeit eingeschränkt, ohne vorherige Basisdiagnostik durch Hausärzte unmittelbar spezialisierte Einrichtungen der Sekundär- und Tertiärversorgung in Anspruch zu nehmen. Vor dem Hintergrund der ansonsten drohenden Über- und Fehlversorgung sowie der erhöhten Kosten ist eine Hausarztkoordination für betroffene Patienten wohl ohnehin die bessere Alternative. Nicht zuletzt infolge kurzsichtiger berufspolitischer Auseinandersetzungen ist bisher leider oftmals der Blick verstellt, für die zahlreichen Vorteile, die eine Hausarztkoordination für fachspezialistisch tätige Kolleginnen und Kollegen bietet. Bei gezielter Zuweisung der richtigen Patienten zum richtigen Spezialisten erhöht sich aus methodischen Gründen die Treffsicherheit der Diagnostik deutlich. Die Quoten nicht indizierter Interventionen und die Wahrscheinlichkeit falsch positiver Befunde sinken entsprechend. Auch die Sorge, das eigene Einkommen werde unweigerlich sinken, erscheint angesichts gedeckelter Budgets und getrennter „Honorartöpfe“ für die haus- und fachspezialistische Versorgung unbegründet.

### **4. Inwieweit sind die strukturellen Voraussetzungen für eine integrierte Versorgung und managementfähige Strukturen vorhanden?**

DMPs eröffnen die potentielle Chance, Versorgungsprozesse stärker zu integrieren und Verzettelungen zu vermeiden. Entsprechend funktionierende Strukturen dafür fehlen hierzulande allerdings noch weitgehend. Darüber hinaus darf nicht übersehen werden, dass Patienten und Ärzte bereit sein müssen, sich managen zu lassen bzw. selbst Managementaufgaben zu übernehmen. Dabei handelt es sich allerdings nicht um ein spezifisches Problem hausärztlicher Primärversorgung, sondern um ein gleichermaßen ernsthaftes wie generelles Problem, das grundsätzlich alle Versorgungsbereiche betrifft. Es muß abgewartet werden, inwieweit es tatsächlich gelingt, die vorhandenen Strukturen entsprechend zu entwickeln.

### **5. Werden nicht viele (Haus-)Ärzte Kontrollen befürchten, neue Bürokratisierungstendenzen ablehnen und sich verweigern?**

Diese Befürchtung ist aus zwei Gründen in der Tat real:

- Zum einen fehlt es in Deutschland bisher an einer systematischen Betrachtung der Bedingungen und Strategien zur tatsächlichen Verbesserung der Versorgung, weil weder Ärzte noch Kassen – dies zeigte z. B. die oft nur unzureichende Evaluation der Praxisnetze – in diesen Bereich investieren. Veränderungsprozesse im Gesundheitswesen werden eher politisch betrachtet, und von ähnlichem Tiefgang sind dann auch viele Vorschläge zur Organisation der DMPs, die zur Zeit in der Standespresse kursieren. Bedrohlich, weil erwiesenermaßen schädlich<sup>(14; 29)</sup>, erscheinen uns dabei insbesondere die jetzt erkennbaren Tendenzen zu externen, bürokratisch organisierten Kontrollstrategien ohne vertrauliches und sinnvolles, auf kontinuierliche Qualitätsentwicklung zielendes Feedback. Ebenso wäre es z. B. fatal, wenn sich die Ansicht durchsetzt, immer neue DMP-bezogene Fortbildungsverpflichtungen zu kreieren und Hausärzten den Besuch diverser zusätzlicher themenbezogener „Disease-Management-Qualitätszirkel“ zur obligatorischen Teilnahmevoraussetzung zu machen. So kann nicht ernsthaft von einem Arzt erwartet werden, daß dieser im Jahr 50 Termine wahrnimmt, weil er an fünf verschiedenen Programmen von drei verschiedenen Krankenkassen beteiligt ist.
- Zum anderen besteht die Möglichkeit, dass Hausärzte selbst die mit der Einführung von DMPs verbundenen Chancen zur Professionalisierung und Zukunftssicherung ihrer Praxen verkennen. Auch aus diesem Grund sollte versucht werden, das Bestehende einzubeziehen, auszubauen bzw. besser zu strukturieren und nicht primär völlig neue Parallelstrukturen aufzubauen.

### **Fazit**

Wenn man einmal von prinzipiellen Bedenken gegenüber Disease-Management-Programmen – und insbesondere der Art ihrer Einführung hierzulande – absieht, sprechen viele gute Gründe für deren hausarztorientierte Konzeption. Die damit verbundenen Chancen überwiegen deutlich gegenüber bestehenden Grenzen und Risiken. Allerdings scheint uns eine sorgfältige Planung, auch unter Gesichtspunkten der Praktikabilität, sowie eine kontinuierliche Evaluation, deren Informationen sich in eta-

blierte Qualitätszirkelkonzepte einbauen lassen, unabdingbar. Nur so kann erreicht werden, dass ein Lernprozeß einsetzt, der eine kontinuierliche und zielgerichtete Verbesserung der Versorgung chronisch Kranker ermöglicht und nicht ein Kontrolldenken dominiert, das lediglich dazu führt, Ärzte und ihre Patienten zu demotivieren.

## Literatur

1. Akker vd, M.; Buntinx, F.; Metsemakers, J. F.; Roos, S.; Knottnerus, J.A.: Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: P. 37-375
2. Bahrs, O.; Gerlach, F. M.; Szecsenyi, J.; Andres, E. (Hrsg.): *Ärztliche Qualitätszirkel. Leitfaden für den Arzt in Praxis und Klinik. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage.* Köln: Dt. Ärzteverlag, 2001
3. Bergmann, E.; Kamtsiuris, P.: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. *Gesundheitswesen* 1999; 61 (Sonderheft 2): S. 138-144
4. Bodenheimer, T.: Disease Management - promises and pitfalls. *N Engl J Med* 1999; 340: P. 1202-1205
5. Campbell, S. M.; Roland, M. O.; Buetow, S. A.: Defining quality of care. *Social Science and Medicine* 2000; 51: P. 1611-1625
6. Campbell, S. M.; Hann, M.; Hacker, J.; Burns, C.; Oliver, D.; Thapar, A.; Mead, N.; Gelb Safran, D.; Roland, M.: Identifying predictors of high quality care in English general practice: observational study. *In: Br Med J* 2001; 323: P. 784-787
7. Farmer, A.; Coulter, A.: Organisation of care for diabetic patients in general practice: influence on hospital admissions. *In: Br J Gen Pract* 1990; 40: P. 56-58
8. Fine Olivarius de, N.; Beck-Nielsen, H.; Andreasen, A. H.; Hørder, M. P.; Pedersen, P.A.: Randomized controlled trial of structured personal care of type 2 diabetes mellitus. *In: Br Med J* 2001; 323: P. 970-975
9. Gerlach, F. M.: *Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin.* Stuttgart: Thieme 2001
10. Gerlach, F. M.: Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem – Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 1). *In: Z ärztl Fortb Qual sich* 2002a; 96 (im Druck, geplant: Heft 4/2002)
11. Gerlach, F. M.: Allgemeinmedizin in einem modernen Gesundheitssystem – Konsequenzen für Forschung, Lehre und Praxis (Teil 2). *In: Z ärztl Fortb Qual sich* 2002b; 96 (im Druck, geplant: Heft 5/2002)
12. Griffin, S.; Kinmoth, A. L.: Diabetes care: the effectiveness of systems for routine surveillance for people with diabetes. *In: Cochrane Database Syst Rev* 2000: CD000541
13. Grol, R.; Wensing, M.; Mainz, H. P.; Ferreira, P.; Hearnshaw, H.; Hjortdahl, P.; Olesen, F.; Reis, S.; Ribacke, M.; Szecsenyi, J.: Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. *In: Br J Gen Pract* 2000; 50: P. 882-887
14. Grol, R.: Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *In: Med Care* 2001; 39 (Suppl 2): P. 1146-1154
15. Group Health Cooperative of Puget Sound: [www.ghc.org](http://www.ghc.org) (download: 29.1.2002)
16. Haisch, J.; Remmele, W.: Effektivität und Effizienz ambulanter Diabetikerschulungen. Ein Vergleich von Schwerpunktpraxis und Allgemeinpraxis. *In: Dtsch Med Wochenschr* 2000; 125: S. 171-176
17. Hessel, A.; Gunzelmann, T.; Geyer, M.; Brähler, E.: Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Medikamenteneinnahme bei über 60jährigen in Deutschland. *In: Z Gerontol Geriatr* 2000; 33: S. 289-299
18. Khunti, K.; Ganguli, S.; Baker, R.; Lowy, A.: Features of primary care associated with variations in process and outcome of care of people with diabetes. *In: Br J Gen Pract* 2001; 51: P. 356-360
19. Kassenärztliche Bundesvereinigung: *Struktur der Ärztestatistik zum 31.12.2000. Statistik der BÄK und der KBV* (<http://www.kbv.de/publikationen/190.htm>, Download: 15.01.2002)
20. Klingenberg, A.; Bahrs, O.; Szecsenyi, J.: Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? Deutsche Ergebnisse der europäischen Studie zur Bewertung hausärztlicher Versorgung durch Patienten (EUROPEP). *In: Z ärztl Fortb Qual sich* 1999; 93: S. 437-445
21. McGulloch, D. K.; et al.: Improvement in diabetes care using an integrated population-based approach in a primary care setting. *Disease-Management* 2000; 3: P. 75-78
22. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit; Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung; Gutachten 2000/2001*
23. Schröder, P.; Wiesenäcker, P.: Erfahrungen von Arzhelferinnen in neuen Funktionen. *In: Szecsenyi, J.; Magdeburg, K.; Kluthe, B.; Weber, C.; Schindler, H.; Bausch, J. (Hrsg.): Ein Praxisnetz erfolgreich gestalten. Erfahrungen und Ergebnisse aus zwei Jahren Ärztliche Qualitätsgemeinschaft Ried. AQUA-Materialien, Band VII.* Göttingen: Institut für angewandte Qualitätsför-

- derung und Forschung im Gesundheitswesen 1999: S. 62-64
24. Szecsenyi, J.; Köhle, M.; Beek in der, R.; Bormann, M.: Zur Qualität der allgemeinärztlichen Versorgung von Patienten mit Diabetes mellitus. Ein-Jahres-Ergebnisse aus 12 hausärztlichen Praxen. Allgemeinmedizin 1990; 19: S. 99-108
  25. Szecsenyi, J.; Engelhardt, N.; Wessel, M.; Bär, R.; Klein, F.; Kussmaul, P.; Leugering, L.; Meixner, M.; Kochen, M. M.: Eine Methode zur Bestimmung des Denominators in Allgemeinpraxen – Ergebnisse einer Pilotstudie. Das Gesundheitswesen 1993; 55: S. 46-52
  26. Szecsenyi, J.; Broge, B.; Andres, E.: Steuerung der Arzneimittelversorgung mit Hilfe von Qualitätszirkeln zur Pharmakotherapie. Ergebnisse aus einem Modellprojekt in Sachsen Anhalt. PRO Beilage Juni 1999
  27. Szecsenyi, J.; Klingenberg, A.; Pelz, J.; Magdeburg, K.: Bewertung eines Patientenbuches durch Patienten. Ergebnisse aus der Ärztlichen Qualitätsgemeinschaft Ried. In: Z ärztl Fortb Qual sich 2001; 95: S. 407-412
  28. Szathmary, B.: Neue Versorgungskonzepte im deutschen Gesundheitswesen. Disease und Case Management. Neuwied: Luchterhand 1999
  29. Wensing, M.; Weijden van der, T.; Grol, R.: Implementing guidelines and innovations in general practice: which interventions are effective? In: Br J Gen Pract 1998; 48: P. 991-997