

# Patientenschulung in der Hausarztpraxis als Beitrag zum Disease Management

Qualitative Studie über Motive und Hindernisse bei der Durchführung  
von Schulungen für Typ-2-Diabetiker

J. Möller  
C. Küver  
M. Beyer  
F. M. Gerlach

## *Patient Education in General Practice as a Contribution to Disease Management: A Qualitative Study of the Motivation and Obstacles in the Implementation of Patient Education for Type-2-Diabetics*

### Zusammenfassung

**Hintergrund und Fragestellung:** Ein flächendeckendes Angebot von Schulungen für Typ-2-Diabetiker, wie im Rahmen der Disease-Management-Programme in Deutschland angestrebt, dürfte flächendeckend nur durch aktive Beteiligung von Hausarztpraxen möglich sein. Bisher bieten jedoch nur relativ wenige Praxen regelmäßig Schulungen an. Ziel unserer Untersuchung war es deshalb, von Hausärzten erkannte Motive und Hindernisse bei der Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen zu erheben.

**Methode:** Es wurden 18 leitfadengestützte Interviews mit Hausärzten durchgeführt, die mit Hilfe einer inhaltsanalytischen Strategie ausgewertet wurden. Motive und Hindernisse wurden dazu in Dimensionen und Unterkategorien eingeordnet.

**Ergebnisse:** Ein hoher Stellenwert der Schulung in der Therapie, positive Effekte der Schulung in Gruppen sowie eine erhöhte Eigenverantwortung und Therapietreue beim Patienten wurden in allen Dimensionen als häufigste Motive angegeben. Als Hindernisse standen eine auf die Dauer nachlassende Patientenmotivation, die unzureichende finanzielle Honorierung sowie Zeitmangel im Vordergrund.

**Diskussion und Schlussfolgerungen:** Aus den Ergebnissen der Interviews lassen sich verschiedene Ansatzpunkte ableiten, um die Bereitschaft von Hausärzten zur Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen zu steigern. Neben einer attraktiveren Honorierung und einer Verbesserung der langfristigen Patientenmotivation könnten Kooperationen von mehreren Ärzten eine Chance bieten. Insbesondere durch so genannte Schulungsgemeinschaften lassen sich eventuell mehrere der in den Interviews häufiger genannten Hindernisse überwinden.

### Abstract

**Objectives:** An area-wide implementation of the patient education for type-2-diabetics as intended within the scope of disease management-programmes in Germany is probably only possible through the active participation of general practices. So far, however, apparently only few practices offer regular patient education. Hence it was our aim to ask for the motives and obstacles of general practitioners as regards the implementation of patient education for type-2-diabetics.

**Methods:** Based on a manual, 18 interviews with general practitioners were performed which were evaluated by means of content analysis. The motives and obstacles were then classified in dimensions and sub-categories.

**Results:** A high significance of the patient education for the therapy, positive effects of the patient education in groups as well as an increased self-responsibility and compliance of the patient were the most frequently mentioned motives from all dimensions. Obstacles were the insufficiently sustaining patient motivation, the inadequate financial compensation as well as lack of time.

**Conclusions:** Different approaches could be derived from the results of the interviews in order to increase the willingness of general practitioners to implement patient education for type-2-diabetics. Beside a more attractive reward and the improvement of a long-run patient motivation, co-operations between general practitioners could be of advantage. Particularly in so-called patient education associations, some of the more frequently mentioned obstacles could possibly be avoided.

#### Institutsangaben

Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Kiel

#### Korrespondenzadresse

Jana Möller · Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Christian-Albrechts-Universität zu Kiel · Arnold-Heller-Straße 8 · 24105 Kiel · E-mail: office@allgemeinmedizin.uni-kiel.de

#### Bibliografie

Z Allg Med 2004; 80: 146–149 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0014-336251 · DOI 10.1055/s-2004-818751

## Schlüsselwörter

Patientenschulungen · Typ-2-Diabetes · allgemeinmedizinische Praxis

## Key words

Patient education · type-2-diabetes · general practice

## Hintergrund und Fragestellung

Obwohl die Schulung von Typ-2-Diabetikern heutzutage weltweit anerkannter Therapiebestandteil ist [1, 2], hat in Deutschland bisher nur eine relativ geringe Zahl von Diabetikern eine Schulung erhalten. Insbesondere viele Typ-2-Diabetiker sind bisher überhaupt noch nicht, zu spät oder unzureichend geschult [3]. In den letzten Jahren wurden verschiedene Schulungsprogramme für Typ-2-Diabetiker entwickelt. Die flächendeckende Umsetzung solcher Programme erscheint aufgrund der großen und voraussichtlich noch weiter steigenden Anzahl von Betroffenen nur mit aktiver Unterstützung der zahlreichen Hausarztpraxen möglich [4]. Zahlen der Kassenärztlichen Vereinigung in Schleswig-Holstein deuten aber darauf hin, dass nur wenige Praxen regelmäßig Typ-2-Diabetikerschulungen anbieten. So wurden beispielsweise im ersten Quartal 2002 Schulungen für Typ-2-Diabetiker ohne Insulinbehandlung nur von rund 11% der Hausarztpraxen abgerechnet, Schulungen für Typ-2-Diabetiker mit Insulinbehandlung nur von weniger als 4% der Praxen [5]. Ähnliche Zahlen ergeben sich für die zwei darauf folgenden Quartale.

Um einer möglichst großen Anzahl von Typ-2-Diabetikern eine Schulung zu ermöglichen, erscheint es notwendig, mehr Hausärzte für die Durchführung von Schulungen zu motivieren. Ziel dieser Arbeit war es daher, von Hausärzten erkannte Beweggründe für und Hindernisse gegen eine Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen zu erfragen. Besondere Bedeutung erhält diese Fragestellung vor dem aktuellen Hintergrund der Einführung gesetzlich definierter Disease Management-Programme (DMP). In entsprechenden Rechtsverordnungen werden Schulungen als obligates Angebot definiert und eine flächendeckende Umsetzung angestrebt.

## Methodik

Da bisher kaum wissenschaftliche Erkenntnisse zu oben genannter Fragestellung vorliegen, wurde eine explorative Untersuchung mittels qualitativer Forschungsmethode gewählt. Dazu wurden 18 leitfadengestützte Einzelinterviews von jeweils 20–30 Minuten Dauer mit Hausärzten in Schleswig-Holstein durchgeführt. Zur Rekrutierung der Interviewteilnehmer wurden Hausärzte, die in Kontakt mit dem Institut für Allgemeinmedizin in Kiel stehen, angeschrieben und gefragt, ob Interesse an der Teilnahme bestehe. Aus den Zusagen wurden jeweils neun Hausärzte, die bereits Typ-2-Diabetikerschulungen durchführen, und neun, die keine Schulungen durchführen, gewählt. Bei der Auswahl wurde darauf geachtet, bezüglich bestimmter Merkmale der Praxis (z. B. Praxisgröße) und des Arztes (z. B. Jahr der Niederlassung) eine möglichst breite Variation zu erreichen. Ziel war es, eine möglichst große Vielfalt an Antworten zu erlangen, wie sie in der qualitativen Forschung als wichtig angesehen wird [5]. Für die Interviews wurde je ein Leitfaden für die Gruppe der

Ärzte, die Patientenschulungen durchführen, und diejenigen, die keine durchführen, entwickelt. Die Leitfäden sind im Kern identisch und unterscheiden sich nur in einigen Fragen. Vor der eigentlichen Befragung wurden beide Leitfäden in einem Probeinterview überprüft und angepasst. Die Interviews fanden im Zeitraum vom 09.09.2002 bis 04.10.2002 statt. Sie wurden mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet und anschließend wörtlich transkribiert. Die Transkripte wurden mit Hilfe einer inhaltsanalytischen Strategie – in Anlehnung an Schmidt [6] – ausgewertet. Dabei wurden die Interviews in ein grobes Kategoriensystem eingeordnet, welches während der Durchsicht des Materials erweitert, verfeinert, überarbeitet und ergänzt wurde. Die von den Befragten angegebenen Gründe für und gegen die Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen wurden bei der Kategorisierung unterschieden. Aufgrund ihrer Unterschiedlichkeit konnten die meisten Aussagen nicht in „symmetrischen“ (Positiv-/Negativ)-Unterkategorien kodiert werden. Trotzdem wurden, wo dies möglich war, auch einige bipolare Kodierungen vorgenommen. Dieses Auswertungssystem wurde bereits in anderen Untersuchungen des Instituts angewendet und hatte sich bewährt [7, 8].

Im ersten Schritt dieser Analysestrategie wurden in Auseinandersetzung mit dem Material Kategorien für die Auswertung gebildet. Die so entstandenen Entwürfe der Auswertungskategorien wurden in einem zweiten Schritt zu einem Kodier- oder Auswertungsleitfaden zusammengestellt und am Material erprobt und überarbeitet. In einem dritten Schritt wurden die Interviews kodiert und dann, viertens, quantitative Materialübersichten erstellt.

## Ergebnisse

Die von den Befragten genannten vielfältigen Motive und Hindernisse wurden mit Hilfe der beschriebenen Auswertungsstrategie den Dimensionen (Oberkategorien) „Patientenwirksamkeit“, „äußere Rahmenbedingungen“, „Praxisbedingungen“, „individuelle Charaktereigenschaften des Arztes“ sowie „Arzt-Patienten-Beziehung“ zugeordnet. In Abb. 1 sind diese Dimensionen für die Motive und die ihnen zugeordneten einzelnen Unterkategorien dargestellt. Zudem ist die Anzahl der Nennungen zu jeder Dimension angegeben.

Die häufigste Nennung von Motiven findet sich in der Dimension „Patientenwirksamkeit“. Hierunter sind Aussagen zusammengefasst, die sich auf die möglichen Effekte der Schulungen auf den Patienten beziehen. Viele der genannten Gründe für die Durchführung der Schulung beziehen sich außerdem auf Aspekte, welche die „Arzt-Patienten-Beziehung“ betreffen. Die dritthäufigste Anzahl an Nennungen erhielt die Dimension „Praxisbedingungen“, während den „Individuellen Charaktereigenschaften“ sowie „Äußeren Rahmenbedingungen“ nur wenige Nennungen zugeordnet wurden. Als einzelnes Motiv gaben die Befragten mit

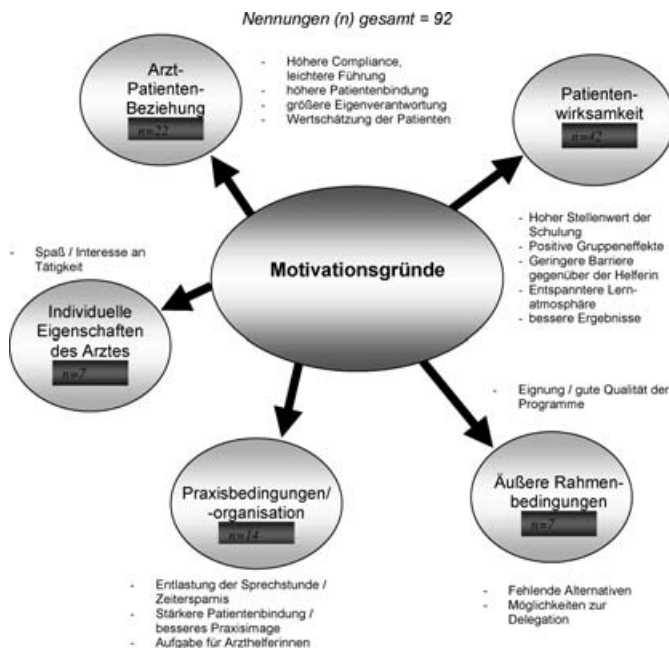


Abb. 1 Gründe, die für die Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen in der hausärztlichen Praxis sprechen.

Abstand am häufigsten den hohen Stellenwert einer Schulung im Rahmen der Therapie des Typ-2-Diabetikers. Nahezu alle Befragten äußerten diesen Aspekt als Grund, der für die Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen spricht. Viele Teilnehmer nannten zudem die Wichtigkeit gruppenspezifischer Effekte sowie eine höhere Compliance und Eigenverantwortung der Patienten, die durch eine Schulung erzielt werden können. Durch Letztere sahen die Ärzte nicht nur Vorteile für die Patienten, sondern auch eine Erleichterung ihrer Arbeit und Entlastung der eigenen Person. Auffällig bei den Ergebnissen ist, dass die höhere Eigenverantwortung und die verbesserte Compliance des Patienten als häufige Motive kaum von nicht schulenden Ärzten genannt wurden.

Als weitere Gründe, die für die Durchführung der Schulung sprechen, wurden die besseren Stoffwechselergebnisse geschulter Patienten, Spaß bzw. Freude an der Durchführung der Schulung sowie Zeitersparnis/Entlastung der Sprechstunde angegeben. Die häufigsten Hindernisse für die Durchführung von Schulungen in der eigenen Praxis sahen die Ärzte vor allem in den strukturellen Bedingungen (vgl. Abb. 2). Ein Großteil der hier genannten Barrieren wurde den Dimensionen „äußere Rahmenbedingungen“ und „Praxisbedingungen“ zugeordnet. Die Dimensionen „Individuelle Charaktereigenschaften des Arztes“ sowie „Arzt-Patienten-Beziehung“ fielen dagegen kaum bzw. gar nicht ins Gewicht.

Als wichtigstes Einzelhindernis wurde die mangelnde Motivation der Patienten zur Teilnahme und aktiven Mitarbeit an den Schulungen und zur erforderlichen Lebensstiländerung von einem Großteil der Ärzte angesprochen. Insbesondere langfristig käme es oft zu Rückfällen in alte Lebensgewohnheiten, so dass dauerhafte Erfolge ausblieben. Als weiterer wichtiger Hinderungsgrund stellte sich in den Interviews die aus Sicht der Ärzte mangelhafte finanzielle Honorierung der Schulung dar. Zeitman-

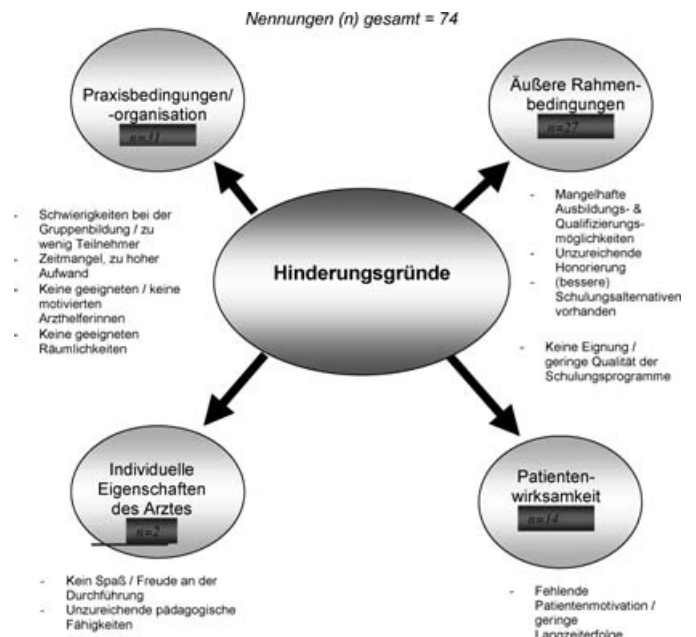


Abb. 2 Gründe, die gegen die Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen in der hausärztlichen Praxis sprechen.

gel wurde als weiteres Hindernis häufig genannt. Anzumerken ist, dass dieser Hinderungsgrund fast ausschließlich von nicht schulenden Ärzten genannt wurde und mehrere schulende Ärzte im Gegenteil von einer Zeitersparnis durch die Durchführung sprachen und diese als Motiv angaben. Weiterhin sprachen viele Befragte das Problem einer zu geringen Anzahl von Gruppenteilnehmern sowie die mangelhaften Qualifizierungsmöglichkeiten als Hinderungsgründe an. Bei Letzterem bezog sich die Kritik dabei auf die Inhalte, den Aufwand und die Kosten der Fortbildungsseminare sowie auf die Erreichbarkeit der Seminarorte bzw. die nicht ausreichende Verfügbarkeit von Plätzen.

## Diskussion und Schlussfolgerungen

Es wurden vielfältige Gründe von den befragten Hausärzten geäußert, die für und gegen die Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen sprechen.

Die größte Anzahl an **Motiven** wurde der Dimension „Patienten-wirksamkeit“ zugeordnet, welche Aussagen umfasst, die sich auf die möglichen Effekte der Schulungen auf den Patienten beziehen. An der Wichtigkeit der Schulung im Rahmen der Therapie des Typ-2-Diabetikers scheint aufseiten der befragten Ärzte wenig Zweifel zu bestehen. Nahezu alle Befragten gaben als Grund, der für die Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen spricht, den hohen Stellenwert der Schulung in der Therapie an. Als Einzelmotive wurden daneben am häufigsten genannt: die positiven Effekte der Schulung in Gruppen sowie eine Erhöhung der Eigenverantwortung und der Compliance beim Patienten. Neben Vorteilen für die Patienten sahen die Ärzte hierdurch eine Erleichterung ihrer Arbeit und Entlastung der eigenen Person. Hiermit bestätigten die Ärzte viele der in der Literatur beschriebene Vorteile und Ziele von strukturierten Typ-2-Diabetikerschulungen [9].

Auffällig ist, dass die Motive, die sich auf die Verbesserung der Arzt-Patienten-Beziehung beziehen, wie die Erhöhung der Compliance und der Eigenverantwortung beim Patienten, von nicht schulenden Ärzten kaum genannt wurden. Hier wäre eine weitere Untersuchung interessant, die klären könnte, ob diese Unterschiede tatsächlich vorhanden sind oder hier nur zufällig zustande kamen. Hindernisse wurden von den Befragten vor allem in den strukturellen Bedingungen gesehen und vorwiegend den Dimensionen „äußere Rahmenbedingungen“ und „Praxisbedingungen“ zugeordnet.

Als einzelnes **Hindernis** wurde die langfristig mangelhafte Patientenmotivation und damit verbundene geringe Langzeiterfolge am häufigsten genannt. Probleme in diesem Bereich werden auch in der Literatur beschrieben [10]. Als weiteres wichtiges Hindernis stellte sich die aus Sicht vieler Befragter mangelhafte Honorierung dar. Dies bestätigt die Ergebnisse einer Studie von Grüsser et al. aus dem Jahr 1993 [11], bei der ein Großteil der befragten Ärzte die damalige Vergütung der Schulung von 15 DM pro Patient und Kurseinheit als „unangemessen“ oder „sehr unangemessen“ beurteilte. Trotz einer Erhöhung auf mittlerweile ca. 25 Euro pro 90-minütiger Kurseinheit scheint bei vielen Ärzten immer noch Unzufriedenheit über die Höhe der Vergütung zu herrschen. Viele Ärzte gaben zudem Zeitmangel als Grund an, der gegen die Durchführung von Schulungen spricht. Auch dies entspricht den Ergebnissen der oben genannten Studie, bei der Mangel an Zeit als einer der drei häufigsten Hinderungsgründe bei der Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen genannt wurde [11]. Bei diesem Aspekt zeigte sich in den Interviews ein weiterer Unterschied zwischen schulenden und nicht schulenden Ärzten. Während nicht schulende Ärzte den Zeitaufwand anscheinend eher hoch einschätzten, wurde eine Ersparnis von Zeit als Motiv für die Durchführung von mehreren schulenden Ärzten angegeben.

Das flächendeckende Angebot von Patientenschulungen ist eine der Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung der DMPs in Deutschland. Aus den Ergebnissen der Interviews lassen sich verschiedene Ansatzpunkte entwickeln, um mehr Hausärzte für die Durchführung von Typ-2-Diabetikerschulungen zu gewinnen:

- Viele befragte Ärzte bemängelten die finanzielle Honorierung als unzureichend und stellten diese als einen wichtigen Hinderungsgrund dar. Möglicherweise kann durch eine attraktivere Honorierung – bzw. den Verweis auf in neu abgeschlossenen DMP-Verträgen inzwischen verbesserte Honorare – die Bereitschaft zur Durchführung der Schulung bei den Hausärzten gesteigert werden.
- Die langfristige Patientenmotivation wird anscheinend von vielen Ärzten als problematisch empfunden, so dass Verbesserungen in diesem Bereich wichtig erscheinen. Möglichkeiten ergeben sich beispielsweise durch Nachschulungen und die gezielte Einbindung von Selbsthilfegruppen, die zur Stabilisierung erzielter Erfolge beitragen können.
- Eine weitere Möglichkeit, mehrere der genannten Hindernisse zu umgehen, bietet sich für die Ärzte durch Kooperationen

mit Kollegen. Einige Befragte sind bereits Mitglied von so genannten Schulungsgemeinschaften bzw. -vereinen, bei denen mehrere Ärzte ihre Patienten gemeinsam schulen lassen. Hier wäre allerdings zu prüfen, ob diese Möglichkeit auf breitere Akzeptanz stößt, da in den Interviews von einigen Ärzten Zweifel an der Kooperationsbereitschaft ihrer Kollegen geäußert wurden.

Mit der Einführung der Disease-Management-Programme für Typ-2-Diabetiker sind veränderte Rahmenbedingungen bezüglich der Durchführung von Schulungen verbunden. Hieraus ergeben sich auch neue Möglichkeiten für die Leistungserbringer. Hausärzte sollten diese Chancen nutzen und ihre zentrale Rolle in der Versorgung von Typ-2-Diabetikern auch im Bereich Schulung noch verstärken.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

## Literatur

- 1 American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2000; 23: S32 – S41
- 2 Bundesärztekammer. (Hrsg): Nationale Versorgungs-Leitlinie Diabetes mellitus Typ 2 – Kurzfassung, 1. Aufl. Mai 2002. *Internist* 2002; 8: M164 – M172
- 3 Deutsche Diabetes Gesellschaft. Empfehlungen zur Schulung von Patienten mit Typ-2-Diabetes im mittleren Lebensalter. *Diabetologie Informationen* 2000; 1: 27 – 32
- 4 Jörgens V, Grüsser M. Organisation der Langzeittherapie und Evaluation der Behandlungseffizienz (Qualitätssicherung). In: Berger M (Hrsg). *Diabetes mellitus*. Urban & Fischer, München, Jena 2000; 497–504
- 5 Merkens H. Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hrsg). *Qualitative Forschung – Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg 2000; 286–299
- 6 Schmidt C. Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick U, Kardorff E, Steinke I (Hrsg). *Qualitative Forschung – Ein Handbuch*. Rowohlt Taschenbuch Verlag, Reinbek bei Hamburg 2000; 447–456
- 7 Gerlach FM, Beyer M. Ärztliche Fortbildung aus Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 1999; 93: 581 – 589
- 8 Beyer M, Gerlach FM, Breull A. Qualitätsförderung und Qualitätszirkel aus der Sicht niedergelassener Ärztinnen und Ärzte – repräsentative Ergebnisse aus Bremen und Sachsen-Anhalt. *Z Ärztl Fortbild Qualitätssich* 1999; 93: 677 – 687
- 9 Berger M. Grundlagen der Patienten-Edukation. In: Berger M (Hrsg). *Diabetes mellitus*. Urban & Fischer, München, Jena 2000; 120–124
- 10 Hasselkus W. Langzeitbetreuung von Typ-II-Diabetikern – Wider die reine Lehre. *Therapie und Erfolg* 1997; 1: 694 – 697
- 11 Grüsser M, Bott U, Ellermann P, Kronsbein P, Joergens V. Evaluation of a Structured Treatment and Teaching Program for Non-Insulin-Treated Type II Diabetic Outpatients in Germany After the Nationwide Introduction of Reimbursement Policy for Physicians. *Diab Care* 1993; 16: 1268 – 1275

## Zur Person



Jana Möller  
Gesundheitswirtin, Studium an der Fachhochschule Hamburg  
Schwerpunkte im Studium: Gesundheitsförderung/Prävention, Gesundheitspsychologie  
Praxissemester an der University of Sydney, Department of Public Health (bei Prof. Nutbeam)