

Präv Gesundheitsf
<https://doi.org/10.1007/s11553-024-01131-1>
 Eingegangen: 22. November 2023
 Angenommen: 24. April 2024

© The Author(s) 2024



Julian Wangler¹ · Michael Jansky

¹ Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, Universitätsmedizin Mainz, Mainz, Deutschland

Disease-Management-Programme: Haben sie die Prävention in der Primärversorgung vorangebracht?

Eine qualitative Interviewreihe zu Einsichten und Erfahrungen von niedergelassenen Allgemeinärzt*innen in sechs Bundesländern

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s11553-024-01131-1>) enthalten.

Vor nunmehr zwei Dekaden sind die Disease-Management-Programme (DMP) als evidenzbasierte Monitoring- und Behandlungsstrukturen im deutschen Gesundheitswesen eingerichtet worden. Insbesondere für den niedergelassenen Sektor sind sie von beträchtlicher Relevanz, indem sie klare Vorgaben für das Management chronischer Erkrankungen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit machen. Eine qualitative Interviewstudie hat sich der Frage angenommen, wie Hausärzt*innen heute auf DMP blicken, welche Erfahrungen sie gemacht haben und inwieweit sie Optimierungspotenzial für die Zukunft sehen.

Der Ausbau von effektiven Strukturen für die bessere Diagnostik, Therapie und Prävention von chronischen Erkrankungen stellt eine wichtige Zielsetzung im Gesundheitssystem dar [5, 22, 34]. Um diese zu adressieren, wurden im Jahr 2003 in Deutschland die DMP als gesetzlich vorgeschriebene Behand-

lungsprogramme im ambulanten Bereich etabliert [3, 6]. DMP basieren auf der evidenzbasierten und leitliniengerechten Standardisierung von diagnostischen bzw. Behandlungsabläufen und sollen die sektorenübergreifende Kooperation (Versorgungskette) verbessern [35]. Hierzu bestehen verordnungsrechtliche Aufgaben- bzw. Therapiebeschreibungen sowie festgelegte Untersuchungsintervalle und eine stringente Dokumentation sämtlicher Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse [3, 6].

Fester Bestandteil von DMP sind regelmäßig stattfindende Pflichtfortbildungen sowie Praxisanforderungen für partizipierende Ärzt*innen [7, 10–12]. Abhängig vom Programm werden auch strukturierte Patient*innenschulungen zur therapeutischen Unterstützung und/oder Prävention angeboten. Eine fortlaufende Evaluation, die auf zentral erfassten Behandlungsdaten basiert, dient der Qualitätssicherung [6, 14, 29].

Inzwischen sind über 8 Mio. Versicherte in die bestehenden DMP eingeschrieben, davon 1,5 Mio. als Teilnehmer an mehr als einem Programm [3, 5]. Obwohl eine systematische Beforschung von DMP in Bezug auf die konkrete Wirksamkeit bislang nicht erfolgte [16], liefern diverse Studien deutliche Hinweise auf verschiedene Mehrwerte und Ver-

besserungen im Versorgungsgeschehen. Dies gilt zunächst für die Therapieadhärenz und Aufklärung eingeschriebener Patient*innen, was ihre eigenen Präventionsanstrengungen maßgeblich unterstützt [25]. Zudem zeigt eine Reihe von Studien insbesondere für die DMP Diabetes mellitus Typ 2, KHK sowie Asthma bronchiale und COPD teils günstige Effekte für Mortalität und Prozessparameter bzw. Kostenentwicklung und leitlinienbasierter Medikation, aber auch Rückgang kritischer Hospitalisierungen [1, 4, 13, 16, 17, 19, 24, 27]. Im Gegensatz zu Deutschland, wo belastbare Wirksamkeitsnachweise zu DMP noch nicht konsequent ermittelt werden, konnten im Ausland nützliche Effekte vergleichbarer Programme im Rahmen klinisch randomisierter Studien bereits belegt werden [15, 21, 23, 25]. Vor allem durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Parallelbehandlungen sowie einer stringenten multiprofessionellen Kooperation lassen sich Effizienzvorteile generieren.

Ohne die maßgebliche Beteiligung der hausärztlichen Versorgung mit Zugang zu einer breiten, unselektierten Patientenschaft sind die DMP-Zielsetzungen nicht erreichbar [7, 10, 19, 20]. Insofern haben Allgemeinmediziner*innen bei der Patient*innenrekrutierung, der Sicherstellung der Compliance und der

Tab. 1 Soziodemografie des Samples ($n = 44$)

Alter	Ø 52 Jahre
Geschlecht	24 männlich, 20 weiblich
Niederlassungsform	20 Gemeinschaftspraxis, 24 Einzelpraxis
Praxisumgebung	16 Landgemeinde/Kleinstadt, 14 Mittelstadt, 14 Großstadt
Status	32 Praxisinhaber, 12 angestellte Ärzte

Koordination des Behandlungsgeschehens eine Schlüsselfunktion inne. Innerhalb der Hausärzteschaft gab es in den Jahren nach der Einführung der DMP eine kontroverse Diskussion über Sinn und Nutzen der strukturierten Behandlungsprogramme [2, 26, 28]. Vielfach bestanden dabei Befürchtungen vor zu starken Eingriffen und kompromittierenden Einschnitten in die hausärztliche Versorgung [30].

Trotz der bedeutsamen Rolle, die die hausärztliche Versorgung im DMP-Kontext spielt, haben empirische Studien ihr nur sporadisch Aufmerksamkeit gewidmet. Insbesondere über Fragen der Akzeptanz, Zufriedenheit und damit verbundenen Einstellungs- und Erfahrungswerten hinsichtlich DMP im Versorgungsalltag fehlen belastbare Erkenntnisse. Zwei Jahrzehnte nach Einführung der strukturierten Behandlungsprogramme widmet sich die nachfolgende Studie einer Bilanz aus hausärztlicher Sicht. Beleuchtet wird, welche Standpunkte Hausärzt*innen in Bezug auf DMP vertreten, welche Erfahrungen sie in der Versorgung gemacht haben, wie sie den konkreten Nutzen von DMP beurteilen und welche Verbesserungen sie sich wünschen.

Methodik

Um ein Einstellungs- und Erfahrungsbild aus hausärztlicher Perspektive zu DMP zu gewinnen, wurde in Ergänzung zu einer früheren quantitativen Befragung [30] eine qualitative Studie mit halbstandardisierten, leitfadengestützten Interviews durchgeführt.

Leitfaden

Der entwickelte Interviewleitfaden wurde im Zuge einer Literaturrecherche sowie auf Grundlage mehrerer von den Autoren realisierter Vorstudien erstellt, deren Schwerpunkt auf hausärztlichen Einstellungen, Handlungsmustern und Kompetenzindikatoren in Bezug auf evidenzbasierte Instrumente liegt [u. a. 30, 31].

Das Instrument besteht aus 25 übergeordneten Fragestellungen mit verschiedenen Unterfragen. Bei den Befragungsdimensionen handelte es sich v. a. um: Einstellungen und Standpunkte in Bezug auf DMP; positive und negative Erfahrungen im Praxisalltag bzw. Veränderungen aufgrund der DMP-Teilnahme; Beurteilung und Bilanzierung von Effekten; prospektive Aspekte und Optimierungspotenziale.

Rekrutierung und Durchführung

Die zu befragenden Hausärzt*innen haben ihren Praxisstandort in Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen. In Anbetracht eines qualitativ-explorativen Vorgehens wurde eine begrenzte Zahl von Praxen in den genannten Bundesländern systematisch rekrutiert.

In einem ersten Schritt wurde ein Pool von insgesamt 123 potenziellen Kontaktadressen erstellt, der eine große Bandbreite von hausärztlichen Praxen in den genannten Bundesländern enthielt. Daraufhin erfolgte die Rekrutierung des Samples. Zur Gewinnung eines heterogenen Samples wurde für bestimmte Merkmale mit einer Quotierung gearbeitet (u. a. Geschlecht, Niederlassungsform, Praxisumgebung). Ferner wurde bei der Rekrutierung der Ärzt*innen Wert darauf gelegt, dass diese nicht jünger als 45 Jahre und bereits seit mindestens 8 Jahren in der hausärztlichen Versorgung aktiv sind, um eine höhere Wahrscheinlichkeit zu haben, sodass ein qualifizierter Rückblick auf DMP und deren Entwicklung erfolgen kann. Ebenfalls eine Voraussetzung war, dass die zu gewinnenden Ärzt*innen an mindestens

einem DMP teilnehmen oder in der Vergangenheit teilgenommen haben.

Insgesamt wurden 61 Hausärzt*innen in den Bundesländern Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen kontaktiert, wobei 44 Interviews geführt wurden (6–8 Ärzt*innen pro Bundesland).

Im Vorfeld erhielten die Interviewten eine Aufklärung über das Gesprächsthema sowie eine schriftliche Einverständniserklärung. Die Interviews fanden zwischen März und September 2023 statt und wurden in 19 von 44 Fällen telefonisch durchgeführt (45 bis 75 min).

Auswertung

Die theoretische Sättigung wurde nach 30 Interviews erreicht, sodass auf weitere Interviews verzichtet werden konnte. Von theoretischer Sättigung wird in der qualitativen Forschung gesprochen, wenn die Erhebung weiterer Daten und deren Analyse keine neue Aspekte an einer Kategorie oder einem Kategoriensystem und somit keine neuen Erkenntnisse mehr zutage fördert.

Die im Anschluss an die Datenerhebung erstellten Transkripte wurden im Team mithilfe einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [18] ausgewertet (Software MAXQDA, VERBI Software, Berlin, Deutschland). Zunächst wurden die bedeutungstragenden Grundaussagen herausgearbeitet, anschließend weiter abstrahiert und zusammengefasst und schließlich ein Kategoriensystem erstellt, das sich eng am Leitfaden orientierte und mit Fortgang der Auswertung wiederholt geprüft und ggf. modifiziert wurde. Im Mittelpunkt stand, die unterschiedlichen Sichtweisen und Erfahrungen logisch zu kategorisieren.

Ergebnisse

Sample

Im Zuge der Rekrutierung konnte eine heterogene Stichprobe gewonnen werden (vgl. [Tab. 1](#)). Sämtliche Befragte nehmen zurzeit an mindestens 2 DMP teil, wobei die Mehrheit an ≥ 3 Programmen partizipiert. Die meisten Teilneh-

J. Wangler · M. Jansky

Disease-Management-Programme: Haben sie die Prävention in der Primärversorgung vorangebracht? Eine qualitative Interviewreihe zu Einsichten und Erfahrungen von niedergelassenen Allgemeinärzt*innen in sechs Bundesländern

Zusammenfassung

Hintergrund. Im Jahr 2003 wurden in Deutschland die Disease-Management-Programme (DMP) im ambulanten Bereich zur Verbesserung der Versorgung chronischer Erkrankungen eingerichtet. Bislang liegen nur wenige Untersuchungen hinsichtlich der Akzeptanz, Einstellungen und Erfahrungen von Hausärzt*innen in Bezug auf DMP vor. **Ziel der Arbeit.** Die Studie beleuchtet anhand eines aktuellen Meinungsbildes, welche Standpunkte Hausärzt*innen in Bezug auf DMP vertreten, welche Erfahrungen sie in der praktischen Versorgung gemacht haben, wie sie den konkreten Nutzen von DMP beurteilen und welche Verbesserungen sie sich für die Zukunft wünschen.

Material und Methoden. Zwischen März und September 2023 wurden 44 halbstandardisierte Interviews mit Hausärzt*innen in Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Thüringen geführt.

Ergebnisse. Die Interviewten setzen DMP verbreitet ein. Es besteht ein hohes Maß an Zufriedenheit mit den Programmen, die nach Ansicht der Befragten zu verbesserter Versorgung beitragen. Die Kombination aus kontinuierlicher Patient*innenbetreuung und Evidenzorientierung wird als großer Vorzug erachtet; der Nutzen für eine gesteigerte Awareness und Compliance wird hoch eingeschätzt. Ebenfalls wird konstatiert, dass die diagnostischen und therapeutischen Kenntnisse durch die DMP-Teilnahme erweitert werden konnten. Viele Interviewte richten sich inzwischen nach den DMP-Empfehlungen. Demgegenüber werden Handlungsvorgaben von DMP oft als zu starr erlebt. Weitreichende Dokumentationspflichten und eine nicht immer gegebene Hausarzt*innenkonformität führen mitunter zu Zeit- und Ressourcenproblemen. Die Kooperation mit fachärztlichen Kolleg*innen im DMP-Kontext wird als verbesserungsbedürftig erlebt.

Schlussfolgerung. Die DMP sind inzwischen fester und breit akzeptierter Bestandteil in der hausärztlichen Versorgung chronischer Erkrankungen. Zugleich sollte weiter an der Optimierung der Programme gearbeitet werden, sodass diese noch unkomplizierter in der Primärversorgung Einsatz finden können. So wäre es günstig, Hausärzt*innen größere Handlungsspielräume zu eröffnen und den Dokumentations- und Verwaltungsaufwand zu reduzieren. Ein größeres, differenzierteres Angebot an Pflichtschulungen könnte helfen, die Delegationskomponente innerhalb von DMP zu stärken. Auch eine stärkere Einbeziehung von Hausärzt*innen im Prozess der DMP-Weiterentwicklung sollte ins Auge gefasst werden.

Schlüsselwörter

Disease-Management-Programme · Hausarzt · Chronische Erkrankungen · Multimorbidität

Disease management programs: have they advanced prevention in primary care? A qualitative interview study on insights and experiences of general practitioners in six German federal states

Abstract

Background. In 2003, disease management programs (DMP) were set up in Germany to improve the care of chronically ill patients in outpatient settings. To date, only a few studies have been carried out with regard to the acceptance, attitudes and experiences of general practitioners towards DMP.

Objectives. The study sheds light on what positions general practitioners hold with regard to DMP, what experiences they have had in practical care with DMP, how they assess the specific benefits of DMP and what improvements they would like to see in the future.

Materials and methods. Between March and September 2023, 44 semi-standardized interviews were conducted with general practitioners in Baden-Württemberg, Hesse, North Rhine-Westphalia, Rhineland-Palatinate, Saarland and Thuringia.

Results. The physicians interviewed use DMP widely. There is a high level of satisfaction with the programs that respondents believe contribute to improved care. The combination of continuous patient care and evidence orientation is considered a great advantage. The benefits for increased awareness and compliance are also highly valued. The interviewees stated that they were able to expand their diagnostic and therapeutic knowledge through participation in DMP. Many interviewees now basically follow the DMP recommendations. However, DMP guidelines are often perceived as too rigid. Extensive documentation requirements and a lack of primary care compatibility sometimes lead to time and resource problems. Cooperation with specialist medical colleagues in the context of DMP is often perceived as needing improvement.

Conclusion. General practitioners see DMP as an integral part of the care of chronic illnesses. At the same time, the programs should be further optimized so that they can be used more easily in primary care. It would be beneficial to give physicians greater scope for action and reduce documentation and administrative efforts. A larger, more differentiated range of compulsory training courses could help to strengthen the delegation component within DMP. Greater involvement of general practitioners in the process of further developing the DMP should also be considered.

Keywords

Disease management programmes · General practitioner · Chronic diseases · Multimorbidity

mer*innen finden sich im DMP Diabetes mellitus Typ 2 ($n=40$), gefolgt vom DMP KHK ($n=38$). Dahinter folgen die DMP COPD ($n=37$) und Asthma bronchiale ($n=35$). Am DMP Diabetes mellitus Typ 1 nehmen 16 Interviewte teil, was sich mit den speziellen Voraussetzungen dieses Programms erklärt. Andere DMP sind nur bei einer Minderheit der Interviewten vertreten. Geschultes Personal wird in sämtlichen Praxen mit einbezogen. Hierbei wurde das Personal entweder durch die Ärzt*innen oder durch externe (DMP-assoziierte) Fortbildungen geschult. Keine/r der Interviewten hat sich laut eigener Aussage bisher schon einmal in grundsätzlicher Weise aus den DMP herausgeschrieben; lediglich in 3 Einzelfällen wurden bestimmte Programme (vorübergehend) wieder verlassen.

Grundlegende Standpunkte in Bezug auf DMP

Nahezu alle Interviewten sehen die Etablierung von DMP rückblickend als positiven Beitrag zum Management chronisch Erkrankter an – das Gesundheitswesen insgesamt habe hiervon profitiert. Dabei wird in der Retrospektive von einigen Ärzt*innen eingeräumt, dass sie zum Zeitpunkt der DMP-Einführung oder wenige Jahre danach nicht immer von selbiger überzeugt waren, doch habe sich über die letzten 2 Dekaden eine positive Entwicklung, Ausdifferenzierung und kontinuierliche Verbesserung der Programme erwiesen.

„Ich bin einer von den älteren ‚Hasen‘ und entsprechend schon länger dabei. Als das damals eingeführt wurde, gab es von uns hier und da den Anwurf, hier würde eine Art stille Entmachtung und Fremdsteuerung der niedergelassenen Ärzteschaft seinen Lauf nehmen. Das würde ich heute so nicht wiederholen.“ (I-13m)

Analog zu solchen Äußerungen bekundet die Hälfte der Interviewten, ihre Ansicht und Bewertung von DMP habe sich in den zurückliegenden Jahren deutlich oder stark verbessert; lediglich 4 Gesprächspartner*innen konstatieren eine verschlechterte Sicht auf DMP. Entsprechend dieser artikulierten Wert-

schätzung ist die Mehrheit des Samples der Auffassung, dass DMP – trotz differenzierter Betrachtung einzelner Programme und Maßnahmen sowie unterschiedlicher Erfahrungsschwerpunkte – einen signifikanten Nutzen für die Patient*innenversorgung erfüllen und insoweit zum „zur Adressierung eines lange brachliegenden Versorgungspotenzials“ (I-11w) beigetragen haben. Dies zumal für Patient*innenklientele, die in üblicherweise zu großen Teilen in der hausärztlichen Versorgung auflaufen, dort primär betreut werden und einen nicht unerheblichen Anteil an der Zeit- und Ressourcenbindung im Praxisalltag ausmachen.

Dabei fällt auf, dass gerade die Ärzt*innen im Sample mit ländlichem oder mittelstädtischem Praxisstandort hervorheben, dass sich aus ihrer Erfahrungsperspektive die Versorgungssituation besagter Patient*innengruppen aufgrund der Präsenz und kontinuierlichen Optimierung von DMP spürbar verbessert habe oder „jedenfalls nun besser plan- und stabilisierbar“ sei (I-22m). Dies wird von den betreffenden Interviewten vorwiegend mit einer strukturierteren, klareren und effizienteren Handhabung chronisch Erkrankter begründet.

„Als Arzt auf dem platten Land bist Du weit draußen und dadurch bei vielem auf Dich selbst gestellt. Es gibt wenige fachärztliche Kapazitäten im Umland, und Du musst genau überlegen, was Du selbst machst und wo Du den Kollegen von der anderen Seite dazu holst. Natürlich ist nicht alles Gold, was glänzt. Aber durch die Programme würde ich sagen, dass es zu einer kommoderen Zusammenarbeit gekommen ist, vor allem was so Plan- und Erwartungshorizonte angeht. [...] Als Arzt weiß ich ganz genau, was ich zu tun habe und wann ich Spezialisten einschalte. Die Vermeidung von Doppeluntersuchungen ist da beispielsweise etwas, das einem viel Hin und Her erspart und für klarere Verhältnisse sorgt.“ (I-27m)

Erfahrungswerte im Versorgungsgeschehen

Die Auswertung der Interviews zeigt, dass die Vorzüge von DMP aus Sicht der befragten Hausarzt*innen deutlich überwiegen (vgl. [Tab. 2](#)). So wird das Konzept einer evidenzbasierten, strukturierten und entsprechend klar geregelten, verbindlichen Betreuung chronisch erkrankter Patient*innengruppen als sinnvoll und nützlich erachtet. Dies gilt nicht nur für die festen Untersuchungsintervalle, die Patient*innen eine feste Struktur vorgeben und eine systematische Observation des Krankheitsverlaufs ermöglichen. Aus hausärztlicher Sicht dienen die Programme mit ihren jeweiligen Elementen auch als Unterstützung, um Awareness zu schaffen. Explizit angesprochen wird hier der Wert der Patient*innenschulungen, die aus Sicht vieler Interviewter dazu beigetragen haben, dass Patient*innen über die eigene Erkrankung zu lernen und ihren Lebensstil entsprechend förderlich anzupassen. Neben der Struktur der Patient*innenführung (Therapieadhärenz) und klaren Compliance-Effekten konstatiert die deutliche Mehrheit der Ärzt*innen spürbare Fortschritte bei der Diagnostik, Verlaufsbegleitung und Therapie. Ebenfalls zeigt sich ein großer Teil der Befragten zufrieden mit einer besseren Leitlinienkenntnis. Eine Reihe von Ärzt*innen wurden nach eigener Aussage durch DMP angeregt, sich vermehrt mit evidenzbasierten Instrumenten für den hausärztlichen Praxisalltag zu beschäftigen und diese in die Versorgung einzubeziehen. Davon hat die Behandlungskompetenz bzw. -sicherheit profitiert. Ferner bekundet ein merklicher Teil des Samples, dass DMP zu einer Stärkung der hausärztlichen Rolle beigetragen haben. Knapp jeder Zweite nennt Qualitätssicherung und -kontrolle als Vorzug von DMP. Im Übrigen weist ein Teil der Ärzt*innen darauf hin, dass DMP heute zur Sicherstellung einer gesicherten Praxisfinanzierung beitragen und auch insoweit kaum verzichtbar sind.

Obwohl die positive Wahrnehmung der Programme dominiert, fallen dennoch verschiedene Kritikpunkte und He-

Tab. 2 Erlebte Veränderungen und Effekte aufgrund der DMP (Disease-Management-Programm)-Teilnahme

	Anteil im Sample (n = 44)	Beispielzitat
Verbesserung der Compliance (auch: Aufklärung und Awareness) chronisch kranker Patient*innen; Struktur in der Patientenführung (Therapieadhärenz)	40	„Gerade Programme, die verstärkt auf Patientenschulungen setzen, haben in meiner Beobachtung die Aufklärung und Folgsamkeit von betroffenen Patienten massiv erhöht. [...] Das hat etwas von Wertschätzung und Wichtigkeit.“ (I-26m) „Es ruft den Patienten auch ihre Erkrankung in Erinnerung. Davon profitiert das gesamte Krankheitsmanagement, nicht?“ (I-13m)
Kontinuierliche, regelmäßige und verbindliche Vorstellung bzw. Betreuung chronisch kranker Patient*innen	38	„Was DMP geleistet haben, besteht in einer Regelmäßigkeit, Konsequenz und Verstetigung der Patientenbeobachtung, und zwar durch das Aufzeigen von Anreizen und Win-win-Effekten für Arzt und Patient. [...] Da es meist speziell die Älteren betrifft, hat es auch ein soziales Element.“ (I-27m) „Sollte sich etwas an der Erkrankung verändern, kann das schnell erkannt und behandelt werden, weil es ja die regelmäßigen festgelegten Abstände der Kontrolluntersuchungen gibt. [...] Das gibt Sicherheit.“ (I-19w)
Erfolgreicheres, effektiveres Management chronisch kranker/multimorbider Patient*innen; verstärkte Behandlung von Patient*innen auf Basis evidenzbasierter Medizin/Leitlinien	37	„DMP speisen sich aus aktuellem medizinischem Wissen am Puls der Zeit, und das kommt Patienten zugute, die optimal versorgt werden können. Es sind aber auch die festen Strukturen, Arbeitsteiligkeiten und Abläufe, die einen Teil der Wirksamkeit ausmachen.“ (I-39m) „Man kann sichergehen, dass keine lästigen Untersuchungen doppelt oder dreifach anfallen. Als koordiniert und dokumentiert Du alle Behandlungen und alle Schritte. Dadurch ist vieles übersichtlicher.“ (I-13m)
Klar geregelt Vorgehen mit mehr Transparenz von Entscheidungen, wodurch ärztliches Handeln besser abgesichert wird	37	„Der Ansatz von DMP an sich ist löblich und sinnvoll, denn es geht neben den Mehrwerten für die Patienten auch darum, Zuständigkeiten zu definieren und Struktur in die Versorgung chronisch Kranker hineinzubringen.“ (I-25m) „Zum einen basiert das DMP -Prinzip auf Kooperation und Mehrschichtigkeit, zum anderen führt es auch zu einer Bündelung.“ (I-24w)
Praxisinterne Anpassungsprozesse an die DMP -Vorgaben; (vorübergehende) Beeinflussung geregelter Praxisabläufe/Zuständigkeiten; organisatorische/logistische Belastungen beim Praxismanagement	36	„Diese Programme im Praxisablauf einigermaßen geölt einzubauen, war ein initialer Aufwand, der mit Umstrukturierungen, Schulungen und anderen Anpassungen zusammenhing.“ (I-19w) „Der Einstieg in die DMP war teilweise wirklich mit Stress und Chaos in unserem Praxisbetrieb verbunden.“ (I-30m)
Reduktion von Über-, Unter- und Fehlversorgung	35	„Ich würde schon sagen, dass DMP dazu beitragen, dass bestehende Versorgungslücken in Bezug auf bestimmte Patientengruppen geschlossen worden sind.“ (I-5w) „Die Chronikerprogramme haben in meinen Augen einen erheblichen Versorgungsbedarf getroffen und ihn auch größtenteils erfüllt, auch wenn es natürlich immer wieder Verbesserungsbedarf gibt.“ (I-35m)
Hoher Dokumentations- und Zeitaufwand	34	„Der Hinkfuß des Ganzen ist bis heute allem voran die viele Bürokratie. Die Vorgaben sind äußerst strikt und lassen sich nicht abkürzen.“ (I-41m) „Also, jetzt kommt der unschöne Part: Die Programme lassen sich überhaupt nicht leicht handhaben. Selbst nach all den Jahren hat da jemand immer noch nicht richtig verstanden, es uns Hausärzten mal etwas einfacher zu machen.“ (I-44w)
Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Kompetenz; mehr diagnostische und therapeutische Sicherheit	32	„DMP haben mir in meiner Kompetenz und Sicherheit als Ärztin weitergeholfen. [...] Und sie waren für mich eine Art Türöffner, mich vermehrt mit evidenzbasierten Tools zu beschäftigen, also z. B. mit Leitlinien, erprobten Algorithmen und so weiter.“ (I-18w) „Ich würde jetzt lügen, wenn ich sagen würde, ich hätte durch die jahrelange Teilnahme an den Strukturen meine Kenntnisse nicht erweitern können. Nein, das war schon recht nützlich.“ (I-29m)
Stärkung der hausärztlichen Rolle bei der Versorgung chronisch kranker Patient*innen	26	„Das Gute ist – und das war so für mich anfangs nicht absehbar –, dass wir Hausärzte durch die Programme zu einem festen, geregelten Ansprechpartner mit einem klaren Rollenbild geworden sind. [...] Das ist gerade für die sprechende Medizin von Bedeutung und gerade auch bei älteren Patienten.“ (I-30m)
Einschränkung der hausärztlichen Therapiefreiheit; weniger individuelle Behandlung von Patient*innen	21	„Natürlich ist es so, dass Du Dich einem relativ starren Regime unterwirfst. Das bringt Vorteile wie die erwähnte Arbeitsteiligkeit oder den Nutzen aus der Evidenz, es hat aber auch den Nachteil, dass ich in Einzelfällen Patienten nicht mehr so betreuen kann, wie es mir nach meinem Gusto am liebsten wäre. Oft sind die Leitlinienvorgaben einfach zu fest und erlauben zu wenig Flexibilität.“ (I-14m)
Zusammenarbeit zwischen Haus- und Fachärzten bei der Versorgung chronischer Erkrankungen nicht im erforderlichen Maße ‚mitgewachsen‘	20	„DMP setzen eine intensive Interaktion vor allem der Haus- und Fachärzte voraus. Aber im Alltag erlebe ich das als hoch problematisch. Die Zahnräder greifen nicht so ineinander wie sie sollen. Nicht nur dass Fachärzte kaum zu ‚kriegen‘ sind, in der Realität nehmen wir im Rahmen der DMP -Kooperation auch viel zu wenig Bezug aufeinander.“ (I-2w)

Tab. 2 (Fortsetzung)

	Anteil im Sample (n = 44)	Beispielzitat
Qualitätssicherung und Kontrolle als Vorteil der DMP	19	„Es gibt eine anhaltende Arbeit an diesen Programmen, sie werden regelmäßig auf den Prüfstand gestellt. [...] Auch die Pflichtfortbildungen für Ärzte sind ein Faktor, der Einfluss auf die Qualitätskontrolle nimmt.“ (I-15w)
Mehr Effizienz in der Patient*innenversorgung (Kosten-Mittel-Einsatz, Kostensenkung im Gesundheitswesen)	19	„Die Standardisierung von Abläufen wie Untersuchungsintervallen oder bestimmten Diagnostiken bringt ohne Zweifel in der langen Linie Kostenersparnisse für das Gesundheitssystem insgesamt. Im Fall von DMP ist es aber vergleichsweise intelligent gelöst worden, denn man erhält etwas für die Standardisierung, wenn man so will.“ (I-18w)
Beitrag zur langfristigen Prävention durch DMP	18	„Lassen Sie uns nicht vergessen, dass in DMP s auch das Potenzial für eine bessere Prävention steckt.“ (I-18w)
Erhöhte Abhängigkeit und Druck von den Krankenkassen	16	„Also, nicht wenige Krankenkassen wünschen sich von ihren Patienten, dass sie in die Programme kommen. Und dann kommen die Patienten mit diesen Hinweisen zu uns. Aber die Kassen treten durchaus auch direkt an uns heran und lassen uns wissen, dass es eine ziemlich klare Erwartungshaltung gibt. Von freier Entscheidung, mich für ein DMP zu entscheiden, würde ich also nicht unbedingt sprechen.“ (I-41m)

rausforderungen im Zusammenhang mit DMP auf, die die Interviewten als limitierend und einschränkend in ihrem Praxisalltag erleben. So wird vielfach von „ausgeprägten Startschwierigkeiten“ (I-33w) berichtet, die mit praxisinternen Anpassungsprozessen an die DMP-Vorgaben einhergingen (u. a. Veränderungen von Strukturen und Abläufen, Schulungen von Assistenzpersonal). Dies bewirkte nach Schilderung von Zweidritteln der Interviewten kleinere bis größere Verzögerungen oder anderweitige Schwierigkeiten.

„Zu Beginn hat es bei uns ordentlich geruckelt. Dieser Anfangsphase ist kritisch und determiniert ein bisschen, wie man auf DMP schauen könnte. Es müsste deutlich niedragschwelliger und passgenauer für die hausärztliche Versorgung sein.“ (I-25m)

Neben dem hohen Dokumentationsaufwand werden Schwierigkeiten im Verwaltungsablauf problematisiert, wenn etwa Patient*innen, die einmalig nicht in der Sprechstunde erschienen sind, direkt aus dem Programm entfernt werden und daraufhin umständlich wieder eingeschrieben werden müssen. Moniert wird weiter die verspätete Rückmeldung über den Teilnahmezustand von Patient*innen oder der Umstand, dass Evaluationsreporte und Feedbackberichte deutlich zeitverzögert eingehen. Auch eine oftmals unberechenbare Anpassung der Rahmenbedingungen der Programme (z. B. wechselnde Bestim-

mungen und Formulare, EDV-Umstellungen) erschweren die kontinuierliche Arbeit. Gegenstand von Kritik ist zudem eine weitgehende Unflexibilität des DMP-Konzepts, das Hausärzt*innen zu wenige situative Handlungsspielräume lasse (z. B. Einbestellungsintervalle, Medikations- und Therapievorgaben).

„Die Leitlinien sind ziemlich starr und bieten nicht viele Wege an. Das ist ein Problem für die individuelle Therapie. Wir sind Hausärzte und keine Leute, die militärisch Folge leisten. Damit ist es für den Job, den wir machen, nicht getan.“ (I-7w)

Als großes Problem wird erlebt, dass zusammen mit den Strukturen und Vorgaben der DMP eine ausreichend funktionierende Verzahnung mit anderen Versorgungsebenen, insbesondere ambulanten Fachärzten, nicht im nötigen Umfang mitgewachsen ist. So nehmen nur wenige Befragte eine substanzial bessere Zusammenarbeit mit fachärztlichen Kolleg*innen aufgrund der Teilnahme an einem oder mehreren Programmen wahr. Überdies gibt es Kritik an den Krankenkassen, die zum einen erhöhten Druck auf Patient*innen ausübten, an DMP teilzunehmen, was Hausärzt*innen oftmals kaum eine Wahl lasse, als selbst an den Programmen zu partizipieren. Zum anderen vertreten viele Befragte die Ansicht, dass im Rahmen von DMP teilnehmende Patient*innen nicht gut genug informiert und längerfristig motiviert würden. Weitere Kritikpunkte be-

treffen eine Honorierung, die aus Sicht vieler Befragter nicht im Verhältnis zum erbrachten Aufwand und zur Belastung im Praxisalltag stehe, sowie nicht immer praxisnahe und auf den Informationsstand der Ärzt*innen eingehende Schulungen. Die Schulungen werden auch im Zusammenhang mit nur geringer Delegationsfähigkeit von Aufgaben kritisiert.

Komponenten, Programme und Bilanzierung

Beim Blick auf die verschiedenen DMP-Bausteine zeigt sich ein insgesamt hoher, allerdings abgestufter Akzeptanzgrad. Nahezu alle Befragten beurteilen die regelmäßige, in den Programmen vorgegebene Einbestellung von Patient*innen als positiv. Ähnliches gilt – analog zu den obigen Ausführungen – für die angebotenen Patient*innenschulungen. Zweidritteln begrüßen die Pflichtfortbildungen für Ärzt*innen und geben an, diese haben einen Einfluss auf die Qualität der Versorgung. Demgegenüber zeigt sich nur ein Drittel des Samples mit der externen Erfassung der Behandlung sowie der Ausgestaltung der Dokumentation zufrieden.

„DMP sind mir bislang zu sehr am Reißbrett konzipiert. Die Kernidee ist gut, aber sie müsste mehr atmen und Spielräume lassen. Denn wie heißt es so schön: Unterschiedliche Wege führen nach Rom.“ (I-14w)

Tab. 3 Konfrontation mit Aussagen zur DMP (Disease-Management-Programm)-Teilnahme**Frage: Ich lese Ihnen jetzt verschiedene Aussagen vor, und Sie sagen mir bitte jeweils, inwiefern dies zu Ihren eigenen Erfahrungen mit DMP passt. (n = 44)**

	Anteil im Sample (n = 44)	Beispielhafte Reaktion auf Aussage
„Die Vorteile, die DMP bringen, überwiegen die Nachteile und Schwierigkeiten.“	35	„Das kann man definitiv so formulieren. Trotz aller Kritik geht es hier um ein besseres Monitoring, eine bessere Achtsamkeit und Compliance, einen effektiveren Modus des Managements.“ (I-37w)
„Durch die Teilnahme an DMP habe ich bezüglich der Diagnose bzw. Therapie Neues gelernt.“	32	„Meines Erachtens sind die DMP gerade für vergleichsweise wissenschaftsferne Hausärzte wie unsereins ein guter Zugang, um sich mit Evidenzmedizin zu beschäftigen. Denn hier wird man als Arzt in einen Rahmen eingebunden und erhält die nötigen Informationen. Und das ist eben weit mehr als einfach eine Leitlinie von klinischen Spezialisten hingehalten zu bekommen, nach dem Motto: ‚So, mach mal!‘“ (I-26m)
„Ich richte mich grundsätzlich nach den DMP -Empfehlungen zur (medikamentösen) Therapie.“	30	„Es ist inhaltlich sinnvoll, dem Rechnung zu tragen, denn dem Patienten kommt es zugute. Allerdings stellt sich ab und an die Frage, ob es zeit- und ressourcentechnisch hinhaut.“ (I-38m)
„Durch die Teilnahme an DMP konnte ich meine eigene Kompetenz verbessern.“	29	„Dem Konzept liegt zugrunde, dass Ärzte geschult werden und ihnen Kenntnisse an die Hand gegeben werden. Das hat definitiv Früchte getragen.“ (I-11w)
„Für mich ist es schwer vorstellbar, in meiner Praxis auf DMP zu verzichten.“	25	„DMP haben Leerstellen besetzt, insofern wäre zu fragen, was an ihrer statt kommen würde, wenn man sie in dieser Form abschafft. Nach Lage der Dinge ist eine Abschaffung weder realistisch noch sinnvoll.“ (I-13m)

Aus der oftmals jahrelangen Erfahrung der Befragten wird das DMP Diabetes mellitus Typ 2 am erkennbar positivsten beurteilt. Unter den Interviewten, die am DMP Diabetes mellitus Typ 1 partizipieren, findet sich ebenfalls großer Zuspruch. Anschließend folgen die DMP KHK, COPD und Asthma bronchiale, die aufgrund geringerer Hausarztkonformität eher kritisiert werden (Weitere DMP werden hier nicht aufgeführt, da an diesen bislang nur wenige Personen aus dem Sample teilnehmen.).

Die weiteren Ergebnisse legen nahe, dass die Interviewten ihr Engagement im DMP-Kontext rückblickend positiv bewerten. So gehen mehr als Zweidrittel der Befragten davon aus, die Therapie der einbezogenen Patient*innen habe durch DMP (eher) stark profitiert.

Anhand einer Batterie von Aussagen, mit denen die Interviewten bewusst konfrontiert wurden, wird die DMP-Teilnahme klar positiv bilanziert (vgl. [Tab. 3](#)). Dabei wird deutlich, dass der Großteil der Befragten Komplikationen und Belastungen, die durch die Programmteilnahme entstehen, in Kauf nehmen, weil der Nutzen ihrer Einschätzung nach überwiegt. Zudem wird ersichtlich, dass die DMP-Teilnahme nach Ansicht der Hausärzte günstige Folgewirkungen in Bezug auf das diagnostische sowie therapeutische

Vorgehen und die Behandlungssicherheit hat.

Verbesserungspotentiale

Ein beträchtlicher Teil der Interviewten steht einer Teilnahme an zuletzt eingeführten oder derzeit in der Entwicklung bzw. Implementierung befindlichen DMP aufgeschlossen gegenüber. Besonders und langfristiges Interesse besteht am DMP Herzinsuffizienz, chronischer Rückenschmerz und Adipositas.

Das Gros der Interviewten wünscht sich für die Zukunft bei DMP einen substanziellen Abbau von Dokumentationspflichten (z. B. Abschaffung der Formulare für Neueinschreibung), eine Erleichterung bei der Interaktion mit der DMP-Datenstelle (auch in Bezug auf zeitnahe Informationen) und mehr organisatorische Kontinuität in den Behandlungsprogrammen. Andere häufig genannte Aspekte betreffen die Ermöglichung von mehr ärztlicher Entscheidungsflexibilität (z. B. bei der Patient*inneneinbestellung und therapiebezogenen Entscheidungen); individuelle Voraussetzungen und Erfordernisse sollten stärker in die Programme einfließen.

„Bei Patienten im Altenheim kann ich z. B. keine Lungenfunktion machen oder

man benötigt ein mobiles EKG. Das ist dann für mich nicht ausgewogen, denn hier braucht es mehr individuelle Entscheidungsmöglichkeiten.“ (I-15w)

Insgesamt, so viele Befragte, sollten DMP noch niedrigschwelliger für Ärzt*innen und Patient*innen angelegt werden, sodass sie bei der Versorgung vulnerabler Gruppen eine noch größere Rolle spielen können. Ferner sollten Schulungen passgenauer sein, breiter angeboten werden, stärker als bislang auch das Praxispersonal einbeziehen und möglichst kostenlos sein. Der Delegationsgedanke sollte sich nach Dafürhalten der Befragten auch in der Honorierung niederschlagen.

„Es muss insgesamt noch deutlich mehr von der Delegation her gedacht werden. Also, wie DMP im Team funktionieren wie dabei mehrere an einem Strang ziehen können. Einbindung, professionelle Schulung und Lastenverteilung ist meines Erachtens das Gebot der Stunde.“ (I-38m)

Aus den Antworten geht hervor, dass die Relevanz der Hausarzt*innen innerhalb des DMP-Konzepts weiter gestärkt werden sollten. Wege, dies zu erreichen, werden grundsätzlich in einer ausgeprägteren Hausarztkonformität, größerer Alltags- und Anwendungsnahe und einem stärkeren Einbezug hausärztlicher Leitlinien gesehen. Hausarzt*innen sollten

die Möglichkeit haben, im Sinne eines Bottom-up-Verfahrens zu einer erfahrungs- und praxisbasierten Verbesserung und Anpassung der Programme beizutragen. Entsprechend geben mehr als drei Viertel aller Interviewten an, dass es Ihnen wichtig wäre, wenn Allgemeinmediziner*innen stärker als bislang bei der Entwicklung neuer bzw. Aktualisierung bestehender DMP einbezogen würden.

Angeregt wird nicht zuletzt die Stärkung und bessere Strukturierung der Kommunikation bzw. Kooperation an den Schnittstellen mit anderen Versorgungsakteuren. Zwar nehmen gerade Landärzt*innen einen tieferen Sinn und Mehrwert des DMP-Konzepts wahr. Dennoch erweist sich hier die Verfügbarkeit von Fachärzt*innen und die Anbindung der Patient*innen als limitierender Faktor.

„Man muss darüber nachdenken, wie man in Zeiten des Ärztemangels, den es überall gibt, diese Programme am Laufen halten kann, ohne dass es zu Behinderungen zu Verzögerungen kommt.“ (I-19w)

Diskussion

Zusammenfassung und Befunde anderer Studien

Unmittelbar nach Einführung der DMP gab es innerhalb der Hausärzteschaft eine kontroverse Debatte über Sinn und Nutzen der strukturierten Behandlungsprogramme. So bestanden Befürchtungen, DMP könnten einer individuellen Patient*innenbehandlung und der ärztlichen Therapiefreiheit entgegenstehen [9, 32, 33].

Die Interviewreihe von Hausärzt*innen belegt, dass DMP heute in der ambulanten Versorgungsrealität eine breite Durchsetzung erlangt haben und zu einem zentralen Element in der Versorgung chronisch kranker Patient*innen geworden sind. Eine Mehrheit der Hausärzteschaft nimmt inzwischen an unterschiedlichen DMP teil; auch richtet sich eine Mehrheit nach den DMP-Empfehlungen zur Therapie und weist damit eine ausgeprägte Leitlinienorientierung auf. Damit zeigt sich, dass hausärztlich tätige Mediziner heute

vorrangig den Mehrwert und die Potenziale von DMP wahrnehmen, wenn es um die Diagnostik, Verlaufsbegleitung und Therapie von chronisch kranken und multimorbiden Patient*innen geht. Zudem wird der Gedanke der Strukturierung, Bündelung und Standardisierung von Vorgehens- und Kollaborationsmustern sowie die Unterstützung der Patient*innenführung, Lebensqualität und Compliance begrüßt [13, 14, 17, 20]. Infolgedessen vertritt eine nicht unerhebliche Zahl der Befragten die Ansicht, dass die hausärztliche Rolle im Bereich der chronischen Erkrankungen durch die Etablierung von DMP aufgewertet wurde. Damit liegt die Studie auf Linie der quantitativen Vorstudie, die analoge Befunde erbrachte.

Zugleich lassen die Ergebnisse der Befragungen weiteres Optimierungspotenzial mit Blick auf die Passgenauigkeit von DMP für die ambulante Versorgung ausmachen. So sollten Dokumentationspflichten geprüft und möglichst enggeführt werden. Zugleich sollten die Interaktion mit der DMP-Datenstelle und die (Wieder)einschreibung von Patient*innen in Behandlungsprogramme vereinfacht bzw. beschleunigt werden. Ferner sollten Anpassungen an DMP so vorgenommen werden, dass Hausärzte im zeitkritischen Praxisalltag keine großen Umstellungsproblematiken zu bewältigen haben [6]. Die Ermöglichung einer größeren hausärztlichen Handlungsfreiheit steht nicht per se im Widerspruch zum DMP-Konzept. Vielmehr würde die Einräumung von mehr (Entscheidungs)flexibilität für Hausärzte helfen, besser auf individuelle Patient*innenbedürfnisse einzugehen. Eine bessere Strukturierung und Effektivierung der Zusammenarbeit mit anderen Versorgungsebenen erscheint ebenfalls ratsam [2, 9, 10, 20, 32, 33]. Wenn die bestehenden Schnittstellenproblematiken gelöst werden, wird sich das erklärte Ziel einer ineinander greifenden Versorgungskette dauerhaft erreichen lassen.

Ein breiteres und differenzierteres Angebot an Pflichtschulungen würde helfen, präziser auf die hausärztlichen Herausforderungen im Versorgungsalltag einzugehen. Zudem wäre es im Sinne einer

Entlastung des Hausarztes und einer Effektivierung der hausärztlichen Versorgung günstig, die Schulungen stärker als bislang für Praxispersonal zu öffnen und kostenlos anzubieten [8]. Die Möglichkeit zu verstärkter Delegation könnte ein Schlüssel sein, um die Akzeptanz von DMP im hausärztlichen Setting weiter zu stärken und ihre Anwendung zu effektivieren. Um perspektivisch mehr Hausarztkonformität von DMP sicherzustellen, praktische Versorgungsprobleme zu minimieren und Praxen besser in den Prozess der Qualitätskontrolle einzupassen, sollten Programme unter verstärkter Einbeziehung hausärztlicher Erfahrungen evaluiert und verbessert werden [5, 7, 10, 35].

Die Ergebnisse können insgesamt als Beleg dafür gewertet werden, dass DMP in der Hausarztmedizin angekommen sind und als wichtige Instrumente zur kontinuierlichen und systematischen Betreuung chronisch kranker und multimorbider Patient*innen fungieren. Darauf aufbauend, lassen sich DMP mit Blick auf eine stärkere Konformität mit dem ambulanten Versorgungssetting weiter systematisch und bedarfsorientiert optimieren [8].

Stärken und Schwächen

Die Studie weist trotz des heterogenen, verschiedene Bundesländer umfassenden Samples verschiedene Limitationen auf. Neben der klar begrenzten Fallzahl handelt es sich um regionale Rekrutierungsschwerpunkte. Hinsichtlich der Mitwirkungsbereitschaft der Gesprächspartner*innen sollte berücksichtigt werden, dass verstärkt Hausärzt*innen teilgenommen haben könnten, bei denen ein thematisches Interesse vorliegt. Ferner wurde ein Teil der Interviews telefonisch geführt, was gegenüber Face-to-face-Befragungen Einschränkungen für die Aussagekraft der Ergebnisse mit sich gebracht haben kann.

Ferner ist anzumerken, dass sich die Befragung mit Einstellungen und Erfahrungswerten in Bezug auf DMP befasst hat. Dies kann konkrete Interventions- und Begleitstudien, die den konkreten Nutzen einzelner Programme und Pro-

grammbestandteile im Praxisalltag evaluieren, nicht ersetzen [25].

Schlussfolgerung

Die Ergebnisse können als Beleg dafür gewertet werden, dass DMP in der Hausarztmedizin angekommen sind und von Hausärzten als wichtige Instrumente zur kontinuierlichen und systematischen Betreuung chronisch kranker und multimorbider Patient*innen befürwortet werden. Jenseits dieser positiven Grundeinstellung benennen die Befragten eine Reihe von Schwachpunkten, die einer effizienten und reibungslosen Vereinbarung von DMP mit dem Praxisalltag nicht selten entgegenstehen. Vor diesem Hintergrund erscheinen kontinuierliche, hausarztorientierte Verbesserungen als wichtiger Ansatzpunkt.

Fazit für die Praxis

- Vor zwei Jahrzehnten wurden die Disease-Management-Programme (DMP) als gesetzlich vorgeschriebene Behandlungsprogramme im ambulanten Bereich eingerichtet. Damit sie ihren vollen Nutzen entfalten können, kommt es insbesondere auf die Mitwirkung von Hausärzt*innen an.
- Die Interviewreihe von Hausärzt*innen belegt, dass DMP heute in der ambulanten Versorgungsrealität eine breite Durchsetzung erlangt haben und zu einem zentralen Element in der Versorgung chronisch kranker Patient*innen geworden sind. Hausärzt*innen äußern eine hohe Zufriedenheit mit dem DMP-Konzept und haben verschiedene positive Mehrwerte in der Versorgung beobachtet.
- Zugleich sollte weiter an der Optimierung der Programme gearbeitet werden, sodass diese noch unkomplizierter in der Primärversorgung Einsatz finden können. So gilt es mit Blick auf die DMP-Rahmenbedingungen und -Vorgaben, eine umfassende Hausarztkonformität sicherzustellen.

Korrespondenzadresse

Dr. Julian Wangler

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie,
Universitätsmedizin Mainz
Am Pulverturm 13, 55131 Mainz, Deutschland
Julian.Wangler@unimedizin-mainz.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Wangler und M. Jansky geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor/-innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien. Bei der vorliegenden Studie wurden keinerlei sensible Patientendaten erhoben oder klinische Tests durchgeführt. Dennoch haben sich die Autoren im Vorfeld der Studie mündlich bei der Ethikkommission des Landes Rheinland-Pfalz rückversichert, dass die Studie der Berufsordnung für Ärzte gerecht wird.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

1. Bückler B, Löscher S, Schürer C et al (2015) Ambulatory care of patients with asthma in Germany and disease management program for asthma from the view of statutory health insured patients. *Dtsch Med Wochenschr* 140(6):60–66
2. Bullmann C, Straub C (2006) DMP zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Eigentlich sollte alles besser werden. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh Wesen* 100(1):32–35
3. Bundesversicherungsamt (BVA, 2013) Zulassung der strukturierten Behandlungsprogramme. <https://www.bundesversicherungsamt.de/weiteres/disease-management-programme/>

[zulassung-disease-management-programme-dmp.html](#) (Zugegriffen: 21. Nov. 2023)

4. Fuchs S, Henschke C, Blümel Metal (2014) Disease-Management-Programme für Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland. Abschätzung der Effektivität anhand einer systematischen Literaturübersicht. *Dtsch Arztebl Int* 111:453–463
5. Fullerton B, Nolte E, Erler A (2011) Qualität der Versorgung chronisch Kranker in Deutschland. *Z Evid Fortbild Qual Gesundh Wesen* 105(8):554–562
6. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA, 2023) Disease-Management-Programme. <https://www.g-ba.de/themen/disease-management-programme/> (Zugegriffen: 21. Nov. 2023)
7. Gerlach FM (2001) Qualitätsförderung in Praxis und Klinik. Eine Chance für die Medizin. Thieme, Stuttgart
8. Gerlach FM, Szecsenyi J (2002) Warum sollten Disease-Management-Programme hausarztorientiert sein? Gründe, Grenzen und Herausforderungen. *Dtsch Arztebl* 99(Suppl 10):20–26
9. Gerst T (2011) Disease-Management-Programme: Zehn Jahre DMP – Wenig Begeisterung. *Dtsch Arztebl*;108(39):A-2001
10. Häussler B, Berger U (2004) Bedingungen für effektive Disease-Management-Programme. Nomos, Baden-Baden
11. Kaduszkiewicz H, van den Bussche H (2005) Auf den Zug aufgesprungen? Disease-Management-Programme aus der Perspektive von Hausärzten. In: Disease-Management-Programme: Behandlung nach Maß? Jahrbuch für Kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, Bd. 41, Kapitel 5. Argument Verlag: Hamburg
12. Kaduszkiewicz H, van den Bussche H (2003) Disease-Management-Programme – Erwartungen und Befürchtungen von Hausärzten und Patienten. Asgard, Verlag: Sankt Augustin
13. Kanniss F, Krockenberger K, Oepen P et al (2020) Wirksamkeit von Disease-Management-Programmen für Asthma und COPD? Ergebnisse einer Querschnittstudie. *Pneumologie* 74(3):174–182
14. Köhler Th, Leinert J, Südhoff S (2012) Ergebnisse der AOK-Bundesauswertungen zur gesetzlichen Evaluation der DMP für die Indikation Diabetes mellitus Typ 2. *Monit Versorgungsforsch* 5(1):34–37
15. Kruis AL, Smidt N, Assendelft WJ et al (2013) Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev* 10:CD9437
16. Linder R (2011) Does DMP have an impact on quality?—An empirical study using routine data. *Dtsch Med Wochenschr* 136:65
17. Linder R, Ahrens S, Köppel D et al (2011) Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. *Dtsch Arztebl Int* 108:155–162
18. Mayring P (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 11. Aufl. Beltz, Weinheim
19. Miksch A, Laux G, Ose D et al (2010) Is there a survival benefit within a German primary care-based disease management program? *Am J Manag Care* 16(1):49–54
20. Miksch A, Trieschmann J, Ose D et al (2011) DMP und Praxis: Stellungnahme von Hausärzten und Veränderung von Praxisabläufen zur Umsetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2. *Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen*; 105 (6):427–433

21. Nolte E, Knai C, Hofmarcher M et al (2012) Overcoming fragmentation in health care: chronic care in Austria, Germany and The Netherlands. *Health Econ Policy Law* 7(1):125–146
22. Raghupathi W, Raghupathi V (2018) An Empirical Study of Chronic Diseases in the United States: A Visual Analytics Approach to Public Health. *Int J Environ Res Public Health*;15(3):pii: E431
23. Renders CM, Valk GD, Griffin S et al (2001) Interventions to improve the management of diabetes in primary care, outpatient, and community settings: a systematic review. *Diabetes Care* 24(10):1821–1833
24. Russo AN, Sathiyamoorthy G, Lau C et al (2017) Impact of a Post-Discharge Integrated Disease Management Program on COPD Hospital Readmissions. *Respir Care* 62(11):1396–1402
25. Simcoe T, Catillon M, Gertler P (2019) Who benefits most in disease management programs: Improving target efficiency. *Health Econ* 28(2):189–203
26. Schneider A, Szecsenyi J (2002) Disease-Management-Programme – Chance oder Bedrohung der allgemeinärztlichen Identität? *Z Allg Med* 78(9):393–397
27. Schulte T, Mund M, Hofmann L et al (2016) Pilotstudie zur Evaluation des DMP Koronare Herzkrankheit. *Entwickl Einer Method Erste Ergebnisse Z Evid Fortbild Qual Gesundh Wesen*; 110–111:54–59
28. Schulze J (2004) Disease Management Programm Diabetes melitus Typ 2. Heftige Kritik der teilnehmenden Ärzte. *Dtsch Arztebl*;101(9):A-543
29. Szecsenyi J, Rosemann T, Joos S et al. (2008) German diabetes disease management programs are appropriate for restructuring care according to the Chronic Care Model. An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. *Diabetes Care*;31(6): 1150–1154
30. Wangler J, Jansky M (2020) Anderthalb Dekaden Disease-Management-Programme – Eine Bilanz zum Status quo aus hausärztlicher Sicht. *Dtsch Med Wochenschr* 145(6):32–40
31. Wangler J, Rusert R, Jansky M (im Erscheinen). Leitlinienorientierung in der hausärztlichen Versorgung – Befunde einer quantitativen und qualitativen Studienreihe zur Leitliniennutzung unter niedergelassenen Allgemeinmediziner*innen. *Präv Gesundheitsf*
32. Weigeldt U (2014) Disease-Management-Programme: Unerwartete Bilanz nach zehn Jahren. *Dtsch Arztebl* 111(20):26
33. Willenborg P. 15 Jahre DMP: „Die Geschichte hat uns Recht gegeben“. *Ärzte Zeitung*, Ausgabe 178, 15.09.2017, S.7
34. World Health Organization (2023) The global burden of the chronic. https://www.who.int/nutrition/topics/2_background/en/. Zugegriffen: 21. Nov. 2023
35. Ziegler A, Rabe KF (2015) Are disease management programs in Germany effective? *Dtsch Med Wochenschr* 140(6):417

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.