



Diabetologe 2008 · 4:473–475
DOI 10.1007/s11428-008-0322-8
© Springer Medizin Verlag 2008

Redaktion
R. Hoffmann, Neuried
R. Landgraf, München

Deutsche Diabetes-Stiftung
Staffelseestr. 6
81477 München
Tel. 089 / 579 579 0
Fax 089 / 579 579 19
info@diabetesstiftung.de
www.diabetesstiftung.de

Zukunftskonzept Prävention

Seit ca. 20 Jahren ist weltweit, bedingt durch drastische Veränderungen des Lebensstils, ein deutlicher Anstieg von Häufigkeit und Ausmaß der Übergewichtigkeit zu beobachten [1]. Und bereits vor 40 Jahren hat die WHO darauf hingewiesen, dass global mindestens 50% der Fälle von Typ-2-Diabetes durch entsprechende präventive Maßnahmen verhindert werden müssen. Obwohl der Aufruf damals wenig Beachtung fand, ist das Thema auf Grund der Zunahme der Zahl von Menschen mit Typ-2-Diabetes und den damit verbundenen medizinischen, sozialen und ökonomischen Problemen aktueller denn je [2].

Nationale und internationale Präventions-Aktivitäten

Aus diesem Grund haben sich wesentliche Akteure der Diabetes-Prävention (die Arbeitsgemeinschaft des Typ 2 Diabetes mellitus der Deutschen Diabetes-Gesellschaft – AGP2, die Deutsche Diabetes-Stiftung – DDS, das Nationale Aktionsforum Diabetes mellitus – NAFDM und die Deutsche Adipositas Gesellschaft – DAG) zum Ziel gesetzt, miteinander zielgerichtet den

Kampf gegen Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 zu forcieren. Im Vordergrund stehen dabei Bestrebungen, die Prävention in diesem Bereich zu bündeln und ein Nationales Programm zu etablieren, bei dem alle Beteiligten und Leistungserbringer einschließlich der betroffenen Risikopersonen aktiv den Prozess mitgestalten. Die Erstellung und Veröffentlichung des Faktenbuches „Prävention vor Kuration: Gesundheit 2010 – unsere Chance“, an dem viele Akteure gemeinsam mitgewirkt haben, verdeutlicht anschaulich die Bedeutung und Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen, sowie die daraus resultierende Notwendigkeit, Prävention ab sofort auf die gesundheitspolitische Agenda zu setzen. Zu diesem Zweck legte auch die DAG dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) und dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (BMELV) im März 2007 einen „Nationalen Aktionsplan gegen das Übergewicht“ vor. Darüber hinaus erarbeitet das NAFDM derzeit im Auftrag des BMG ein Eckpunktetpapier zur Diabetes-Prävention. Alle gebündelten Aktivi-

täten haben das Ziel, die Politik für die Themen Prävention und Gesundheitsförderung zu sensibilisieren, um flächendeckende Präventionsmaßnahmen innerhalb der Versorgungsstrukturen zu etablieren.

Neben den nationalen Bemühungen für mehr Kooperation in der Prävention, gibt es auch auf internationaler Ebene Anstrengungen die Diabetes-Prävention voranzubringen. Für die Verbundprojekte DE-PLAN und IMAGE sind auf Initiative der Projektgruppe des NAFDM Förderungsanträge bei der Public Health-Behörde der EU eingereicht und genehmigt worden. Das Projekt DE-PLAN (Diabetes in Europe – Prevention using Lifestyle, Physical Activity and Nutritional intervention) verfolgt vor allem Fragestellungen hinsichtlich

- Identifizierung und Ansprache von Hochrisikopersonen,
- Informationsgabe und Motivation zur Lebensstiländerung von Hochrisikopersonen,
- Mittel und Methoden einer dauerhaften Lebensstiländerung.

Zwar gibt es in vielen Ländern nationale Präventionsprogramme, doch einheitliche Konzepte und Standards fehlen bisher. Deshalb wurde ein weiteres EU-Projekt zur Diabetes-Prävention mit dem Akronym IMAGE (Development and Implementation of a European Guideline and Training Standards for Diabetes Prevention) von der europäischen Kommission genehmigt.

Zu den Zielen des Projektes gehören:

- Erstellung einer europäischen Leitlinie zur Diabetes-Prävention,
- Entwicklung eines europäischen Curriculums für Präventionsmanager,
- Etablierung einer Strategie für Qualitätsmanagement und Qualitätskontrolle der Interventionsmaßnahmen,
- Etablierung eines online-basierten E-Health Portals.

Damit ist IMAGE das erste Projekt, das europaweit gültige Standards für eine konsequente Koordinierung der Primärprävention von Diabetes mellitus Typ 2 entwickelt.

Das PM-Konzept

Um funktionierende und qualitativ hochwertige Maßnahmen der Diabetes-Prävention zu etablieren, müssen einheitliche und gut abgestimmte Prozessstrukturen, sowie eindeutig geklärte Zuständigkeiten geschaffen werden. Primäres Ziel muss es sein, die Risikopersonen mit geeigneten Screening-Instrumenten frühzeitig zu identifizieren und zu motivieren, an entsprechenden präventiven Interventionsmaßnahmen teilzunehmen [Abb. 1]. Innerhalb dieses Präventionskonzeptes nimmt der so genannte Präventionsmanager (PM) eine zentrale Rolle ein. Dieser ist regional vor Ort für die Durchführung der Gruppen-Intervention und Schulung verantwortlich. Der Arzt ist idealerweise Partner des PM, sowohl bei der Rekrutierung von Programmteil-

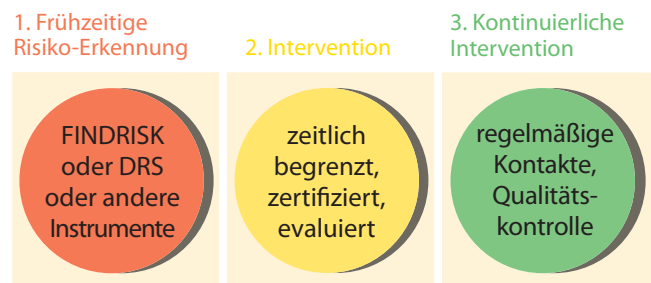


Abb. 1 ▲ 3-stufiges Konzept zur Implementierung des Nationalen Präventions-Programms T2DM.

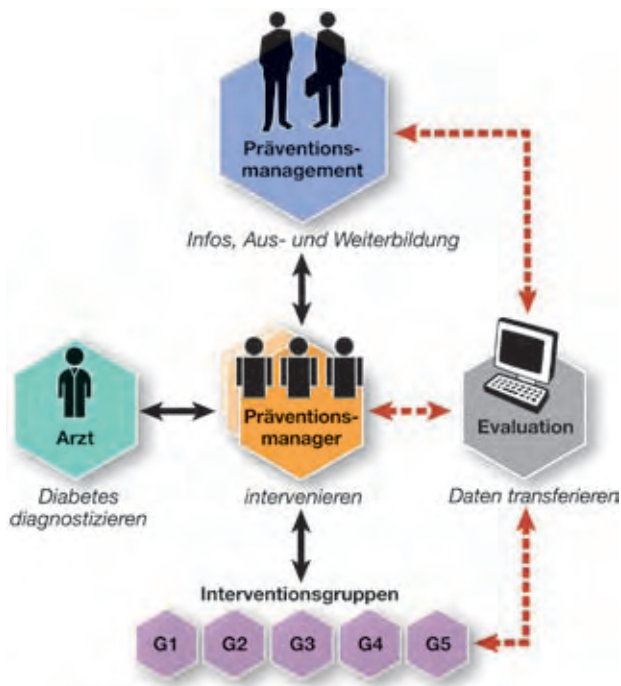


Abb. 2 ▲ Struktur des Präventionmanager-Konzeptes.

nehmern als auch bei der Versorgung nach einer Diabetes-Diagnose. Durch gezielte Kooperationen zwischen Hausärzten und Präventionsmanagern kann die primär präventive Betreuung der Patienten, die auf Grund von Zeitmangel der Ärzte nicht immer gewährleistet ist, verbessert werden. Dabei unterstützt eine übergeordnete Struktur die PM und dient als regionaler Ansprechpartner für alle Akteure [Abb. 2].

Um einheitliche und vor allem qualitätsgesicherte Standards zu garantieren, wurde von der Projektgruppe Prävention des Nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus (NAFDM) ein Curriculum für die Ausbildung der PM initiiert, welches in regional begrenzten Pilotprojekten erprobt wird. Nach der Modifizierung und Optimierung des Curriculums sollen weitere Modellprojekte folgen, bevor das Konzept flächendeckend zum Einsatz kommt.

Ein weiterer Erfolgsgarant für die Umsetzung von Präventionsmaßnahmen ist die Implementierung einer funktionierenden Qualitätsmanagement-Struktur. Als unabhängige bundesweite Einrichtung wird dabei

das Koordinierungszentrum unter dem Dach der Deutschen Diabetes-Stiftung als Schnittstelle zwischen Wissenschaft und Praxis fungieren. Primäre Aufgaben dieses überregionalen Zentrums sind beispielsweise Evaluation und Qualitätskontrolle, standardisierte Parametererhebung, Aus- und Weiterbildung der Akteure, Netzwerkpflge, Aufbau von Kommunikationsstrukturen und Begutachtung bzw. Beurteilung von Präventionsprogrammen. Im ersten Schritt sollen Parameter für die Erfolgsbeurteilung einer Präventionsmaßnahme festgelegt und kommuniziert werden, um so vergleichbare Erhebungsdaten zu generieren. Die Chance dieses „3-Ebenen-Konzeptes“ liegt faktisch in der interdisziplinären und multiprofessionellen Ausrichtung, wodurch verschiedene Berufsgruppen an Interventionen zur Primärprävention mitwirken und gleichzeitig eine kontinuierliche Qualitätssicherung ermöglicht wird [Abb. 3].

Der Umsetzungsprozess

Die Entwicklung des Präventionsmanagement-Konzeptes erfolgt im Rahmen eines lernenden Systems. Probleme und struktu-

relle Defizite bei der Umsetzung sollen dadurch möglichst schnell erkannt, rückgemeldet und behoben werden. Vor diesem Hintergrund wurden Präventionsmanager bisher nur regional begrenzt in zwei Pilotprojekten eingesetzt. Dabei kristallisierten sich folgende Kernpunkte heraus, die es zu lösen gilt:

- 1. Etablierung eines Koordinierungszentrums für ein einheitliches und unabhängiges Qualitätsmanagement.
- 2. Schaffung von regionalen Zentren ist für die Betreuung und Koordinierung der PM unabdingbar und deren Finanzierung.
- 3. Nachweis der Evidenzbasis liegt aus Studien vor und muss in Projekten prozessbegleitend überprüft werden.
- 4. Diskussion der zugangsberechtigten Berufsgruppen im Rahmen der Kassenfinanzierung.
- 5. Ungenügende Schnittstellendefinition zwischen Arzt und PM.
- 6. Gestaltung von Ansprache, Rekrutierung und Motivation von Risikopersonen.

Wie sich bei der praktischen Umsetzung der Pilotprojekte zeigte, liegt die zentrale Herausforderung des Konzeptes in der Rekrutierung und Motivation von Hochrisikopersonen für entsprechende Interventionsmaßnahmen. Nach Screening und Identifizierung der Hochrisikopersonen konnte nur eine geringe Anzahl der Personen den Programmen zur Lebensstiländerung zugeführt werden. Die Problematik der Non-Responder nimmt aus diesem Grund einen zentralen Fokus ein und soll in weiteren Studien erforscht werden. Für die Praxis ist es jedoch notwendig, neue Formen und Kooperationen für eine erfolgversprechende Rekrutierung zu erarbeiten. Eine innovative und sinnbringende Zusammenarbeit von Arzt und PM könnte eine Lösung bei der Rekrutierung und Motivation von Hochrisikopersonen sein. Ein positives und

gelingenes Beispiel der „hausarztzentrierten Prävention“ ist das Projekt „aha!“ aus Schleswig, bei dem regionale Ärzten ihren Patienten die Teilnahme an einem Diabetes-Risiko-Test (FINDRISK) angeboten haben, und die Probanden anschließend ein Lebensstil-Interventionsset erhielten (www.ab-heute-anders.de). Bei der Ansprache der Hochrisiko-Patienten durch den Hausarzt kann von einer hohen Compliance ausgegangen werden, so dass das Bewusstsein für die Änderung des Lebensstils gestärkt würde.

Zu der Thematik Rekrutierung und Motivation wird häufig auch die Diskussion der Ausrichtung und Zielgruppen-Spezifität von Präventionsprogrammen geführt. Prinzipiell richten sich primär präventive Maßnahmen und Initiativen der Gesundheitsförderung an die Gesamtbevölkerung (Bevölkerungsstrategie), im Sinne einer abgestimmten Kombination von Verhältnis- und Verhaltensprävention. Auf Grund der eindeutigen Datenlage hinsichtlich der steigenden Diabetes-Prävalenz und -inzidenz ist die Risiko-Stratifizierung (Hochrisikostrategie) eine vertretbare Teillösung, um Präventionsmaßnahmen zeitnah umzusetzen und somit kurzzeitige Präventionserfolge zu erzielen. Die Kombination beider Vorgehensweisen soll angestrebt werden und bietet die besten Erfolgchancen [3].

Mit der Fortbildung zum Präventionsmanager sollen alle Fachkräfte angesprochen werden, die den Standards „Anbieterqualifikation“ des Präventionsleitfadens der Spitzenverbände der Krankenkassen (SpiKK) entsprechen. Zur Sicherstellung von qualitätsgesicherten Präventionsmaßnahmen der Lebensstil-Änderung in den Bereichen Ernährung und Bewegung, dürfen nur im Präventionsleitfaden festgeschriebene Berufsgruppen Maßnahmen nach § 20 SGB V bei den Kassen abrechnen. Somit wird vorausgesetzt, dass die Kenntnisse und Fähigkeiten der po-

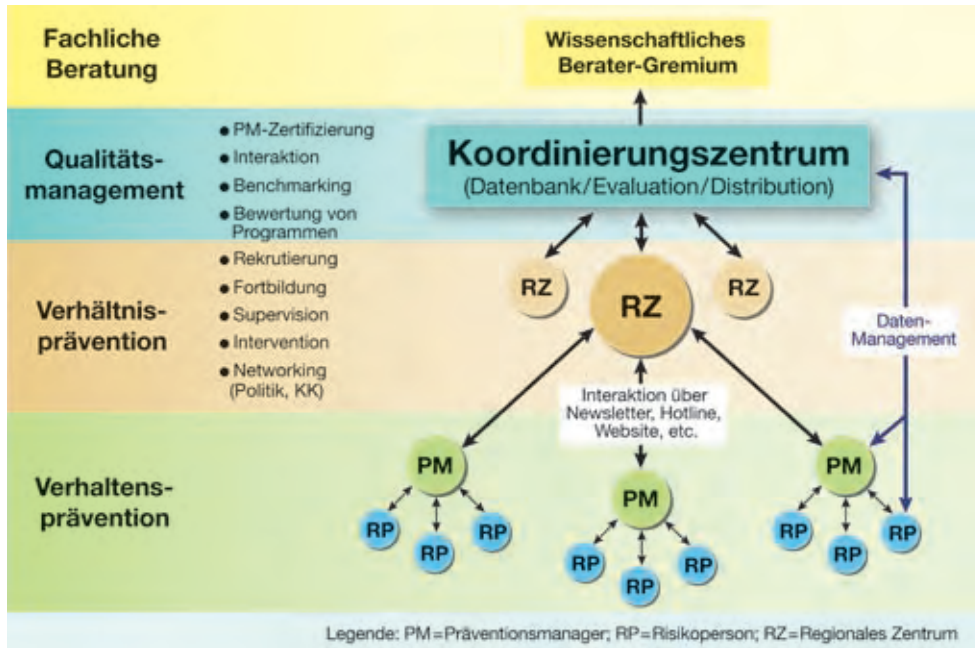


Abb. 3 ▲ Präventionsmanager-Konzept: Rollen und Aufgaben.

tenziellen Präventionsmanager/innen in den jeweiligen Handlungsfeldern eingesetzt werden können.

Finanzierung der Präventionsmaßnahmen

Bisherigen Regelungen zufolge übernehmen die meisten gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen des § 20 SGB V einen Teil der anfallenden Kosten für Maßnahmen der individuellen Prävention. Dies bedeutet, dass die Versicherten häufig ca. 20–50% der Präventions-Ausgaben eigenständig finanzieren müssen. Aus den Erfahrungen vieler Präventionsprogramme abgeleitet ist diese Form der Selbstbeteiligung der Versicherten durchaus sinnvoll, um die Eigenverantwortung der Einzelnen deutlich zu erhöhen. Denn bei einer 100%igen Finanzierung der Programme durch die Krankenkassen besteht die Gefahr, dass Versicherte tendenziell nur passiv konsumieren und nicht die gewünschten Effekte von Prävention eintreten.

Dieses Einfordern der Eigenverantwortung von Teilnehmern der Präventionsprogramme setzt jedoch voraus, dass qualitativ hochwertige Programme zum Einsatz kommen, die die Bedürf-

nisse der Teilnehmer berücksichtigen. Es gibt jedoch in Deutschland bisher keine aussagekräftige Erhebung, welche die Bedürfnisse der Bevölkerung im Hinblick auf Prävention abbildet. Aus diesem Grund muss die Bedürfnis-Orientierung potenzieller Programmteilnehmer in die Präventions-Aktivitäten einbezogen und zielgruppenspezifisch implementiert werden. Auf der Basis eines funktionierenden Qualitätsmanagements könnten dadurch erfolgreiche Programme identifiziert und für andere Regionen modifiziert werden.

Rolle des Arztes im Präventionskonzept

Wie die Pilotprojekte eindrücklich gezeigt haben, stellt, neben der originären Wissensvermittlung, auch die Rekrutierung und Motivation von Teilnehmern eine essentielle Aufgabe der Präventionsmanager dar. Daher müssen funktionierende und belastbare Netzwerke zwischen allen am Konzept beteiligten Akteuren aufgebaut werden. Dem Arzt wird dabei eine zentrale Rolle als Schnittstelle zwischen Präventionsmanager und Risikoperson zugeordnet. Die Arzt-Patienten-Beziehung bildet die idea-

le Basis, um stärker auf die Eigenverantwortung der Patienten hinsichtlich Lebensstil-Änderung hinzuwirken. Vor diesem Hintergrund wäre die Implementierung des Public Health-Ansatzes in die ärztliche Grundausbildung sicher sinnvoll und müsste von den zuständigen Berufsgruppen neu diskutiert werden.

Die Herausforderung der nächsten Jahre besteht faktisch in der stärkeren Fokussierung der Bedürfnis-Orientierung und die Einbeziehung der Patientenwünsche in die Präventionsmaßnahmen. Das vorhandene Wissen der Bevölkerung muss als

Basis alltagstauglicher und weiterführender Präventionsprogramme dienen, um so nicht nur zielgruppenspezifische, sondern vor allem bedürfnisorientierte Lebensstil-Änderungen flächendeckend zu bewirken. Eine ehrgeizige Aufgabe, die jedoch nur als gesamt-gesellschaftliche Herausforderung verstanden und bewältigt werden kann.

Ulrike Gruhl

Nationales Aktionsforum Diabetes mellitus (NAFDM)
Projektgruppe Prävention
Staffelseestraße 6, 81477 München
Tel. 089 / 552798–98, Fax –95
www.nafdm.de

Dinah Köhler

Projektmanagerin Qualitätsmanagement/Prävention
Deutsche Diabetes-Stiftung (DDS)
Staffelseestraße 6, 81477 München
Tel: 089 / 579 579–14, Fax -19
dinah.koehler@diabetesstiftung.de
www.diabetesstiftung.de

Literatur

1. Haffner S, Taegtmeier H. (2003) Epidemic obesity and the metabolic syndrome. *Circulation* 108: 1541-1545
2. Zimmet P, Albert KG, Shaw J. (2001) Global and societal implications of the diabetes epidemic. *Nature* 414: 782-787
3. Primärprävention des Diabetes mellitus Typ 2. Skizze der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Abstimmung mit der Unterarbeitsgruppe AG4 gesundheitsziele.de für eine nationale Präventionskampagne. [konsentiert in der Arbeitsgruppe im Herbst 2008]

DDS-Faktenbuch erscheint

Die Deutsche Diabetes-Stiftung hat zur Realisierung des aktuell erscheinenden Faktenbuchs „Prävention vor Kuration: Gesundheit 2010 – unsere Chance“ viele zentrale Akteure auf dem Gebiet der Prävention des Diabetes Typ 2 mobilisiert. Die Publikation verdeutlicht anschaulich die Bedeutung und Wirksamkeit von Präventionsmaßnahmen, sowie die daraus resultierende Notwendigkeit, Prävention auf die gesundheitspolitische Agenda zu setzen. Sie ist über die Geschäftsstelle der DDS zum Preis von 7,50 € zu beziehen: Deutsche Diabetes-Stiftung, Geschäftsstelle, Staffelseestraße 6, 81477 München
Tel. 089/579579-0, Fax 089/579579-19
E-Mail: info@diabetesstiftung.de.

