

Journal für

Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel

Kardiovaskuläre Endokrinologie • Adipositas • Endokrine Onkologie • Andrologie • Schilddrüse • Neuroendokrinologie •
Pädiatrische Endokrinologie • Diabetes • Mineralstoffwechsel & Knochen • Nebenniere • Gynäkologische Endokrinologie

Zentrale Rolle des Hausarztes bei der Diabetesprävention

Sarnighausen HE

*Journal für Klinische Endokrinologie und Stoffwechsel - Austrian
Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 2010; 3 (2), 26-29*

Homepage:

www.kup.at/klinendokrinologie

Online-Datenbank mit Autoren- und Stichwortsuche

Offizielles Organ der



Österreichischen Gesellschaft für
Endokrinologie und Stoffwechsel

Member of the



Indexed in EMBASE/Scopus

Austrian Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism
Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

Zentrale Rolle des Hausarztes bei der Diabetesprävention

H.-E. Sarnighausen

Kurzfassung: Im Leitfaden „Prävention Diabetes mellitus Typ 2“ des „Nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus“ (NAFDM) spielt der Arzt (Hausarzt) bei der Rekrutierung und Führung der noch nicht erkrankten „Kunden“ mit erhöhtem Risiko für die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes, welches anhand des „FindRisk-Bogens“ (www.diabetes-risiko.de) ermittelt werden kann, eine untergeordnete Rolle. Die Ursache hierfür liegt im Wesentlichen darin, dass nach Ansicht der beteiligten Gesellschaften der Hausarzt im Bereich der Kuration von Krankheiten tätig ist und nicht für präventive Aufgaben im Bereich des Gesundheitswesens ausgebildet wurde. Die „Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin“ hat ihre Mitwirkung aus diesem Grund versagt. Um die Umsetzung des „Leitfadens Prävention Diabetes mellitus Typ 2“ zu initiieren und voranzutreiben, ist eine Änderung in

der Prozessstruktur zu diskutieren, in der der Arzt (Hausarzt) eine zentrale Rolle einnimmt. Hiermit soll erreicht werden, dass Diabetesprävention zu einer Kernaufgabe hausärztlicher Tätigkeit wird, da der Hausarzt seit Langem Erfahrungen in der Prävention von Stoffwechsel- und Gefäßerkrankungen (Gesundheitscheck 35) und Krebserkrankungen (Krebsvorsorgeuntersuchung) hat.

Abstract: The Role of the General Practitioner in Diabetes Prevention. In the guideline „Prevention of Type-2 Diabetes“ of the „German National Aktionsforum Diabetes mellitus“ (NAFDM) the general practitioner plays a secondary role in the recruitment and in the guidance of clients at high risk for the development of type-2 diabetes. The risk can be easily determined using the FindRisk form (www.diabetes-risiko.de). According

to the participating associations, the general practitioner focuses on curative medicine and has no education in the prevention of diseases. The „Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin“ (DEGAM) has refused its participation for this reason. To implement the guideline „Prevention of Type-2 Diabetes“ of the NAFDM anyhow, a change in the process structure has to be discussed, in which the general practitioner plays a central role. Hereby, it could be achieved that prevention of type-2 diabetes becomes a central challenge of function of general practitioners, because the general practitioner has for a long time been experienced in the prevention of metabolic and vascular diseases and tumours. **J Klin Endokrinol Stoffw 2010; 3 (2): 26–9.**

■ Einleitung

Nachdem es gelungen war, den Beleg für eine wirksame Diabetesprävention nach finnischem Vorbild auch in Deutschland zu erbringen, stellt die praktische Umsetzung einer Diabetesprävention in Deutschland eine große Herausforderung dar [1]. Die Evaluation der Präventionsprogramme konnte mithilfe öffentlicher Fördergelder im „Nationalen Aktionsforum Diabetes“ bis 2008 erfolgen. Der „Leitfaden Prävention Diabetes mellitus Typ 2“ [2] sah vor, dass Kunden mithilfe des FindRisk-Bogens gescreent und bei erhöhtem Risiko (FindRisk-Score 10–20) einem Präventionsmanager zugeführt werden sollten, der eine Intervention in Form einer Schulung zur Prävention eines Diabetes mellitus Typ 2 durchführt (Abb. 1). Der FindRisk-Bogen wurde erstmals 1999 in Finnland [3] evaluiert und 2006 auch in Deutschland erprobt. Es bedurfte erst dann eines Arztes, wenn ein Diabetes vermutet wurde (FindRisk-Score > 20). Wie allerdings das Screening organisiert werden sollte und wer die Kunden mit der Durchführung des FindRisk-Bogens betreut und ihnen zu einer Prävention oder einem Arztbesuch rät, war nicht festgelegt. Hierbei kommt nach Ansicht des „Nationalen Aktionsforums Diabetes mellitus“ (NAFDM) den Apotheken eine zentrale Rolle zu. Obwohl bereits ein Diabetespräventionsprogramm (PRÄDIAS) evaluiert werden konnte, scheiterte die Umsetzung an der politischen Kostendiskussion und daran, dass eine konkrete Umsetzung mit klaren Verantwortlichkeiten für die Rekrutierung bisher nicht formuliert wurde. Die Prozessstruktur sah den Präventionsmanager im Zentrum des Prozesses in partnerschaftlicher Interaktion mit

dem Diabetologen (Abb. 2). Dass hierbei der Hausarzt nicht integriert ist, wird offenbar.

■ Umsetzung der Diabetesprävention durch den Hausarzt

Da unklar ist, wie und mit wem die Kontaktaufnahme des Risikokandidaten zur Risikoevaluation mit dem FindRisk-Bogen erfolgen soll, muss erwogen werden, ob nicht der Hausarzt, der zahlreiche Kunden in seiner Praxis mit erhöhtem Risiko entdecken und ansprechen könnte, diese Aufgabe übernehmen kann und sollte. Hierbei könnte den Krankenkassen und Apotheken eine Mittlerfunktion zukommen. Der Hausarzt kann bei entsprechender Ausbildung (z. B. als Diabetologe oder diabetologisch interessierter Arzt) auch koordinative Aufgaben in der Diabetesprävention übernehmen. Er kann beispielsweise Präventionsmanager beschäftigen, die unter seiner Aufsicht Präventionskurse abhalten oder Klienten an einen Schwerpunktarzt für Diabetesprävention (in der Regel einen Schwerpunktdiabetologen) überweisen. Er kann zur Kontrolle der kardiovaskulären Risikofaktoren in Vor-, Begleit- und Nachgesprächen Therapieempfehlungen zur Behandlung von Bluthochdruck- und Fettstoffwechselerkrankungen geben und die Zieldiskussion mit den Klienten um das Gewicht und das Maß an Bewegung führen. Ähnlich der Struktur des DMP können Präventionsbögen zu Evaluationszwecken erstellt werden, die einen Erfolg der Präventionsmaßnahme dokumentieren. Als Parameter böten sich beispielsweise die prä- und postprandialen Blutglukosewerte aus dem OGTT 75 g, das Gewicht, der Blutdruck, die Blutfettwerte, das Vorhandensein eines Nikotinkonsums oder von Begleiterkrankungen (KHK, Apoplex, PAVK) bzw. die Teilnahme an einer Präventionsintervention (z. B. PRÄDIAS) an.

Aus der Ordination Dr. Sarnighausen, Lüneburg, Deutschland

Korrespondenzadresse: Dr. med. Hans-Eckart Sarnighausen, D-21339 Lüneburg, Auf der Höhe 69; E-Mail: arzt@praxis-oedeme.de

Abbildung 1: Ablauf des Risiko-Screenings gemäß der „Leitlinie Prävention Diabetes mellitus Typ 2“ des NAFDM. Aus [2].

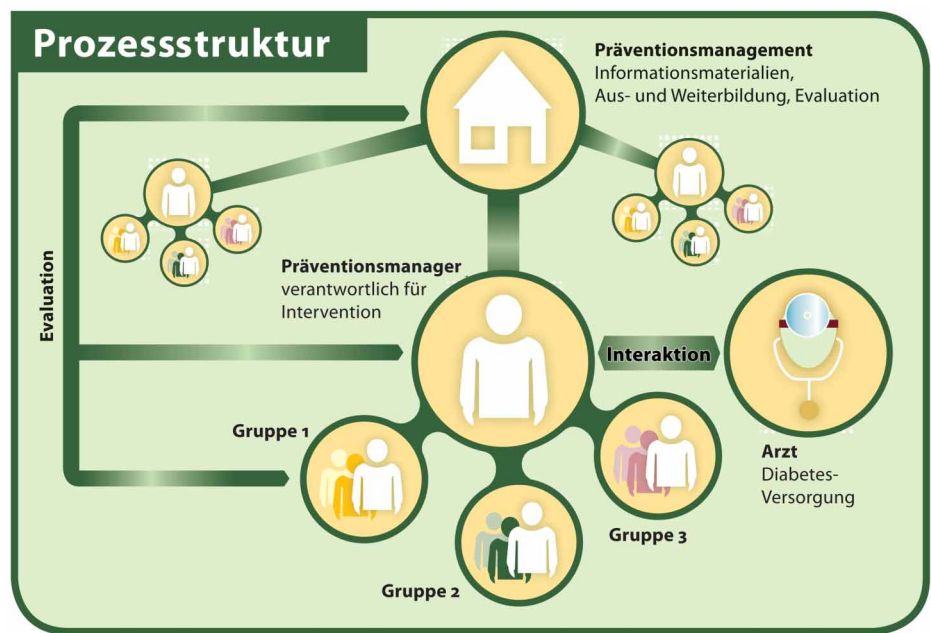
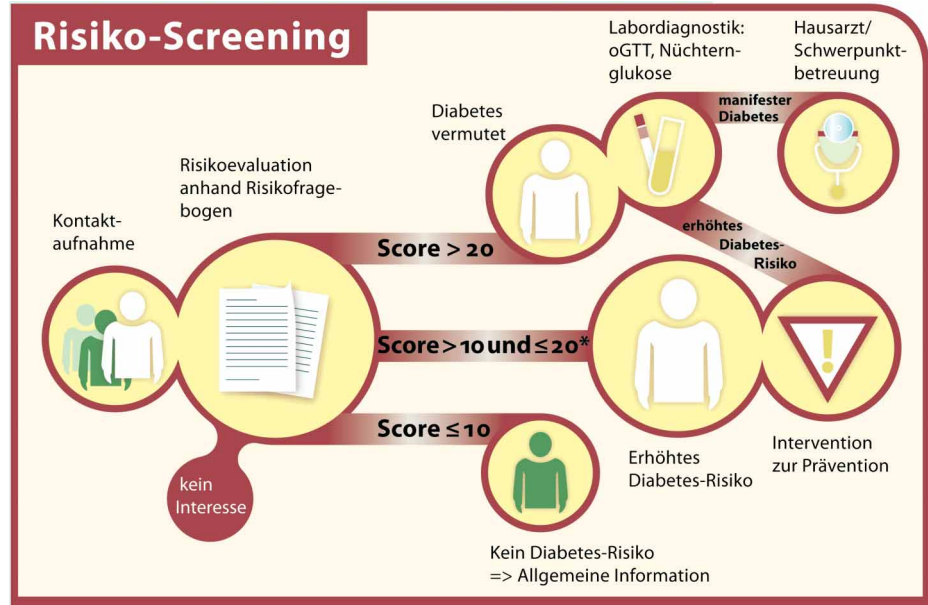


Abbildung 2: Prozessstruktur gemäß der „Leitlinie Prävention Diabetes mellitus Typ 2“ des NAFDM. Aus [2].

Diabetesprävention wurde bereits in 2 großen deutschen Studien (TULIP [4] und DAK [5]) erprobt und belegte nachhaltige Effekte auf Gewicht, Blutdruck und metabolische Laborwerte. Insbesondere bei der Initiative der DAK, bei der Fragebögen durch die Krankenkasse versandt wurden und Anmeldungen zur Diabetesprävention über ein Call-Center erfolgten, stellte man fest, dass sich nur sehr wenige der Risiko-versicherten (etwa 7,5 %) aktiv zur Teilnahme entschlossen. Viele nannten als Gründe für die Ablehnung, sie würden das Testergebnis zuerst mit ihrem Hausarzt besprechen wollen. Als weiteres Phänomen wurde beobachtet, dass 50 % der Teilnehmer an der Studie Abitur hatten. Inwieweit die Teilnahmemodalitäten einen höheren Bildungsgrad voraussetzten, ist allerdings spekulativ, zumal die Ergebnisse nach Teilnahme an der Präventionsintervention vom Bildungsgrad unabhängig waren.

Prinzipiell sollten Initiativen der Krankenkassen oder von Apothekerverbänden unterstützt werden, Versicherte auf die Möglichkeit der Teilnahme an einer Diabetesprävention durch Verbreitung des FindRisk-Bogens in Print- und Rundfunkmedien hinzuweisen und schon einen FindRisk-Bogen auszulegen oder zu versenden. Allerdings sollte der Versicherte die Möglichkeit haben und hierauf hingewiesen werden, den Bogen in seiner Hausarztpraxis (z. B. gemeinsam mit einer hierfür weitergebildeten Diätassistentin oder Arzthelferin) ausfüllen zu können und bei erhöhtem Risiko eine Entscheidung zur weiteren Diagnostik oder zur Präventionsmaßnahme nach Beratung durch den Hausarzt (z. B. im Rahmen eines Gesundheitschecks GU 35) zu treffen. Hierbei wird ein komplizierter Anmeldevorgang über ein Call-Center umgangen und die Präventionsintervention als vertrauensbildende hausärztliche Maßnahme breiten Bevölkerungsschichten

Literatur:

1. Schwarz PEH, Köhler D, Hoffmann R, Landgraf R. Prävention des Diabetes mellitus Typ 2. *Diabetologe* 2009; 5: 471–86.
2. http://195.30.228.47/uploads/media/NAFDM_Leitfaden_Mai2006.pdf [gesehen 26.4.2010].
3. Eriksson J, Lindström J, Valle T, Aunola S, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Lauhkonen M, Lehto P, Lehtonen A, Louheranta A, Mannelin M, Martikkala V, Rastas M, Sundvall J, Turpeinen A, Viljanen T, Uusitupa M, Tuomilehto J. Prevention of Type II diabetes in subjects with impaired glucose tolerance: the Diabetes Prevention Study (DPS) in Finland. Study design and 1-year interim report on the feasibility of the lifestyle intervention programme. *Diabetologia* 1999; 42: 793–801.
4. <http://www.deutscher-praeventionspreis.de/div/download.php?id=28&sub=pdf> [gesehen 26.4.2010].
5. <http://www.zi-berlin.de/news/downloads/BerichtDiabetesEndfassung2.pdf> [gesehen 12.4.2010].

Dr. med. Hans-Eckart Sarnighausen

1988–1994 Medizinstudium in Kiel und Lübeck, Promotion 1995 an der Universität Lübeck, Facharzt für Innere Medizin 2001, Teilgebiet Kardiologie 2005, Diabetologe 2005, Zusatzbezeichnung Sozialmedizin 2010. Niedergelassen in eigener Diabetesschwerpunktpraxis mit kardiologisch-sozialmedizinischer Ausrichtung seit 2005 in Lüneburg.



Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

☒ Medizintechnik-Produkte



Neues CRT-D Implantat
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3
Labotect GmbH



InControl 1050
Labotect GmbH

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ Bestellung e-Journal-Abo

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)