Peter Stegmaier
Prof. Dr. Dr. Fred Harms
Prof. Dr. Dorothee Gänshirt

Von der Versorgung zur Befähigung zum Selbstmanagement

Zusammenfassung

In 40 Jahren wurde es trotz der Investition von vielen Milliarden Euro nicht geschafft, die sich abzeichnende und schon eingetretene Epidemie der chronischen Krankheiten - allen voran des Diabetes - einzudämmen. Das liegt vor allen daran, dass die Haupt-Risikofaktoren (Übergewicht, Ernährung, mangelnde Bewegung, Rauchen) mit einem aus der Akut-Versorgung stammenden Ansatz nicht beizukommen ist, denn bei den chronischen Krankheiten steht nicht der Arzt (der helfend, begleitend und motivierend unterstützen muss), sondern der Patient im Mittelpunkt. Er muss befähigt werden, seiner progressiven Krankheit mit den jeweils geeigneten Mitteln entgegen zu arbeiten und sich dabei selbst zu managen. Selbstmanagement ist das einzige Mittel, mit dem der Epidemie der chronischen Krankheiten zu begegnen ist.

Schlüsselwörter

Chronische Krankheiten, Diabetes, Selbstmanagement, Risikofaktoren

Vor 40 Jahren erklärte die WHO, dass mindestens 50 Prozent der Diabetesfälle weltweit zu verhindern seien und forderte - wie im Diabetes Gesundheitsbericht 2013 (1, S. 23) zu lesen - Aktionen zur Prävention dieser Erkrankung. Der Aufruf fand allerdings damals - annähernd wie heute - wenig Beachtung. In all diesen vielen Jahren investierte das deutsche Gesundheitssystem Multimilliarden, um Menschen mit dieser Erkrankung zu versorgen. So betrugen laut CODE-2-Studie (2) schon 1998 die durch Patienten mit einem Typ-2-Diabetes in Deutschland verursachten Kosten rund 15,7 Mill. Euro - was sich seitdem hochgerechnet auf viele Hunderte von Milliarden Euro summiert. Doch: Warum gibt es trotz dieses immensen Invests noch Defizite in der Diabetiker-Versorgung als einer der kostenintensivsten chronischen Erkrankungen? Die Vermutung liegt nahe, dass dem grundliegenden Problem fast aller „non-communicable diseases" - die betroffenen Menschen zum Selbstmanagement zu befähigen und zu Lebenstiländerungen zu motivieren - mit dem bisherigen, aus der Akutversorgung stammenden Versorgungsansatz alleine nicht beizukommen ist.

>> Wenn mit dieser Multimilliarden-Investition das Problem des Diabetes in den Griff bekommen worden wäre, wäre das sicher gut investiertes Geld, weil Diabetes im Zusammenspiel anderer chronischer Erkrankungen mehr als 1 Prozent des Bruttoinlandsprodukts vernichtet (3). Trotz dieser hohen Investitionen steigt jedoch die Inzidenz (die Anzahl der Neuerkrankungen) und Prävalenz (die Krankheitshäufigkeit) des Diabetes seit Jahren stetig an. Das liegt vor allem daran, dass die kardinalen Risikofaktoren wie Bewegungsmangel, Rauchen sowie Übergewicht/Adipositas mit dem bisherigen Versorgungsansatz nicht gemindert werden konnten. Der Grund: Ein wirklich übergreifender nationaler Ansatz zur Prävention - vor allem des Typ-2-Diabetes, aber auch der Risikofaktoren - existiert immer noch nicht, auch wenn mit dem aktuellen Präventionsgesetz ein erster wichtiger Schritt gegangen worden ist. Die dringend nötige Primärprävention (Vorbeugen vor Eintreten der Krankheit) würde ein - so der Diabetes Gesundheitsbericht 2013 - „langfristig angelegtes, zielorientiertes Zusammenwirken von Institutionen innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens" verlangen, was bisher noch nicht erfolgt ist, weil wirkliche Gesundheitsvorsorge bisher nur im Gesundheitssystem (und damit im Rahmen des Sozialgesetzbuches SGB V) angesiedelt ist. Eine Einschränkung, die zu überdenken ist: Denn durch die Zunahme der Zahl von Patienten mit Typ-2-Diabetes und den damit verbundenen medizinischen, sozialen und ökonomischen Problemen wird mehr und mehr erkannt, dass nach mehr als 40 Jahren voller Bemühungen, an Diabetes erkrankte Menschen - so gut es eben geht - zu versorgen, es vielleicht doch der beste Weg ist, Diabetes zu verhindern. Die Evidenzbasis dafür bilden laut „Diabetes Gesundheitsbericht 2013" mehrere große internationale Studien. Diese belegen, dass die Prävention dieser chronischen Zivilisationskrankheit sowohl durchführbar als auch kosteneffektiv ist, wobei entscheidend die praktische Umsetzung in Programmen zur Diabetes-Prävention, am besten bereits im prädiabetischen Stadium, ist.

Innerhalb Europas nimmt hier nach Aussagen des Diabetes Gesundheitsberichts 2013 (S. 197) Finnland eine Vorreiterrolle ein. Das finnische nationale Diabetesprogramm („DEHKO - Development Programme for the Prevention and Care of Diabetes in Finland 2000-2010" und „Programme for the Prevention of Type 2 Diabetes in Finland 2003-2010") basiert auf den Erkenntnissen der finnischen „Diabetes Prevention Study" (4) und fokussiert die Primärprävention des Diabetes, die Weiterentwicklung der strukturierten Versorgung von Menschen mit Diabetes und die Unterstützung des Selbstmanagements von Patienten. Die hier beschriebene intensive Lifestyle-Intervention sei in der Lage, langfristige positive Veränderungen in der Ernährung, körperlichen Aktivität, den klinischen und biochemischen Parametern und sogar einem reduziertem Diabetes-Risiko zu erzeugen. Die Empfehlung der finnischen Diabetes Prevention Study-Group: „Diese Art der Intervention ist eine mögliche Option, um Typ-2-Diabetes zu verhindern und sollte in der primären Gesundheitsversorgung umgesetzt werden." Immerhin zeigte die Studie, übrigens eine der ersten RCT im Umfeld der Prävention, dass das Risiko von Diabetes in der Interventions- im Vergleich zur Kontrollgruppe um 58% gesenkt werden konnte. Auch der BMI (-0,4 im Vergleich im 1. Jahr und 0,4 im 3. Jahr) und der HBA1c sanken (-0,1% im ersten und um 0,3 im dritten Jahr).

Die Diabetes-Epidemie ist da

Das Problem ist indes, dass Prävention, so sinnvoll sie ist, je nach Maßnahme unterschiedlich viel kostet und - vielleicht der wichtigere Fakt - eine unterschiedlich lange Zeitachse benötigt, um nachvollziehbare Ergebnisse auf Gesamt-Populationsebene zu erzielen. So wird im OECD Health Working-Paper 48 „Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies" (5) beschrieben, dass Präventionskonzepte für Ältere, Multimorbide und besonders für Kinder in der Schule und im Kindergarten, für Schwangere oder alleinerziehende Mütter für sich gesehen alle sinnvoll seien. Doch wie lange braucht es, bis sich solche Interventionen auszahlen? Nach Erkenntnissen der OECD ziemlich lange: Gesundheitsfördernde und aufklärende Interventionen in der Schule zahlen sich gesellschaftlich gesehen erst nach 60 bis 70 Jahren aus! Hingegen seien Interventionen im ärztlichen Bereich viel teurer, seien dafür aber kurzfristig wirksam. Am effektivsten sei eine Steuer, wie sie in Dänemark auf gesättigte Fettsäuren im März 2011 eingeführt und Ende 2012 alleine aus Gründen des Kaufkraftabflusses nach Deutschland wieder abgeschafft wurde. Doch diese Steuer (in Höhe von rund 2,15 Euro auf 1 Kilo Butter) hätte - so Prof. Dr. med. habil. Peter E. H. Schwarz (Diabetes-Prävention und -Versorgung Medizinische Klinik III Universitätsklinikum Carl Gustav Carus) auf dem EDLF-Forum 2012 (6) - das Potenzial gehabt, das Gewicht der Menschen

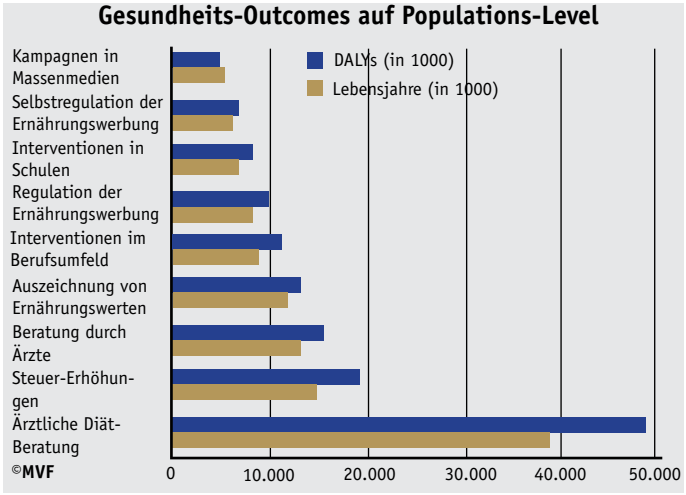


Abb. 1: Zunahme von Lebensjahren und DALYs auf Populations-Level. Quelle: OECD Health Working Papers No. 48, S. 38

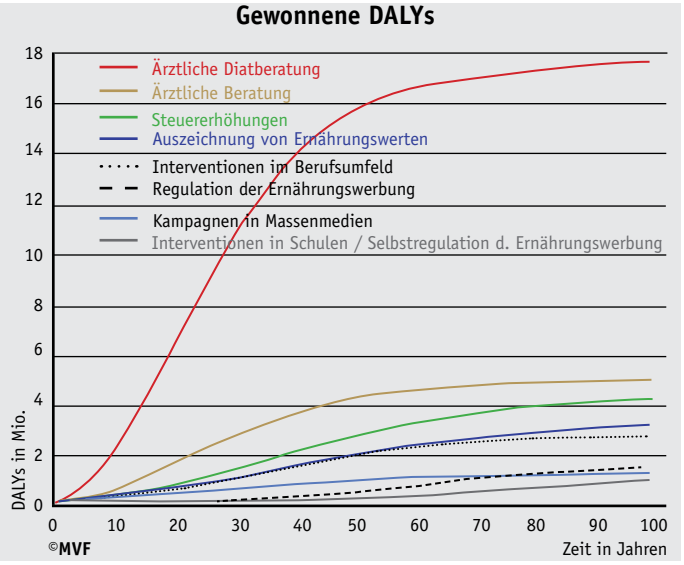


Abb. 2: Kumulierte Disability-Adjusted Life Years (DALY) gewonnen (in Millionen) im Laufe der Zeit, Quelle: OECD Health Working Papers No. 48, S. 38

in Dänemark bevölkerungsweit um 1,2 Kilogramm zu senken", was damit die in Europa effektivste Präventionsmaßnahme gewesen wäre.

Doch würde eine solche - wenn auch sinnvolle - Steuer, die auch auf der Pressekonferenz zur Aktion „Diabetes Stoppen" von diabetes.de (5) diskutiert wurde, nichts für die bereits an Diabetes Typ 2 erkrankten Menschen nutzen; und auch noch recht wenig jenen, die in den kommenden Jahren, bis eine wie auch immer ausgestaltete Präventionsstrategie greifen sollte, noch erkranken werden. Zur Zeit rechnet man (7) mit rund 7 Millionen entdeckten (Prävalenz) und weiteren 2,1 nicht-entdeckten (das ist die Dunkelziffer) Diabetikern - demnach also rund 9,7% der deutschen Bevölkerung. Hinzu kommt, dass die Lebenszeitprävalenz mit zunehmendem Lebensalter der Menschen sowieso steigt - von 7,3% (Männer) und 4,0% (Frauen in der Altersgruppe 50-50 Jahren) auf 17,0% bzw. 10,7% in der Altersgruppe 60 bis 69 und 22% bzw. 21,8% in der zwischen 70 und 79 Jahren (6). Dazu kommen dann die Neuerkrankungen (Inzidenz), die je nach Studie, Stichprobe, Region und betrachteter Population zwischen 8% (IDF Atlas 2011) und 12% (IDF Atlas 2009) schwanken. Das heißt nichts anderes, als dass um die 200.000 bis 270.000 Neuerkrankungen hinzukommen - was in etwa die Einwohnerschaft einer Stadt wie Wiesbaden ausmacht. Und das jedes Jahr!

Dabei ist Diabetes nicht nur ein „bisschen Zucker", sondern hat ernsthafte Konsequenzen für den Erkrankten und auch für seine Arbeitskraft. Im Jahr 2001 wurden laut der 2005 erschienenen Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu Diabetes Mellitus (8) bei den AOK-Versicherten 0,3% (bei den Männern 0,3%, bei den Frauen 0,2%) aller Arbeitsunfähigkeitsfälle und 0,5% der Arbeitsunfähigkeitstage (bei den Männern 0,6%, bei den Frauen 0,3%) mit Diabetes begründet. Das waren circa 47 Fälle je 10.000 männlicher Versicherter und circa 27 Fälle je 10.000 weiblicher Versicherter. Dabei betrug die durchschnittliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit wegen Diabetes bei Männern 26,5 Tage und bei Frauen 21,5 Tage. Im Jahr 2002 wurden 2.792 Rentenzugänge (2.021 Männer und 771 Frauen) mit Diabetes begründet, das waren 1,6% aller Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2002 (2% bei den Männern und 1,1% bei den Frauen). Es sei, so die Berichterstattung des Bundes „jedoch davon auszugehen, dass mit diesen Daten die Bedeutung des Diabetes für Arbeitsunfähigkeit und Berentung wegen verminderter Erwerbsfähigkeit erheblich unterschätzt wird." Die Erfahrung zeige, dass häufig nicht der Diabetes, sondern Begleiterkrankungen oder Spätschäden (Herz-Kreislauf-Krankheiten, Nierenerkrankungen) als Begründung benannt werden.

Trotz dieser ernüchternden Zahlen hat sich seit der St.Vincent-Deklaration bis heute - also in rund 25 Jahren - die Versorgung der an Diabetes Erkrankten durchaus verbessert, wobei hier an erster Stelle das von der Politik initiierte Disease-Management-Programm (DMP) zu nennen ist, an dessen DMP Diabetes Typ 2 inzwischen über 3,7 Millionen Diabetiker in über 1.800 Programmen teilnehmen (8). Schon das Gutachten des Sachverständigenrates Gesundheit (2000/2001) sah in seinem Fazit die Versorgung chronisch Kranker als wichtigste und größte Herausforderung" für das Gesundheitswesen (9) an; stellte aber - so der Evidence-based Health Policy Review „Diabetes-Versorgung in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit im 21. Jahrhundert" von IGES (10) - „die Komplexität chronischer Erkrankungen aus Sicht des Rates als eine besondere Aufgabe dar, denn die Behandlung finde zu verschiedenen Zeitpunkten und in verschiedenen Sektoren statt". Aus den dargestellten Analysen des Rates könne die Schlussfolgerung gezogen werden, dass es ein „deutliche[s] Missverhältnis zwischen Überversorgung im kurativen Bereich einerseits und einer Unterversorgung im Bereich der Prävention und Rehabilitation chronisch Kranker andererseits" (10, S. 249) gebe. Aus diesem Ergebnis hätte - so IGES - der Sachverständigenrat auch sein Fazit zu zehn Jahren Diabetikerversorgung in Deutschland gezogen: Darin wurde festgestellt, dass es keine deutlichen Versorgungsverbesserungen gab, und trotz der Vielzahl an Modellprojekten in diesem Bereich bisher nur in einzelnen Regionen Fortschritte in der Versorgung von Menschen mit Diabetes gegeben habe (10, S. 249 ff.).

Als Ursache des geringen Fortschritts machte der Sachverständigenrat die weiterhin bestehenden Sektorengrenzen aus, die Kommunikations- und Kostengrenzen zwischen Professionen, Institutionen und Kostenträgern sowie den Kassenwettbewerb, der sich als hinderlich für eine sektor- und kassenartübergreifende Versorgung von Diabetes-Patienten zeige, weil dieser zu Intransparenz von Know-how führe. Immerhin gibt es zur Zeit 10.385 DMP-Angebote, davon 1.838 für Diabetes Typ 2. Diese werden zwar vom Bundesversicherungsamt (BVA) monitort, die qualitativen Ergebnisse, die dem Patienten und Verantwortlichen im Gesundheitssystem ein Benchmarking erlauben würde, stehen aus wettbewerblichen Gründen indes nur den jeweiligen Kassen zur Verfügung.

Die Evaluation der DMP zeigt - so der Report des IGES-Instituts - an „etlichen Stellen Verbesserungen von Behandlungsprozessen und Surrogat-Parametern auf": So würden

- Diabetiker innerhalb von DMP tendenziell eher leitliniengemäß medikamentös behandelt, erhalten die notwendigen Kontrolluntersuchungen und
- nehmen häufiger an Schulungen teil als außerhalb von DMP,
- messen ihren Blutdruck häufiger selber als Nicht-Teilnehmer,
- erhalten häufiger blutdrucksenkende Medikamente und
- erreichen auch häufiger ihre Zielwerte, obwohl eine ärztliche Kontrolle des Blutzuckers nicht häufiger stattfindet als bei Nicht-Teilnehmern.

Doch kommt bei IGES leichte Kritik auf: DMP-Teilnehmer hätten - so die Aussage dieses Reviews -„schon bei Einschreibung einen gut eingestellten HbA1c-Wert“, wobei es allerdings gelänge, diesen bei zunehmender Erkrankungsdauer zu halten.

Herausforderung: Chronische Erkrankungen

Diabetes Typ 2 ist mit die kostenintensivste chronische „non-communicable“ Erkrankung, die eine wichtige Gemeinsamkeit mit den anderen - Rheuma, KHK, COPD und Depression - hat: Das alles sind Erkrankungen, die nicht nur einen Verlust von rund 1% des Bruttosozialprodukts erzeugen, sondern auch

- 86% der Todesfälle in Europa verursachen (23), aber
- zu einem Großteil durch das Selbstmanagement des Erkrankten über eine lange Zeit hinweg in den Griff zu bekommen wären (12).

Wie? Durch Selbstmanagement, das in erster Linie bei der Eigenmotivation beginnt, sich anders und besser zu ernähren und vor allem sich mehr zu bewegen. Ist der Diabetes Typ 2 diagnostiziert, kommt es in erster Linie nicht nur darauf an, wie der Neuerkrankte geschult und - falls notwendig - medikamentös therapiert wird, sondern auch, dass er befähigt wird, seiner Krankheit aktiv entgegen zu arbeiten.

In den Jahren seiner Erkrankung (so denn keine Komplikationen auftreten) sieht der Diabetiker laut Daten der Barmer GEK (13) seinen behandelnden Arzt und dessen Diabetesteam 44,7 mal pro Jahr und damit immerhin fast dreimal so oft wie ein anderer Erkrankter, der durchschnittlich 18,8 Arztkontakte pro Jahr aufweist. Dennoch: Den großen Rest des Jahres mit seinen rund 8.500 Stunden ist der Diabetiker alleine mit seiner Krankheit. In dieser Zeit kommt es entscheidend darauf an, wie der Mensch mit dieser Krankheit umgeht:

- Ein Teil der Betroffenen negiert sie schlichtweg. Das sind jene, die in einigen Jahren, oder auch Jahrzehnten - je nach individuell unterschiedlichem Krankheitsverlauf - Hospitalisierungen und Folgeschäden haben werden - Erblindung, Amputation, frühzeitiger Tod.
- Ein weiterer Teil sind all jene, die zwar zum Arzt gehen, sich Medikamente oder Insulin oder auch Insulinpumpen verschreiben lassen, aber eigentlich das „bisschen Zucker“ nicht richtig ernst nehmen - bis sie wieder je nach individuell unterschiedlichem Krankheitsverlauf - Hospitalisierungen und Folgeschäden - haben werden. Diese Gruppe kann allerdings mit geeigneten Maßnahmen befähigt werden, für ihr eigenes Leben aktiv zu werden, um Folgeschäden zu minimieren.
- Das letzte Teil bilden all jene, die ihre Krankheit annehmen, sich meist auch in DMP einschreiben (positive Selektion) und zum großen Teil höchst adhärent sind: Sie treiben regelmäßig Sport, achten auch ihre Ernährung, messen ihren Blutzucker und reagieren mit den richtigen Verhalten und/oder Insulinmengen. Doch auch hier gilt: Wie bei den Patienten in den ersten beiden Gruppen führt auch bei ihnen die progressiv verlaufende Erkrankung Diabetes Typ 2 im Verlauf ihres Lebens zu einer Verschlechterung und zu möglichen Folgeschäden, wenn auch viel später und weniger stark ausgeprägt.

Wie sich diese Gruppen zahlenmäßig genau darstellen, ist nicht bekannt. In der DES-Studie (14) zeigte sich jedoch folgender Sachverhalt, aus dem man eine mögliche Gruppenverteilung ableiten kann: Rund ein Drittel der Patienten hatte kein wirkliches Interesse an Weiterbildung. Die Gründe dafür waren entweder keine Interesse (Ignoranz), „das bringt doch alles nichts“ (Depression) oder familiäre Probleme. Indes waren die restlichen Zweidrittel prinzipiell durchaus bereit mitzumachen, wobei davon wiederum allerdings nur rund 30% wirklich motiviert (emphatisch) sind. Die anderen müssen durch Health Professionals (hier sind vor allem Arzt und Diabetesassistenz gefragt) abgeholt werden.

Diese Frage wird auch Inhalt einer Studie sein, die in Österreich durchgeführt werden soll (15). Diese Studie hat die Aufgabe aufzuzeigen, welche ökonomischen Auswirkungen Diabetes Typ 2 auf das österreichische (mit dem deutschen im wesentlichen vergleichbare) Gesundheitssystem hat. Schon jetzt ist klar, dass es zwar wie in Deutschland in Österreich nicht gelungen ist, das Versorgungsproblem Diabetes Typ 2 zu lösen, es aber Anhaltspunkte dafür gibt, was die mit Diabetes assoziierten Kosten auslösen, wenn die schiere Menge der an Diabetes Erkrankten nicht anders als bisher motiviert wird, mit ihrer Erkrankung umzugehen: Die Kosten werden explodieren.

Was kein großes Wunder ist, denn 50 % der Patienten der CODE 2-Studie (2) zeigten schwerwiegende makro- und/oder mikrovaskuläre Komplikationen, was massive Auswirkungen auf das Gesundheitssystem hat. Die Kosten pro Patient steigen laut CODE 2-Studie mit dem Komplikationsstatus vom 1,3-fachen (keine Komplikationen) auf das 4,1-fache (makro- und mikrovaskuläre Komplikationen) der durchschnittlichen Ausgaben für GKV-Versicherte an. Im Jahr 1998 betrugen nach Ergebnissen der CODE-2-Studie die durch Patienten mit einem Typ-2-Diabetes in Deutschland verursachten Kosten immerhin rund 15,7 Milliarden Euro. Den größten Anteil trugen mit 61% die gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen (GKV und PKV), wobei von diesen Kosten entfielen:

- 50% auf die stationäre Behandlung,
- 13% auf die ambulante Behandlung und
- 27% auf Medikamente, wobei davon Diabetes-Medikationen (Insulin, orale Antidiabetika) nur 7% ausmachten.

„Es ist davon auszugehen, dass in Statistiken über medizinische Leistungen die Bedeutung des Diabetes mellitus erheblich unterschätzt wird“, schreibt dazu ein Autorenteam in Heft 24 in der Reihe „Gesundheitsberichterstattung des Bundes im März 2005 (16). Als Grund für eine Behandlung würden häufig Komplikationen oder Begleiterkrankungen des Diabetes dokumentiert und nicht der Diabetes selbst erfasst. Die Unterschätzung der diabetesassoziierten Behandlungsleistungen durch Routinedaten werde auch an den Daten zur stationären Versorgung deutlich: In der Krankenhausdiagnosestatistik sei 2001 für 1,25% aller stationären Behandlungsfälle die Hauptdiagnose Diabetes dokumentiert worden. Das seien 111.099 Fälle bei Frauen und 95.697 Fälle bei Männern gewesen. Die Krankenhausaufenthalte hätten dabei insgesamt 2,9 Millionen Tage (1,57 Mill. bei Frauen und 1,35 Mill. bei Männern) umfasst, was 1,2% aller stationären Behandlungstage bei den Frauen und 1,3% bei den Männern entsprach. Hochgerechnet auf (damals) vier Millionen Personen mit Diabetes in Deutschland entsprächen die oben genannten Zahlen von 2001 etwa 0,05 stationären Fällen (mit der Hauptbehandlungsdiagnose Diabetes) und 0,75 Tagen pro Person und Jahr. Demgegenüber gaben im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 die 40- bis 59-jährigen Befragten mit Diabetes durchschnittlich 3,7 stationäre Tage pro Jahr an (Frauen 2,3 und Männer 4,5), bei den 60- bis 79-jährigen waren es 6,1 (Frauen 5,9 und Männer 6,2) und damit fast doppelt so viele wie für die 60- bis 79-jährigen Befragten ohne Diabetes.

Die Kosten für die Behandlung eines „durchschnittlichen“ Diabetikers liegen in Deutschland gemäß einer Schätzung von Weber et al. (18) aus dem Jahr 2006 bei fast bei 3.200 Euro pro Jahr und Patient, wobei die Kosten mit der Dauer der Erkrankung kontinuierlich ansteigen. Ein großer Teil der Kosten entfällt laut Weber (19) nicht auf die Primärtherapie (z.B. Arztbesuche, Medikationskosten), sondern auf die Behandlung der schwerwiegenden diabetesbedingten Folgekomplikationen wie Herzinfarkt, Schlaganfall oder Amputationen, wobei auch hier ein zeitlicher

Trend zu beobachten ist: Mit der Dauer der Diabeteserkrankung wachsen insbesondere die Nachsorgekosten für aufgetretene Komplikationen an.

Wie auch in Deutschland wurde in Österreich über Jahre versucht, über ein hausarztzentriertes Versorgungsmodell dieser nicht erst seit heute zur Epidemie (19) angewachsenen Erkrankung Herr zu werden. Vergebens. Der Effekt: Die Blutzuckereinstellung ist bei der Mehrzahl der diabetischen Patienten laut CODE 2-Studie (2) unzureichend - bei lediglich 26% aller Patienten lag der HbA1c-Wert mit <6,5 % gemäß den damals gültigen Empfehlungen der European Diabetes Policy Group im Therapiezielbereich. Was wohl mit auch daran lag, dass dieser Zielwert zu eng gefasst war, wovon sich die Diabetologie allerdings inzwischen entfernt hat.

Nachdem die europäische (EASD) und die US-amerikanische Diabetesgesellschaft (ADA) bereits im April 2012 gemeinsam eine neue Leitlinie zur Behandlung des Typ-2-Diabetes mit deutlich weniger genauen Vorschriften und Empfehlungen zu Therapiezielen und Medikamenten in Form von Algorithmen herausgegeben hatte, nimmt auch die aktuell publizierte deutsche Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Diabetes Typ 2 (20) den individuellen Patienten mehr in den Mittelpunkt - was einem Abschied vom glucozentrischen Weltbild gleich kommt, in dem der Zielwert des HbA1c - zum Beispiel eben mit 6,5 - oder der des Blutdrucks starr definiert war. Künftig soll es für jeden einzelnen Patienten individuelle HbA1c-Zielkorridore geben, die sich von 6,5% bis 7,5% bewegen. Wird dieser individuelle HbA1c-Korridor (mit Schulung, Ernährungstherapie, Steigerung der körperlichen Aktivität, Raucher-Entwöhnung) nach 3 bis 6 Monaten nicht erreicht, setzt die zweite Stufe der pharmakologischen Monotherapie ein.

Bei der Therapie des Diabetes kommt aber - so der BDP-Bericht 2012 „Die großen Volkskrankheiten" (21) - dem Patienten die entscheidende Rolle zu, da dieser die wesentlichen Therapiemaßnahmen in seinem persönlichen Alltag dauerhaft und eigenverantwortlich umsetzen muss. Oder wie in der FAZ-Beilage „Diabetes in Deutschland" (22) geschrieben steht: „Die gängigen Betreuungskonzepte sind auf Akuterkrankungen wie Verletzungen oder Infektionen zugeschnitten. Die Behandlung solcher Erkrankungen fordert insbesondere den Arzt, weniger den Patienten. Ob die Therapie erfolgreich ist, hängt von den Fähigkeiten des Mediziners sowie der Eignung und Wirksamkeit der verordneten Medikamente ab."

Die Versorgungsrealität in den Wohlstandsgesellschaften sieht indes anders aus. Der überwiegende Teil der Kranken in Deutschland leidet unter chronischen Erkrankungen. Doch anders als Akutpatienten tragen sie die Verantwortung für ihre Behandlung weitgehend selbst - so auch Diabeteserkrankte. Bereits 2003 bestätigte die DAWN-Studie (23) das, was viele Fachkräfte des Gesundheitswesens und die Menschen mit Diabetes intuitiv wussten: Diabetes wird durch mehrere psychosoziale Probleme verursacht, die unterschiedliche Hindernisse aufbaut, um ausreichende Blutzuckerkontrolle zu betreiben und mit Selbstmanagement-Verhaltensweisen interferiert. Aber auch, dass unsere aktuellen Gesundheitssysteme schlecht ausgestattet sind, chronische Krankheiten zu unterstützten. Als Ergebnis der Studie wurde 2003 das zweite internationale DAWN-Summit in London durchgeführt, das fünf Ziele und

Literatur

1 Deutscher Gesundheitsbericht „Diabetes 2013 - Die Bestandsaufnahme," vorgelegt von diabetesDE, Deutsche Diabetes-Hilfe (www.diabetesde.org, diabetes.de)
2 Liebl, A., Neiß, A., Spannheimer, A., Reitberger, U., Wagner, T., Görtz, A.: „Kosten des Typ-2-Diabetes in Deutschland - Ergebnisse der CODE-2-Studie"
3 WHO: „Preventing CHRONIC DISEASES a vital investment"
4 Lindström, J., Louheranta, A., Mannelin, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., Uusitupa, M., Tuomilehto, J. (Finnish Diabetes Prevention Study Group): „The Finnish Diabetes Prevention Study (DPS): Lifestyle intervention and 3-year results on diet and physical activity", in Diabetes Care. 2003 Dec;26(12):3230-6.
5 Sassi, F. et al. (2009): „Improving Lifestyles, Tackling Obesity: The Health and Economic Impact of Prevention Strategies", OECD Health Working Papers, No. 48, OECD, Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/220087432153
6 Schwarz, P. (2012):„Diabetes in seinen europäischen Dimensionen", EDLF-Forum, Berlin
7 Rathmann, W. (2013): „Häufigkeit des Typ-2-Diabetes in Deutschland: Aktuelle Zahlen und Trends", DDG, Leipzig
8 Gesundheitsberichterstattung des Bundes zu Diabetes Mellitus (Themenhefte, März 2005; http://www.gbe-bund.de/
9 http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_350/nn_1046154/DE/DMP/dmp__inhalt.html); abgerufen am 16.05.2013, 13.43 Uhr.
10 Sachverständigenrats-Gutachten SVR-G Bd. III 2000/2001: S. 248
11 Evidence-based Health Policy Review „Diabetes-Versorgung in Deutschland: Anspruch und Wirklichkeit im 21. Jahrhundert", IGES-Institut, 2012.
12 Harms, F. (2013): Selbstmanagement von Patienten mit Typ 2 Diabetes: Eine Herausforderung für alle Bereiche des Gesundheitswesens", DDG, Leipzig.
13 v. Maydell, B., Kosack, T., Repschläger, U., Sievers, C., Zeljar, R.: „ Achtzehn Arztkontakte im Jahr. Hintergründe und Details" aus Barmer GEK. Gesundheitswesen aktuell 2010
14 Gänshirt, D., Harms, F.: „Konzept zur kontinuierlichen Selbstmanagement-Betreuung von Patienten mit Typ-2-Diabetes"; in „Monitor Versorgungsforschung", 2/2010
15 Harms, F. (2013): Selbstmanagement von Patienten mit Typ 2 Diabetes: Eine Herausforderung für alle Bereiche des Gesundheitswesens", DDG, Leipzig.
16 Diabetes mellitus (Gesundheitsberichterstattung - Themenhefte, März 2005), http://www.gbe-bund.de/
17 Weber, C., Neeser, K., Wenzel, H., Schneider, B. (2006): „Cost of type 2 diabetes in Germany over 8 years (the ROSSO study No.2)." J Med Econ. 9: 45-53.
18 Weber, C.: „Blutzucker-Selbstkontrolle bei Typ 2 Diabetes - Kosten und Nutzen für das deutsche Gesundheitssystem", in Monitor Versorgungsforschung 2/2009, S.43.
19 Hauner, H. (2003): „Diabetesepidemie und Dunkelziffer", DDU
20 Nationale Versorgungs-Leitlinie „Therapie des Typ-2-Diabetes", Kurzfassung, Version 1.0 vom 13. März 2013
21 BDP-Bericht 2012: „Die großen Volkskrankeiten", Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Berlin
22 FAZ-Beilage „Diabetes in Deutschland, FAZ, 29. Oktober 2010, Nr. 252
23 Funnell, M. (2003): „The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs-Study (DAWN), in: Clinical Diabetes October 2006 vol. 24 no. 4 154-155
24 Ceriello, A., Barkai, L., Christiansen, J.S., Czupryniak, L., Gomis, R., Harno, K., Kulzer, B., Ludvigsson, J., Némethyová, Z., Owens, D., Schnell, O., Tankova, T., Taskinen, M.R., Vergès, B., Weitgasser, R., Wens, J.: „Diabetes as a case study of chronic disease management with a personalized approach: the role of a structured feedback loop"
[..] folgende in Klammern laut Ceriello
19 Polonsky, W.H., Fisher, L., Schikman, C.H., Hinnen, D.A., Parkin, C.G., Jelsovsky, Z., et al.: „Structured self-monitoring of blood glucose significantly reduces A1C levels in poorly controlled. Noninsulin-treated type 2 diabetes: results from the structured testing program study", in: Diabetes Care 2011;34:262–7.
41 Smith, D.E., Heckemeyer, C.M., Kratt, P.P., Mason, D,A.: „Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: a pilot study.", in: Diabetes Care 1997;20:52–4.
43 Duran, A., Martın, P., Runkle, I., Perez, N., Abad, R., Fernandez, M., et al.: „Benefits of self-monitoring blood glucose in the management of new-onset Type 2 diabetes mellitus: the St. Carlos Study, a prospective randomized clinic-based interventional study with parallel groups."; in: J Diabetes 2010;2:203-11.
44 Pimazoni-Netto, A., Rodbard, D., Zanella, M.T.: „On Behalf Of The Diabetes Education And Control Group. Rapid improvement of glycemic control in type 2 diabetes using weekly intensive multifactorial interventions: structured glucose monitoring. Patient education, and adjustment of therapy - a randomized controlled trial.", in: Diabetes Technol Ther 2011;13:997-1004.

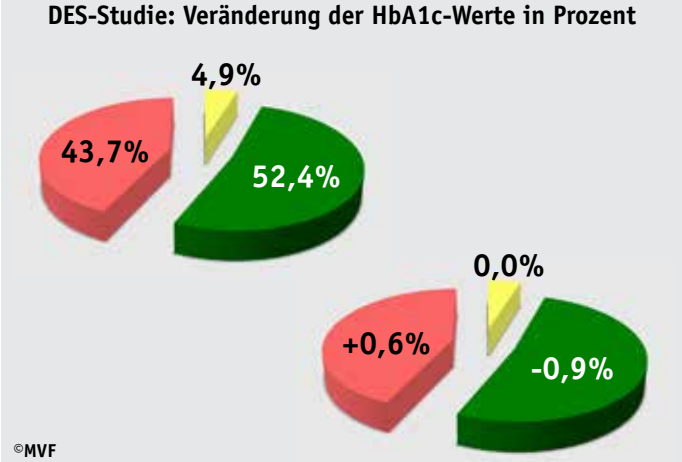


Abb. 3: Basis: Studienteilnehmer zu Studienende in %; N=103. Quelle: „Diabetes Education Self Management Studies (2011-2013)", noch unveröffentlicht (2009-2013, DESS und CAP).



Abb. 4: Der Prozess eines personalisierten Diabetesmanagements nach Ceriello et al. Quelle: „Diabetes as a case study of chronic disease management with a personalized approach: The role of a structured feedback loop", 2012.

Strategien vorsah:

- Förderung des aktiven Selbstmanagements,
- Verbesserung der psychologischen Betreuung,
- Verbesserung der Kommunikation zwischen Menschen mit Diabetes und Anbietern im Gesundheitswesen,
- Förderung der Kommunikation und Koordination unter Angehörigen der Gesundheitsberufe,
- Reduktion der Barrieren für eine effektive Therapie.

Der Weg zur optimierten Behandlung

Ein Schlüssel zum nachhaltigen Erfolg ist laut Diabetes Gesundheitsbericht 2013 (1, S. 8) - eben jene „Stärkung des Selbstmanagements der Betroffenen": Deshalb sollten, wie Prof. Thomas Danne, Vorstandsvorsitzender diabetesDE - Deutsche Diabetes-Hilfe, im Vorwort schreibt: „Patienten gut geschult werden. Auch eine kontinuierliche psychologische Beratung ist wichtig, um die Motivation zu unterstützen. Die Selbsthilfe spielt ebenfalls eine entscheidende Rolle: Der regelmäßige Austausch unter den Betroffenen hilft, besser mit der chronischen Krankheit zu leben; man kann damit sogar Folgeerkrankungen hinausschieben."

Dabei geht es nicht darum, mehr Geld auszugeben, sondern es - wie es der Diabetes Gesundheitsbericht 2013 (1, S. 8) konsequenterweise fordert - sinnvoller umverteilen! Wenn es gelingt, an Diabetes Erkrankte möglichst lange in einem Status zu halten, indem sie eine ausreichende Zahl an Schulungen und Hilfestellungen erhalten, um Selbstmanagement effizient und effektiv durchführen zu können und das dann auch über viele Jahre hinweg motiviert tun, ist die Befähigung zum Selbstmanagement das beste Prinzip für den Patienten und obendrein das günstigste für das Gesundheitssystem. Und zudem eines, dessen Evidenz in seinen einzelnen Bestandteilen, wenn auch noch nicht in seiner Gesamtheit nahezu belegt ist.

Solche Ansätze bilden die teilweise noch nicht veröffentlichten DES-Studien (Diabetes Education Self Management Studies - DESS und CAP) ab. Für diese Studien wurden 270 Patienten in der Zeit von 2009-2013 in 30 Apotheken betreut, wobei Zweidrittel der Patienten die Betreuung vollständig durchlaufen haben. Der Effekt: Der HBA1c-Wert verbesserte sich bei 71,3% der Patienten innerhalb von 6 Monaten um 0,7% (DESS) und bei 52,4% der Typ 2 Diabetiker um 0,9% (CAP). Auch im Follow-up nach weiteren sechs Monaten waren die Verbesserungen fast identisch. Unabhängig von den klinischen Parametern antworteten die Patienten auf die Frage „Mein Coach hat mir Wege gezeigt, mit meinem Diabetes besser umzugehen" zu 74,5% mit einem „Stimmt voll und ganz" und weitere mit 21,6 % mit einem „stimmt" (gesamt 96,1%).

Eine effektive und sich an den Rezeptionsgewohnheiten der Zielgruppe orientierende Schulung ist aber nur ein Parameter, wenn auch ein wichtiger.

Nicht von ungefähr schlägt das Positionspapier zum Thema „Diabetes as a case study of chronic disease management with a personalized approach: the role of a structured feedback loop" (24) von europäischen Experten einen personalisierten Ansatz des Chronic-Disease-Managements in sechs Schritten vor, wobei dieser Ansatz im Prinzip für alle chronischen Erkrankungen möglich ist, von den Experten jedoch am Beispiel des Diabetes durchexerziert wird. Sie schreiben in ihrem Papier, dass Diabetes einen einschlägigen Fall einer chronischen Krankheit darstelle, bei der es trotz der Fortschritte in der Diabetestherapie bisher nicht gelungen sei, das Risiko von Komplikationen zu vermindern, aber der einen „besonderen Fokus auf Patienten-Selbstmanagement" habe. So könne die Personalisierung der Behandlung von Diabetes nach einem patienten-individuellen Profil zur Verbesserung der Therapietreue und der Behandlungsergebnisse beitragen.

Das Positionspapier sieht in diesem Sechs-Stufen-Zyklus eines personalisierten Diabetes-Selbstmanagements vor, dass strukturierte Blutzucker-Daten kollaborativ genutzt werden, die in jedem der sechs Zyklusschritte über E-Health-Lösungen - sei es zur telemetrischen Daten-Übertragung (Schritte 2-3) oder Telemedizin (Schritte 4-6) - zur Verfügung gestellt werden, um die Prozesseffizienz zu verbessern. Idealerweise würden in diesem Ansatz Gesundheitsdienstleister ihre Patienten motivieren, für sich selbst Verantwortung zu übernehmen. Dabei könnten Techniken wie motivierende Gesprächsführung helfen, den Patienten dazu zu bringen, vereinbarte Therapiepläne auch einzuhalten [41]. Und Rückkopplungs-Schleifen, wie sie von strukturierten Selbst-Tests zur Verfügung gestellt werden, könnten zudem positive Veränderungen im Selbstmanagement fördern.

Dieser Prozess gestaltet sich nach Vorstellung der internationalen Experten in Form eines Loops. Dabei können die Detailschritte gleich mit den bereits heute verfügbaren Studien hinterlegt werden, die es für die Evidenz der jeweiligen Schritte schon gibt (in eckigen Klammern die von Ceriello et al.):

(1) Der Patient erhält strukturierte Aus- und Weiterbildung, um ihn zu befähigen, eine strukturierte Blutzuckermessung" durchzuführen, die das Messen von Blutzucker zu bestimmten Zeiten während des Tages (vor und nach jeder Mahlzeit) oder im Zusammenhang mit spezifischen Aktivitäten (Sport, Stress-Situationen) vorsieht. Ziel: Sofort zu verstehen, welche Auswirkungen Essen oder Sport auf die Blutzuckerwerte hat (Hinweise dazu gibt beispielsweise die STEP-Studie).

(2) Selbstüberwachung des Blutzuckers, um den glykämischen Status zu überwachen [19,43-45].

(3) Elektronische Geräte oder Software-Tools dokumentieren Blutzuckermess-Daten direkt aus dem Blutzuckermessgerät. Dies kann durch den Patienten oder durch eine Krankenschwester oder Arzthelferin durchgeführt werden. Diese Informationen können in persönlichen Gesundheitsakten gespeichert werden und durch Patienten sowie durch die Leistungserbringer mit der Einwilligung des Patienten betrachtet werden (Hinweise dazu gibt beispielsweise die DECIDE-Studie).

(4) Die Analyse der Daten zeigt mit Hilfe einer grafischen Darstellung die Ergebnisse in einer leicht verständlichen Art und Weise, damit der Patient diese Analyse für gut informierte Entscheidungen verwenden kann oder gezielte Meldungen zur Entscheidungsunterstützung über die täglich nötigen Anpassungen seines Lebensstils oder unterstützender Medikamente empfangen kann. Die Gesundheitsversorgenden können die Daten in einer kooperativen Kommunikation nutzen, um den Praxisbesuch zu verbessern und individuelle Therapieziele zu vereinbaren. Mit zunehmenden prädiktiven Modellierungsalgorithmen können zugeschnittene Care-Modelle geschaffen werden (Hinweise dazu gibt beispielsweise die VISION-Study).

(5) Auf der Basis der patientenindividuellen Eigenschaften und seines Selbstmanagements sollen individuelle Therapieziele erreicht werden, die zur Verbesserung der medizinischen Ergebnisse und damit der Qualität der Lebensqualität für den Patienten beitragen (Hinweise dazu gibt beispielsweise die NIMT1-Studie).

(6) Die Wirksamkeit der Behandlung sollte in regelmäßigen Abständen überprüft werden - circa 3 bis 6 Monate, nachdem ein Wechsel in der Therapie eingeleitet wurde. Wenn das Behandlungsziel nicht erreicht wurde, soll der Patient auf den Startpunkt zurückversetzt werden und einer verstärkten - vielleicht umstrukturierten - Schulung unterzogen werden. Damit wird das personalisierte Diabetes-Management zu einem ständig revolvierenden Kreis.

Fazit

Die verfügbaren Daten über die Wirksamkeit des Zyklus würden, so die internationalen Diabetes-Experten rund um Ceriello, die Erwartungen rechtfertigen, dass dieser Diabetes-Management-Zyklus „als Ganzes einen medizinischen und wirtschaftlichen Nutzen generieren" könne. Nun ist ein Konjunktiv und der Begriff „Erwartungen" weit weg von jedweder Evidenz, doch genau diese fehlt noch für den gesamten Prozess-Loop eines Disease-Management-Ansatzes, wie hier am Beispiel des Diabetes aufgezeigt. Ist die nötige Evidenz indes einmal geschaffen und ist die ökonomische Dimension exakt beziffert, wären die Verantwortlichen der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem gut beraten, Pilotprojekte mit Modellcharakter zu initiieren und zu evaluieren, um in Form von integrierten Versorgungsverträgen zu einer neuen Form der Chronikerversorgung zu kommen, die den Arzt (samt ergänzender Gesundheitsberufe) zwar nicht mehr als zentralen Fokus, wohl aber als wichtigen (und immer noch den wichtigsten Begleiter) in einem lebenslangen, vom Patienten zum großen Teil aber selbst zu steuernden Prozess begreift. <<

From patient-care to self-management

In spite of having invested billions of euros into our health care systems in the last 40 years we did not succeed in preventing the rising epidemic of chronic diseases - such as type 2 diabetes in particular. One reason is that the main risk factors - obesity, diet and the lack of exercise - cannot be controlled by characteristic mechanisms of the acute-care approach: In type 2 diabetes it is the patient's behavior and attitudes which have the highest impact on therapeutic outcome. Therefore we need to enable patients to take the lead in their therapy by providing them with the necessary skills of self managing the disease day in day out. It is only by empowering our patients in self management competence that we may achieve further success in the therapy of chronic diseases such as type 2 diabetes.

Keywords

Chronic diseases, diabetes, self-management, risk factors

Autorenerklärung

Harms und Gänshirt haben Honorare für Vorträge, Beratung und Gutachten erhalten, die sie für Partner der Industrie, für Anstalten des öffentlichen Rechts, für Stiftungen und Vereine erstellt haben. Die vorliegende Arbeit erfolgte ohne finanzielle Unterstützung in Kooperation und Koordinierung maßgeblich mit und durch Stegmaier.

Peter Stegmaier
ist Chefredakteur von „Monitor Versorgungsforschung" und „Market Access & Health Policy". Er war Redakteur und Mitglied der Chefredaktion einer Marketing-Zeitschrift des Süddeutschen Verlags, danach Geschäftsleiter von Kommunikationsagenturen im Bereich Health.

Kontakt: stegmaier@m-vf.de



Prof. Dr. Dr. Fred Harms MD PhD
ist Mitglied der New York Academy of Sciences, der American Association for the Advancement of Science, des High-Technology Entrepreneur Post-Graduate Programms und der Society for Marketing Advances. Er ist Leiter des Instituts für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung der Sigmund-Freud-Universität in Wien und Vize-Präsident der European Health Care Foundation (EUHCF).
Kontakt: fharms@euhcf.org



Prof. Dr. Dorothee Gänshirt
ist Geschäftsführende Präsidentin der European Health Care Foundation. Sie ist Mitglied der European Medical Writers Association, der American Association for the Advancement of Science und der New York Academy of Sciences. Sie ist Professorin für Gesundheitskommunikation, Leitung Institut für Gesundheitskommunikation und Versorgungsforschung der Sigmund-Freud-Universität Wien.
Kontakt: dgaenshirt@euhcf.org

