



Prävention des Diabetes mellitus – sächsisches Gesundheitsziel wird in der Versorgung umgesetzt

P. E. H. Schwarz¹, C. Eberhard², J. Pichler², S. R. Bornstein¹, J. Schulze³

¹ Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden

² Sächsische Landesärztekammer, Schützenhöhe 16, 01099 Dresden

³ Sächsisches Staatsministerium für Soziales, Projektgruppe „Gesundheitsziele Sachsen“

Zusammenfassung

Der beste Weg Typ 2 Diabetes zu heilen, ist ihn zu verhindern. Mehrere große internationale Studien belegen, dass die Prävention des Diabetes mellitus und der Begleitkomplikationen erfolgreich durchführbar und kosteneffektiv ist. Lebensstilveränderung sowie eine frühe medikamentöse Intervention bei Risikopersonen haben einen 25 bis 75 Prozent diabetespräventiven Effekt und aller Wahrscheinlichkeit nach eine noch höhere Reduktion des kardiovaskulären Risikos zur Folge. Diese Studien bilden die Evidenzbasis – entscheidend ist aber die praktische Umsetzung in Programmen zur Diabetesprävention in der Leistungsebene im Gesundheitssektor.

In Sachsen wird ein Programm zur Prävention des Diabetes mellitus ab April 2007 umgesetzt. Um ein solches Vorhaben umzusetzen, sind viele Partner nötig, die sich kooperierend interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend in diesen Prozess einbringen. In der Arbeitsgruppe gesundheitsziele.sachsen wurden die entscheidenden Voraussetzungen für ein Sächsisches Präventionsprogramm erarbeitet. Es wird ein dreischrittiges Programmkonzept etabliert, welches in eine kontinuierliche Betreuung von Risikopersonen mündet. Weiterhin beinhaltet das Konzept eine zentrale Rolle für den Präventionsmanager und als

wichtigen Programmbestandteil eine individuelle sowie prozessbegleitende Evaluation und Qualitätskontrolle. Das Sächsische Staatsministerium für Soziales, die Krankenkassen und Apotheker sind ein wichtiger Partner bei der Umsetzung des sächsischen Diabetespräventionsprogramms. Die AOK Sachsen hat als erste Kasse ihre volle Unterstützung signalisiert.

Ein derartiges Programm hat es europaweit so noch nicht gegeben. Die Herausforderung, die sich damit stellt, wird der aktiven Zusammenarbeit vieler Partner bedürfen, aber ein lohnendes Investment für die Risikopersonen, die Diabetologie und den Gesundheitssektor darstellen. Wir haben jetzt die Chance, als erstes Bundesland flächendeckend ein Diabetespräventionsprogramm umzusetzen. Sachsen wird damit zu Recht zu einem Piloten, der Auswirkungen auf die präventive Versorgung von Risikopersonen bundesweit aber auch in der EU hat. Der Erfolg wird von der Kooperation der Partner abhängen. Dazu bitten wir Sie alle um Ihre Mithilfe.

In dem vorliegenden Artikel wollen wir Ihnen den konkreten Ablauf des Diabetes-Präventionsprogramm darstellen.

Hintergrund zur Prävention des Diabetes mellitus Typ 2

Eine der großen Herausforderungen in der Diabetologie unserer Zeit ist – neben dem täglich wachsenden Wissen um die genetischen Ursachen des Diabetes mellitus Typ 2 (T2DM) – die Analyse effektiver Strategien zur Prävention des Typ 2 Diabetes sowie deren Umsetzung in bevölkerungsweiten Programmen im öffentlichen und privaten Gesundheitswesen [1]. In den letzten Jahren haben verschiedene Studien wiederholt erfolgreich belegt, dass die Prävention des Diabetes mellitus mit einer Intervention bei Risikopersonen möglich und erfolgreich durchführbar ist [2–8]. Es ist deshalb an der Zeit, Programme zur Primärprävention des Diabetes mellitus zu entwickeln, ihre Effektivität zu prüfen und umzusetzen [9]. Erfolgreiche Diabetes-Präventionsprogramme sind dringend notwendig, da eine Diabetes-Diagnose auch

heute noch eine signifikante Verkürzung der individuellen Lebenserwartung [10, 11], Einbußen an Lebensqualität für die Betroffenen und eine Erhöhung der Kosten für das Gemeinwesen bedeutet [12]. Zudem stellen die Vorstadien des Typ 2 Diabetes, die gestörte Glukosetoleranz (IGT) und die gestörte Nüchtern-glukose (IFG) einen entscheidenden Risikofaktor für einen zukünftigen Diabetes bzw. eine kardiovaskuläre Erkrankung dar [13, 14]. Ein weiterer Aspekt, der die Notwendigkeit der Diabetes-Prävention verdeutlicht, ist der Anstieg der Inzidenz des Typ 2 Diabetes im Kindes- und Jugendalter [15]. In Anbetracht der Explosion der Diabetes-Erkrankungen und des fehlenden kurativen Ansatzes in der Behandlung bleibt nur die Verhinderung der Erkrankung in ihrer Entstehung – demzufolge die suffiziente Primärprävention des Diabetes [16]. Als Herausforderung im Gesundheitssektor ergeben sich drei zentrale Fragen:

1. Wie kann man Risikopersonen identifizieren?
2. Wie kann man Risikopersonen informieren und zur notwendigen Lebensstil-Änderung motivieren und welche Art von Intervention eignet sich am besten?
3. Wie kann man die Nachhaltigkeit der Lebensstil-Änderung gewährleisten?

Beispielhafte Präventionspolitik in Sachsen

In Sachsen leben gegenwärtig ca. 100.000 bis 200.000 noch unerkannte Typ 2 Diabetiker. Hochrechnungen gehen davon aus, dass im Jahr 2010 in Sachsen mindestens 500.000 Menschen an Diabetes mellitus leiden, wenn jetzt keine wirksamen Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Der Freistaat Sachsen beabsichtigt exemplarisch und wegweisend eine systematische und wirksame Diabetes-Prävention für die Bevölkerung zu realisieren. Die gesundheitspolitischen Verantwortungsträger können sich dabei auf ein breites Aktionsbündnis von Krankenkassen, Ärzteschaft und weiteren Akteuren des Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesens stützen. Die politischen, wirtschaftlichen und

medizinischen Grundlagen für ein flächendeckendes Präventionsprogramm sind in Sachsen besonders gut. Es besteht Übereinstimmung bei den beteiligten Versorgungs- und Kostenträgern:

- Chronische Erkrankungen können nach derzeitigem Wissen durch Maßnahmen der Gesundheitsförderung signifikant reduziert werden.
- Die vorhandenen und wissenschaftlich evaluierten Strategien der Prävention und Gesundheitsförderung sind wirksam und zugleich kosteneffektiv.
- Eine effiziente und effektive Präventionspolitik baut die präventive und gesundheitsförderliche Versorgung der Bevölkerung systematisch aus.

Diabetesprävention ist erstes Gesundheitsziel

Für die Regierung des Freistaates Sachsens stehen die in der Koalitionsvereinbarung von 2004 festgeschriebenen Gesundheitsziele im Vordergrund:

1. Diabetes mellitus- Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh behandeln.
2. Brustkrebs – senken, Lebensqualität erhöhen.
3. Verringerung des Tabakkonsums in öffentlichen Einrichtungen.
4. Gesund Aufwachsen.
5. Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen mit dem Ziel des Erhalts ihrer Erwerbstätigkeit.

Die Diabetes-Prävention steht also bei den Gesundheitszielen in Sachsen an erster Stelle. Eine koordinierte und regelmäßige Gesundheitsberichterstattung als notwendige und übergreifende Struktur trägt zur Analyse der Probleme bei.

Das Land Sachsen als Pionier und Vorbild

Der Diabetes mellitus Typ 2 und das Metabolische Syndrom stellen ein Problemfeld dar, das die Bedeutung der chronischen Massenkrankheiten exemplarisch widerspiegelt. Die Bewältigung dieser Krankheiten kann nur gelingen, wenn ein funktionierendes Versorgungssystem der Gesundheitsförderung institutionalisiert wird, das Verhältnisse und Ver-

halten verändert und dabei auch die sozial ungleich verteilten Gesundheitschancen berücksichtigt. In Sachsen bestehen außerdem sehr gute Erfahrungen mit strukturierten qualitätskontrollierten Programmen im Diabetessektor durch die Umsetzung der Diabetesverträge in der 90er Jahren. Mit diesen Erfahrungen entwickelte sich die Intention, ein Maßnahmenmodul „Diabetesprävention“ zu etablieren, welches als Interventionsprogramm vor die eigentliche Diabetesdiagnose geschaltet werden kann. Das Ziel dabei ist die langfristige Reduktion von Diabetes-Neuerkrankungen in Sachsen.

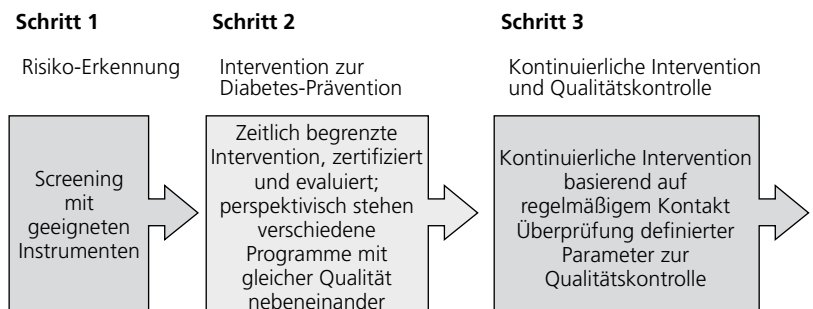
In der Praxis geht die Prävention des Diabetes gleichzeitig mit einer ebenso wirksamen Prävention anderer chronischer Krankheiten einher. Es lohnt sich also, in die Diabetesprävention zu investieren und damit auch eine allgemeine Präventionsversorgung auszubauen. Eine systematische und flächendeckende Diabetesprävention wird so zur Lokomotive für die Umsetzung einer allgemeinen Präventionspolitik und einer allgemeinen präventiven und gesundheitsförderlichen Versorgung in Sachsen, mit denen die Herausforderung der heutigen Massenkrankheiten erfolgreich bewältigt werden kann. Eine konsequente und nachhaltige Prävention des Diabetes mellitus Typ 2 begründet und beschleunigt also neue Lösungen für die gegenwärtigen wie künftigen Gesundheitsprobleme der Bevölkerung. Folgerichtig hat daher Sachsen die Diabetesprävention zum prioritären Ziel erklärt. Eine erfolgreiche Prävention oder Verzögerung des Diabetes sowie verbesserte Behandlung zu einem früheren Zeitpunkt kann außerdem helfen, die sozialen und ökonomischen Belas-

tungen durch den Diabetes zu verringern [17]. In Anbetracht der Explosion der Diabetes-Erkrankungen und des fehlenden kurativen Ansatzes in der Behandlung bleibt nur die Verhinderung der Erkrankung in ihrer Entstehung – demzufolge die suffiziente Primärprävention des Diabetes [16].

Management der Diabetesprävention

Auf diese Fragen aufbauend haben die Projektgruppe gesundheitsziele.sachsen „Diabetes vermeiden“ zusammen mit dem Nationalen Aktionsforum Diabetes mellitus (NAFDM) [18], die Arbeitsgemeinschaft „Prävention des Diabetes mellitus Typ 2“ der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (AG P2) zusammen mit der Deutschen Diabetes-Stiftung (DDS), ein 3-schrittiges Konzept für ein Diabetes-Präventionsprogramm entwickelt [19]. In der praktischen Umsetzung soll ein dreischrittiges Vorgehen gewählt werden, welches sich an dem Leitfaden zur Diabetes-Prävention des Nationalen Aktionsforum Diabetes mellitus (NAFDM) orientiert, der die Ziele und Maßnahmen der einzelnen Programmschritte genauer spezifiziert [20].

Dieses dreischrittige Konzept besteht in einem ersten Schritt aus effektiven Maßnahmen zum Screening, um Risikopersonen mit einem erhöhten Diabetesrisiko zu finden. Darauf bauen sich in einem zweiten Schritt zeitlich begrenzte Interventionen mit dem Ziel, eine Motivation für eine Lebensstiländerung aufzubauen, auf und es folgt ein dritter Schritt mit kontinuierlichen Maßnahmen, um eine Motivation zur Lebensstiländerung zu erhalten und zu verstärken und eine Umsetzung der Lebensstiländerung effektiv zu begleiten [21].



Der dritte Schritt ist dabei für die Nachhaltigkeit der Intervention entscheidend. Bei aller vorrangigen Bedeutung einer bevölkerungsbasierten Intervention zur Verbesserung des Ernährungsverhaltens sowie Steigerung der körperlichen Aktivität durch Verhältnis- und Verhaltensprävention (insbesondere bei Kindern und Jugendlichen) fokussiert das vorliegende Konzept auf Präventions-Maßnahmen von Hoch-Risikoträgern für Typ 2 Diabetes.

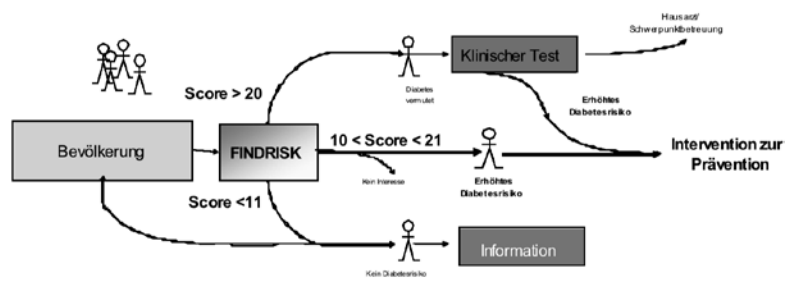
In dem vorliegenden Artikel wollen wir Ihnen den konkreten Ablauf des Präventionsprogramms darstellen. Die Hintergründe, Notwendigkeiten und Evidenz in der Diabetesprävention können Sie im Heft 6/2007 des „Ärztblatt Sachsen“ nachlesen.

Umsetzung der des Diabetespräventionsprogramms in Sachsen

Das sächsische Modell eines Diabetespräventionsprogramms wurde von der Arbeitsgruppe „gesundheitsziele.sachsen“ entwickelt. Das TUMAINI-Institut für Präventionsmanagement übernimmt gemeinsam mit den Krankenkassen die administrative Abwicklung und das Management des Gesamtprogramms mit seinen zentralen Bestandteilen. Dazu wurde für die regionalen persönlichen Kontakte mit dem Risikopersonen eine Vielzahl von speziell ausgebildeten Präventionsmanagern etabliert.

In einem ersten Schritt werden gemeinsam mit den sächsischen Krankenkassen, insbesondere der AOK, der DAK und der IKK die Versicherten mit dem FINDRISK Fragebogen angeschrieben. Gleichzeitig sollen bei niedergelassenen Ärzten, in Apotheken, in unterschiedlichen Publikationen, in den Veröffentlichungsorganen der Krankenkassen sowie der öffentliche Presse auf den Fragebogen und das Präventionsprogramm aufmerksam gemacht werden. Gemeinsames Ziel ist dabei, die Personen, die einen FINDRISK-Score von 11 – 20 Punkten haben, zu identifizieren, um sie in das Interventionsprogramm einzuschließen. Personen mit mehr als 20 Punkten sollen sich unbedingt bei einem Arzt vorstellen, da hier bei einem Drittel der Personen

Kontakt: Telefon, Fax, www., email



die Gefahr besteht, einen nicht-erkannten Diabetes mellitus zu haben. Nachdem die potentiellen Risikopersonen ein eventuelles Diabetesrisiko erkannt haben und an einem Interventionsprogramm interessiert sind, können sie eine telefonische Service-Line unter der einheitlichen Telefonnummer 01805 529 110 anrufen.

An der Service-Line wird die Risikoperson in erster Linie beraten. Es werden Fragen beantwortet und dem Anrufer werden nähere Auskünfte über den Ablauf des Interventionskurses und die anschließende kontinuierliche Weiterbetreuung geben. Bei Interesse der Risikoperson an dem Interventions-Kursprogramm

Empfehlung im Umgang mit dem FINDRISK Score

0–10 Punkte Die Personen, die bis 10 Punkte im Risiko-Fragebogen erreichen, haben kein ausgeprägtes Risiko, in den nächsten Jahren einen Diabetes mellitus Typ 2 zu entwickeln. Sie erhalten das Angebot, ihr Risiko je nach Alter mindestens alle 3 Jahre zu bestimmen, um eine mögliche Änderung zeitnah festzustellen. Ein Hinweis auf routinemäßig angebotene ärztliche Vorsorgemaßnahmen, wie beispielsweise der Check-up 35, sollte erfolgen. Zusätzlich kann, wenn dies sinnvoll erscheint, eine Empfehlung für einen Gesundheits-Check in ihrer Apotheke gegeben werden. Den Menschen dieser Gruppe sollten allgemeine Informationen und Aufklärungsmaterialien zur Umsetzung eines gesunden Lebensstils angeboten werden.

11–20 Punkte Bei Menschen mit einem Punktwert von 11 bis 15 besteht ein erhöhtes kardiovaskuläres und Diabetes-spezifisches Risiko. Sie sollten damit an dem Interventionsprogramm zur Diabetesprävention teilnehmen (Anmeldung unter 01805 529 110) und ebenfalls über bestehende Vorsorgemöglichkeiten wie den Check-up 35 aufgeklärt werden. Menschen mit einem Punktescore von 16 bis 20 Punkten sind der „Hochrisikogruppe“ zuzuordnen. Diese Personen profitieren am meisten durch die Teilnahme an dem Interventionsprogramm (Anmeldung unter 01805 529 110). Sie sollten unbedingt über ihr hohes kardiovaskuläres und Diabetes-spezifisches Risiko aufgeklärt werden, mit der Empfehlung ihren Hausarzt zu informieren.

Punkte > 20 Die Risikopersonen mit über 20 Punkten im FINDRISK-Bogen und damit einem sehr hohen kardiovaskulären und Diabetes-spezifischen Risiko sollten unbedingt ärztlich untersucht werden. Da bei etwa 35 Prozent der Personen in dieser Risikogruppe bereits ein unentdeckter Diabetes vorliegt, sollte dieser diagnostiziert oder ausgeschlossen werden. Wenn sich die Diabetesdiagnose nicht stellt, können diese Personen an dem Interventionsprogramm teilnehmen (Anmeldung unter 01805 529 110).

teilzunehmen, wird bei diesem ersten Gespräch die Adresse aufgenommen und die Risikoperson an einen Präventionsmanager, der dann die Kurse in seinem Ortsbereich durchführt, vermittelt. Der gewählte Präventionsmanager erhält danach die Kontaktdaten um seinerseits die Risikoperson zu kontaktieren. Zeitgleich wird eine Informationsmappe mit Kursdetails, allgemeinen Informationen zum Diabetesrisiko und einer gesunden Lebensweise und Informationen über „seinen“ Präventionsmanager, verschickt. Der Präventionsmanager wird anschließend versuchen, zur gewünschten Rückrufzeit die Risikoperson zu kontaktieren und nochmals Fragen zum weiteren Ablauf des Kurses und der kontinuierlichen Weiterbetreuung zu beantworten sowie präzise Angaben zum Ort, Zeit und Durchführung des Kurses machen. Zu diesem Zeitpunkt beginnt der Präventionsmanager mit seinem Kursprogramm.

Kursprogramm in 2 Schritten

Das anschließende Kursprogramm beinhaltet 2 Kurse und setzt sich aus einer kontinuierlichen Intervention und einem intensiveren, zeitlich begrenzten (8 Kursstunden) Schulungsprogramm zusammen. Es beginnen beide Kurse überlappend bis gleichzeitig, so dass die Risikoperson nach Ende der intensiven Interventionsphase „kontinuierlich“ in die Weiterbetreuung übergeht. Das Schulungsprogramm wird von dem Präventionsmanager selbständig und eigenverantwortlich durchgeführt und abgerechnet. Die kontinuierliche begleitende Intervention läuft über ein Jahr und wird von dem Präventionsmanager gemeinsam mit dem TUMAINI-Institut durchgeführt und von TUMAINI abgerechnet. Dieses Programm beinhaltet ein kontinuierliches Qualitätsmanagement und eine Erfolgskontrolle.

In den darauf folgenden Wochen wird der Kunde acht Kurseinheiten erhalten. Diese Kurseinheiten werden auf Basis des PRAEDIAS – Programms durch die Präventionsmanager durchgeführt. Zwischen den Kursstunden wird jeweils eine Woche ohne Kursstunde sein. In dieser kurs-

Überreicht durch:

Stempel

<p>1. Wie alt sind Sie? Unter 35 Jahre 35 bis 44 Jahre 45 bis 54 Jahre 55 bis 64 Jahre Älter als 64</p> <p>3. Welchen Taillenumfang messen Sie auf der Höhe des Nabels? (Wenn Sie kein Maßband zur Hand haben, verwenden Sie doch ein Stück Schnur und nehmen Sie ein Lineal zu Hilfe)</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: right;">Frau</td> <td style="text-align: right;">Mann</td> </tr> <tr> <td>unter 80 cm</td> <td>unter 94 cm</td> </tr> <tr> <td>80–88 cm</td> <td>94–102 cm</td> </tr> <tr> <td>über 88 cm</td> <td>über 102 cm</td> </tr> </table> <p>5. Wie oft essen Sie Gemüse, Obst oder dunkles Brot (Roggen- oder Vollkornbrot)? Jeden Tag Nicht jeden Tag</p> <p>7. Wurden bei Ihnen schon einmal bei einer ärztlichen Untersuchung zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt? (z. B. während einer medizinischen Untersuchung, während einer Krankheit oder in einer Schwangerschaft)</p> <p>Nein Ja</p>	Frau	Mann	unter 80 cm	unter 94 cm	80–88 cm	94–102 cm	über 88 cm	über 102 cm	<p>Punkte</p> <p>0 1 2 3 4</p> <p>0 3 4</p> <p>0 1</p> <p>0 5</p>	<p>2. Wie hoch ist Ihr Body-Mass-Index? (Erläuterung des Body-Mass-Index und Berechnungsbeispiel – siehe unten)</p> <p>Unter 25 25 bis 30 Höher als 30</p> <p>4. Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung am Stück? (in der Arbeit z. B. Verkaufsregale befüllen, im Haushalt z. B. Fensterputzen in der Freizeit z. B. Radfahren, flott spazierengehen, etwas anstrengendere Gartenarbeiten ...)</p> <p>Ja Nein</p> <p>6. Bekamen Sie schon einmal Blutdruck senkende Medikamente verordnet?</p> <p>Nein Ja</p> <p>8. Wurde bei Mitgliedern Ihrer Blutsverwandschaft Diabetes („Alterszucker“) festgestellt? (Es sind maximal 5 Punkte möglich.)</p> <p>Nein Ja, bei den eigenen Eltern, Geschwistern, Kind Ja, bei Großeltern, Tante, Onkel, Cousine, Cousin</p> <p>Punkte</p> <p>0 1 3</p> <p>0 2</p> <p>0 2</p> <p>0 5 3</p>
Frau	Mann									
unter 80 cm	unter 94 cm									
80–88 cm	94–102 cm									
über 88 cm	über 102 cm									

Der Body-Mass-Index (BMI)
 berechnet sich nach der Formel:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{\text{Körpergröße (m)}^2}$$

z.B.: Größe: 1,70 m
 Gewicht: 65 kg

$$\text{BMI} = \frac{65}{1,7 \times 1,7} = 22,5$$

AUSWERTUNG: An Ihrer erreichten Gesamt-Punktzahl können Sie nun erkennen, wie hoch Ihr Risiko ist, in den nächsten zehn Jahren an einem Diabetes Typ 2 zu erkranken.

0–9 Punkte: Sie haben kein oder ein sehr niedriges Risiko, an einem Diabetes zu erkranken. Der Diabetes kündigt sich an, es liegt ein erhöhtes Risiko für eine Diabeteserkrankung vor. Sie sollten etwas tun, um dieses Risiko zu senken und den Ausbruch der Erkrankung zu verhindern.

> 20 Punkte: Hier liegt ein sehr stark erhöhtes Risiko vor, an einem Diabetes zu erkranken. Daher wenden Sie sich bitte an Ihrem Hausarzt, um für Sie die richtige Behandlung zu besprechen. Oder wenden Sie sich an uns, um weitere Informationen zu erhalten.

Sie haben ein erhöhtes Risiko? Wir helfen Ihnen gern weiter; beachten Sie bitte unser Vorsorgeprogramm!
 TUMAINI-Institut für Präventionsmanagement GbR · Freiburger Str. 39 · D-01067 Dresden · www.tumaini.de · info@tumaini.de
 Tel.: +49 - 01805 529 110* · Fax.: +49 - 351 - 4865410 *14Cent/Min aus dem Festnetz der dt. Telekom

losen Woche erhält der Kunde regelmäßige interaktiv gestaltete Informationen zur gesunden Lebensweise und auch eine telefonische Betreuung durch den Präventionsmanager. Während der anschließenden kontinuierlichen Weiterbetreuung werden neben telefonischen auch persönliche Kontakte zwischen dem Kunden und dem Präventionsmanager erfolgen. Dabei wird vierteljährlich eine weitere Kursstunde stattfinden sowie vierteljährlich ein Gruppenevent angeboten, um die während der Interventionsphase aufgebaute Gruppendynamik weiterhin nutzen zu können und auch einen gewissen „Spaßfaktor“ im Programm integriert zu haben. Der telefonische Kontakt erfolgt in den kontaktfreierem Zeiten je nach Anforderung.

Über die gesamte Betreuungszeit wird sowohl die Beratungs-Service-Line als auch die persönliche E-Mail Betreuung der Risikoperson angeboten. Ziel in der kontinuierlichen Weiterbetreuung ist der Erhalt und die Verstärkung der initial erreichten Motivation zur Lebensstil-Änderung. Diese Weiterbetreuung wird für den Erfolg entscheidend sein, wie es die Evaluation dieses Vorgehens gezeigt hat. Da dabei die Intensität der Zuwendung ganz unterschiedlich notwendig sein kann, soll dies der Präventionsmanager eigenverantwortlich gestalten. Dazu wird die Honorierung des Präventionsmanagers für die kontinuierliche Weiterbetreuung in Teilen abhängig vom kontinuierlichen Qualitätsmanagement und der Erfolgskontrolle sein. Dazu werden

halbjährlich von dem Präventionsmanager und der betreuten Risikoperson Taillenumfang und Blutdruck gemessen. Anhand des Trends dieser Daten erhält der Präventionsmanager ein Teil seines Honorars als erfolgsabhängigen Bonus.

Finanzierung des Kursprogramms

Die Finanzierung erfolgt auf Basis des §20 SGBV. Die kontinuierliche Weiterbetreuung kostet derzeit 8,99 EUR im Monat und wird vertraglich zwischen dem TUMAINI-Institut und der Risikoperson abgerechnet. Die Intervention während dieser Phase wird von dem Präventionsmanager und dem TUMAINI-Institut gemeinsam durchgeführt. Der Präventionsmanager erhält deswegen einen jährlichen Sockelbetrag und den erfolgsabhängigen Bonus. Am Ende des Jahres erhält die Risikoperson eine Rechnung, die bei der Krankenkasse unter üblichen Bedingungen erstattet wird.

Die initiale intensive Interventionsphase kostet 110,- EUR und wird vertraglich zwischen dem Präventionsmanager und der Risikoperson

abgerechnet. Der Präventionsmanager erstellt am Ende des Kurses eine Rechnung, die bei der Krankenkasse unter üblichen Bedingungen erstattet wird.

Bitte um Mithilfe

Mit diesem sächsischen Modell eines Diabetespräventionsprogramms konnte ein umsetzbarer und finanzierbarer Weg gefunden werden, der es erlaubt, wissenschaftlich anerkanntes und in Studien erprobtes Wissen in ein für die Leistungsebene implementierbares Programm umzusetzen. Die einzelnen Programmbestandteile sind evaluiert worden und stellen mit gutem Gewissen den aktuellen Stand der Möglichkeiten dar. Durch eine kontinuierlich begleitende Evaluation und den intensiven notwendigen Kontakt zwischen allen Beteiligten wollen wir aber gleichzeitig im Modell eines lernenden Systems sicherstellen, dass auftretende strukturelle, prozessuale und qualitative Hemmnisse schnell erkannt und behoben werden. Ein derartiges Programm hat es europaweit so noch nicht gegeben. Sachsen wir damit

zurecht zu einem Piloten, der Auswirkungen auf die präventive Versorgung von Risikopersonen bundesweit, aber auch in der EU hat. Damit kommt uns allen eine wichtige Verantwortung zu, diese Programm offen, ehrlich, korrekt und erfolgreich durchzuführen. Dazu bedarf es uns aller als Partner, die sich kooperierend interdisziplinär und berufsgruppenübergreifend in diesen Prozess einbringen. Auch die Krankenkassen und das Sächsische Staatsministerium für Soziales werden eine entscheidende Rolle spielen. Die sächsischen Apotheker unterstützen das Projekt bereits mit einem Flyer. Am Ende liegt es an der Qualität der Kooperation all dieser Partner, wie erfolgreich das erste flächendeckende Diabetespräventionsprogramm ablaufen wird. Dazu bitten wir Sie alle um Ihre Mithilfe.

Literatur beim Verfasser

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Peter E.H. Schwarz, Medizinische Klinik III, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden, Fetscherstraße 74, 01307 Dresden