

Verhaltensmodifikation bei Patienten mit Metabolischem Syndrom in der primärärztlichen Versorgung: Ergebnisse der DETECT Studie

Lars Pieper¹, Jens Klotsche¹, Hans-Ulrich Wittchen¹

¹Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden

45. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs), Nürnberg, 17.-21. September 2006

Hintergrund

Das Metabolische Syndrom (MetS), ein charakteristisches Muster von Stoffwechsellafälligkeiten (Abb. 1), wird als ein entscheidendes Risikokuster für koronare Herzkrankheiten angesehen. Die Veränderung von Ernährung, Bewegung und Tabakkonsum stellt mit und ohne begleitende Medikation die Hauptinterventionsform dar.

Abbildung 1: Definition des Metabolischen Syndroms nach den Kriterien der International Diabetes Federation (IDF, 2005)

1. Abdominale „Fettleibigkeit“ (Taillenumfang: Männer ≥ 94 cm, Frauen ≥ 80 cm)
- + 2 oder mehr der folgenden Kriterien:
2. Hypertriglyceridämie (>150 mg/dl) oder lipidsenkende Medikation
3. niedriges HDL-Cholesterol (Männer <40 mg/dl, Frauen <50 mg/dl)
4. erhöhter Blutdruck (>130 mmHg systolisch oder >85 mmHg diastolisch) oder antihypertensive Behandlung
5. erhöhte Nüchternblutglucose (≥ 100 mg/dl) oder Typ 2 Diabetes



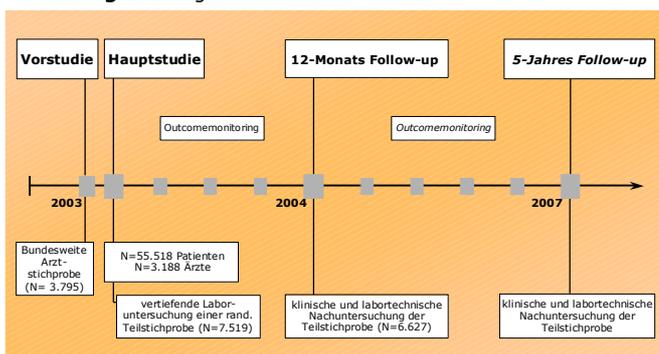
Ziele

Ermittlung der (1) Prävalenz des MetS (2) Häufigkeit des Einsatzes von Maßnahmen zur Verhaltensmodifikation (Bewegungs- und Ernährungsmodifikation, Raucherentwöhnung) bei Patienten mit MetS im primärärztlichen Bereich.

Methoden

DETECT = Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation: Targets and Essential Data for Commitment of Treatment (<http://www.detect-studie.de>) ist ein epidemiologisches Studienprogramm im primärärztlichen Versorgungssektor (1,2). Auf Grundlage einer bundesweiten Zufallsstichprobe von 3.188 Arztpraxen wurde im Rahmen einer Querschnittsanalyse (9/2003) der Gesundheitszustand von 55.518 Patienten standardisiert erhoben. (Fragebögen, Arztinterview, anthropometrische Messungen).

Abbildung 2: Design und Ablauf der DETECT Studie



Ergebnisse

Die Prävalenz des MetS (IDF-Kriterien) beträgt in der Studienpopulation 54,9%. Männer sind bis zur Altersklasse der 70 Jährigen und älteren stärker betroffen als Frauen. Die Prävalenz steigt mit dem Alter von ca. 11% in der Altersgruppe von 18-34 Jahren bis auf ca. 69% in der Altersgruppe von 65-74 Jahren. Bei älteren Hausarztpatienten sinkt die Prävalenz leicht auf ca. 66%.

Die behandelnden Ärzte führen bei 54,8% der Patienten mit MetS Maßnahmen zur Ernährungsschulung bzw. Beratung durch oder stellen diesbezüglich Überweisungen aus. Gleiches geschieht in 19,9% der Fälle in Bezug auf Maßnahmen zur Bewegungsmodifikation. 16,8% der Raucher mit MetS erhalten nach ärztlichen Angaben nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Raucherentwöhnung oder werden an entsprechende Stellen überwiesen.

Abbildung 3: Prävalenz des MetS in der primärärztlichen Versorgung

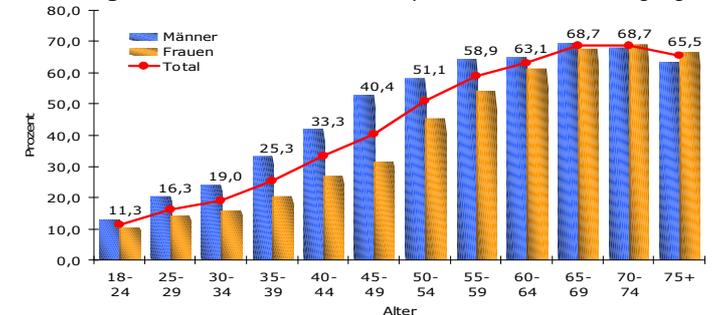


Abbildung 4: Häufigkeit von Maßnahmen zur Lifestyle Intervention

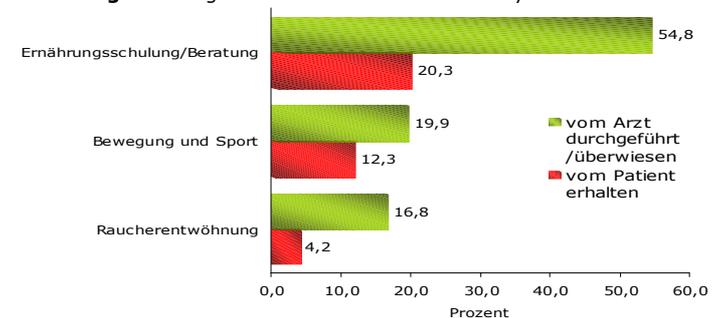
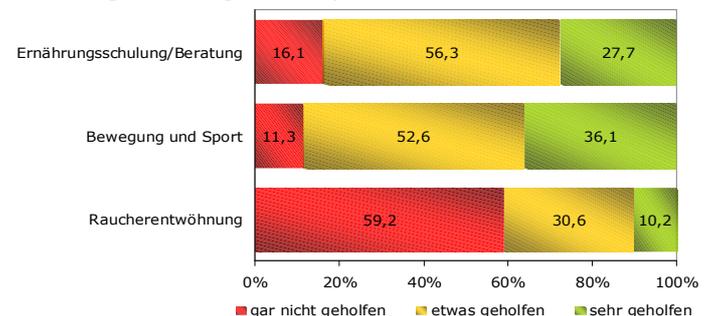


Abbildung 5: Wirkung der Lifestyle Interventionen



Nach Patientenangabe erhielten lediglich 20,3% der Patienten Ernährungsschulungs- oder Beratungsmaßnahmen und 12,3% Kurse oder Schulungen zu Bewegung und Sport. Auch unter den Rauchern mit MetS gaben nur 4,2% an an einer Raucherentwöhnung teilgenommen zu haben. Sowohl bei den Arzt- als auch bei den Patientenangaben gab es keine signifikanten Geschlechtsunterschiede.

Während Maßnahmen zur Ernährungs- und Bewegungsmodifikation von einem hohen Anteil der Patienten als etwas oder sehr hilfreich bewertet wurden, gaben weit über die Hälfte der Patienten an, nicht von der Raucherentwöhnung profitiert zu haben. Dies galt in stärkerem Maß für Frauen als für Männer.

Schlussfolgerung

Angesichts der hohen Prävalenz des MetS in der primärärztlichen Versorgung und der besonderen Bedeutung von Ernährung, Bewegung und Rauchverhalten bei der Prävention und Behandlung dieses Symptomkomplexes deuten die DETECT-Daten auf eine erhebliche nichtmedikamentöse Unterversorgung hin. Die Diskrepanz zwischen ärztlichen Verordnungsangaben und den Patientenangaben deutet in Richtung eines Kommunikationsdefizits zwischen Arzt und Patient, das sich ebenfalls in der subjektiv bewerteten Wirkung der Maßnahmen widerspiegelt. Ein Ansatzpunkt zur besseren Implementierung verhaltensorientierter Verfahren wird bereits durch Disease Management Programme verwirklicht, allerdings nur für spezifische Erkrankungen und nicht für Risikofaktorenkomplexe wie das MetS. Zur adäquaten primärärztlichen Versorgung von Risikokonstellationen ohne bereits manifeste Erkrankungen, sind tief greifendere Systemänderungen hin zum sogenannten Case Management nötig. Dadurch würde der Patient selbst und nicht der akute Konsultationsanlass deutlicher fokussiert werden.

*Förderung: unrestricted educational grant der Pfizer GmbH, Karlsruhe an die TU-Dresden (Prof. Wittchen).

Kontakt: Prof. Dr. H.-U. Wittchen, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden, Chemnitz Straße 46, 01187, Dresden, E-Mail: wittchen@psychologie.tu-dresden.de, Tel: +49(0)351-463-36985, Fax: +49(0)351-463-36984

Referenzen: (1) Wittchen H.-U., et al. *Curr Med Res Opin* 2005; 21(4): 619-629. (2) Pieper, L., et al. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2005; 48: 1374-1382.