



# Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen beim Hausarzt Die DETECT-Studie

Hans-Ulrich Wittchen und Lars Pieper

**B**ei Diagnostik und Therapie von chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Koronarer Herzkrankheit (KHK) nimmt traditionell der primärärztliche Versorgungssektor eine Schlüsselrolle ein. Dieser hat durch gesundheitspolitisch forcierte Erweiterungen des hausärztlichen Aufgabenspektrums in Hinblick auf Prävention, gezielte Frühintervention und Disease Management eine weitere Betonung erfahren. Doch gerade im hausärztlichen Bereich ist die epidemiologische Datenlage zu Häufigkeit und Versorgungsgüte dieser zumeist chronischen Erkrankungen lückenhaft und unbefriedigend. Es fehlen unter anderem aktuelle bundesweite und verlässliche, klinisch differenzierte altersbezogene Daten zu Häufigkeit und Schweregrad der Erkrankungen, Komplikationen und Komorbiditäten sowie ihrer Versorgung.

Bei Diagnostik und Therapie von chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus und Koronarer Herzkrankheit (KHK) nimmt traditionell der primärärztliche Versorgungssektor eine Schlüsselrolle ein. Dieser hat durch gesundheitspolitisch forcierte Erweiterungen des hausärztlichen Aufgabenspektrums in Hinblick auf Prävention, gezielte Frühintervention und Disease Management eine weitere Betonung erfahren. Doch gerade im hausärztlichen Bereich ist die epidemiologische Datenlage zu Häufigkeit und Versorgungsgüte dieser zumeist chronischen Erkrankungen lückenhaft und unbefriedigend. Es fehlen unter anderem aktuelle bundesweite und verlässliche, klinisch differenzierte altersbezogene Daten zu Häufigkeit und Schweregrad der Erkrankungen, Komplikationen und Komorbiditäten sowie ihrer Versorgung.

Um diese Lücken zu schließen, wurde im Jahr 2003 an der Technischen Universität Dresden die kollaborative Multizenter-DETECT-Studie (Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation: Targets and Essential Data for Commitment of Treatment) ins Leben gerufen. DETECT ist ein klinisch-epidemiologisches Querschnitts- und Langzeit Studienprogramm im primärärztlichen Versorgungssektor. Vorrangige Ziele der Untersuchung sind die Ermittlung der Prävalenz (Gesamthäufigkeit, mit der eine Krankheit auftritt) und des Schweregrads sowie der Inzidenz (Anzahl Neuerkrankter in der Bevölkerung) innerhalb von 1 bzw. 4 Jahren von Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen sowie damit einher gehenden Komplikationen; die Überprüfung und Weiterentwicklung von routinetauglichen Risikoprofilen und -scores; die Beschreibung des natürlichen Krankheits- und Therapieverlaufs über mehrere Jahre in Abhängigkeit vom anfänglichen Diagnose- und Behandlungsstatus sowie ausgewählten Versorgungs- und Interventionsmerkmalen; die Beschreibung der Versorgungsqualität und -mängel im primärärztlichen Bereich.

## Methodik

Auf der Grundlage einer bundesweiten Zufallsauswahl von 3.500 Hausärzten wurde an einem Stichtag im September 2003 der Gesundheitszustand von über 55.000 Patienten erhoben. Alle Patienten durchliefen ein standardisiertes Untersuchungsprogramm, das neben einem 6-seitigen Selbstbeurteilungsfragebogen ein strukturiertes klinisch-ärztliches Interview sowie eine Arztuntersuchung (anthropometrische Maße, Blutdruck, ggf. Labor) einschloss; darüber hinaus wurden ausgewählte Laborwerte aus den Patientenakten ermittelt.

Im Zentrum des Interesses standen dabei vor allem die vier Krankheitskomplexe: Bluthochdruck, Fettstoff-

wechselstörungen, Diabetes und koronare Herzkrankheiten. Neben den Hauptdiagnosen wurden noch weitere 24 organische Diagnosen sowie die Anwesenheit und der Schweregrad koronarer Risikofaktoren und Angaben zu Behandlung, Compliance und Langzeitmanagement abgefragt. Der Patienten- Selbstbeurteilungsbogen umfasste neben Fragen zu Lebensstil, bio-sozialen Charakteristiken, Risikofaktoren, Laborwert- und Krankheitskenntnis sowie Fragen zum allgemeinen Gesundheitszustand vor allem standardisierte Messinstrumente zu Lebensqualität, Depression, Optimismus sowie dem Schlaganfallrisiko.

Eine Zufallsauswahl von über 7.500 dieser Patienten wurde darüber hinaus standardisiert mittels Laboranalysen (Blutentnahme) charakterisiert, über ein Jahr hinweg klinisch verfolgt und nach 12 Monaten nachuntersucht. Aktuell werden im jährlichen Abstand weitere Informationen über kardiovaskuläre und andere Morbiditäts- und Mortalitätsereignisse bei den Patienten der Laborkohorte gesammelt. Im Jahre 2007 – also ca. 5 Jahre nach der Basisuntersuchung – ist eine umfassende abschließende Nachuntersuchung geplant <sup>1</sup>.

## Erste Ergebnisse

Nach der primärärztlichen Routineuntersuchung erhielten am Stichtag 37 % der Patienten die Diagnose arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), 30 % die Diagnose einer Hyperlipidämie (Erhöhung der Fettstoffe im Blut), 15 % Diabetes mellitus und 12 % eine Koronare Herzkrankheit (KHK).

Dabei ist der Hausarzt überwiegend mit hochkomplexen Behandlungssituationen und überwiegend älteren Patienten (> Alter 60) konfrontiert; jeder zweite Diabetespatient hat bereits ausgeprägte und in Abhängigkeit von Erkrankungsdauer ansteigende Raten von mikro- oder makrovaskulären Folge- bzw. Begleitkomplikationen. Von koronaren Herzerkrankungen sind Männer – vor allem nach dem 40. Lebensjahr – häufiger betroffen als Frauen (17,5 % vs. 9 %). Zustand nach Herzinfarkt, stabile Angina pectoris (Brustenge; Anfälle von starken Schmerzen in der linken Brustseite) sowie Zustand nach Koronarintervention gehören mit jeweils einem Drittel zu den häufigsten Behandlungsdiagnosen <sup>2</sup>.

Nicht nur die Krankheitslage der Hausarztpatienten ist überwiegend komplex, sondern auch das Risikoprofil der Patienten. Die in anderen Ländern im Hausarztsektor häufigeren sog. „Bagatell-Fälle“ (ohne akute Diagnose, siehe Abbildung 2) sowie monosymptomati-

**In der Hausarztpraxis dominieren Hochrisikokonstellationen**

	Hypertonie		Hyperlipidämie		Diabetes		KHK	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Gesamt</b>	<b>20.164</b>	<b>36,3</b>	<b>16.178</b>	<b>29,1</b>	<b>8.564</b>	<b>15,3</b>	<b>6.895</b>	<b>12,4</b>
18-45	1.602	8,7	1.678	9,1	505	2,7	200	1,1
46-65	8.244	40,5	7.078	34,8	3.258	16,0	2.121	10,4
66+	10.318	61,9	7.422	44,5	4.702	28,2	4.574	27,4
<b>Frauen</b>	<b>11.300</b>	<b>34,4</b>	<b>8.867</b>	<b>27,0</b>	<b>4.338</b>	<b>13,2</b>	<b>2.926</b>	<b>8,9</b>
18-45	845	7,3	817	7,1	266	2,3	93	0,8
46-65	4.395	38,0	3.583	31,0	1.499	13,0	718	6,2
66+	6.060	62,5	4.467	46,1	2.573	26,5	2.115	21,8
<b>Männer</b>	<b>8.864</b>	<b>39,1</b>	<b>7.311</b>	<b>32,2</b>	<b>4.127</b>	<b>18,2</b>	<b>3.969</b>	<b>17,5</b>
18-45	757	10,9	861	12,5	239	3,5	107	1,6
46-65	3.849	43,8	3.495	39,7	1.759	20,0	1.403	16,0
66+	4.258	61,1	2.955	42,4	2.129	30,6	2.459	35,3

sche Krankheitsbilder sind vergleichsweise selten. Über den hohen Anteil komorbider schwerer Erkrankungen hinaus, ist z.B. der Gesamtanteil von kardiovaskulären Hochrisikopatienten für ein primärärztliche Setting ungewöhnlich hoch. Zum Beispiel weisen die Mehrzahl aller Diabetes-Patienten mehr als vier kardiovaskuläre Risikofaktoren auf; über 60 % haben zu hohen Blutdruck, über 80 % sind als übergewichtig zu bezeichnen. 53 % haben ärztlich diagnostizierte Fettstoffwechselstörungen, 37 % erfüllen die Kriterien für gravierenden Bewegungsmangel und 16 % sind Raucher.

### Unbefriedigende Behandlungssituation

In nahezu allen untersuchten Indikationsgebieten ergeben sich zum Teil markante Hinweise auf unzureichende Therapiesituationen. Ungeachtet eines nicht uner-

heblichen Anteils nicht diagnostizierter Patienten, erhalten zum Beispiel 7 % aller ärztlich diagnostizierten Diabetes-Patienten keinerlei antidiabetische Behandlung, 14 % werden ausschließlich nicht-medikamentös (Diät und Bewegungstherapie) behandelt. 48 % werden mit oralen Antidiabetika, 20 % mit Insulin – 34 % davon intensiviert – und 12 % mit einer Kombination aus Insulin und oralen Antidiabetika behandelt. Die Stoffwechseleinstellung ist suboptimal: 40 % der Patienten übertreffen den HbA1c-Zielwert  $\geq 7,0$ ; 60 % den Zielwert von  $\geq 6,5$  %. Jeder sechste Patient hat eine sehr schlechte Stoffwechseleinstellung<sup>3</sup>.

Darüber hinaus ergeben sich bei allgemein hoher Patientenzufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung Hinweise darauf, dass selbst jahrelang behandelte Patienten mit Bluthochdruck und oder Diabetes nicht über ihre Behandlungsdiagnose informiert sind.

**DETECT – Projektgruppe**

- Prof. Dr. H.-U. Wittchen (Studienleitung), Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Technische Universität Dresden; Dipl.-Psych. L. Pieper, Dr. H. Glaesmer, Dipl.-Math. J. Klotsche

**Steering Board**

- Prof. Dr. H. Lehnert, Klinik für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Warwick Medical School, University Hospitals of Coventry, United Kingdom
- Prof. Dr. G. Stalla, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München
- Prof. Dr. M. A. Zeiher, Medizinische Klinik IV, Schwerpunkt Kardiologie / Nephrologie, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt

**Advisory Board**

- Prof. Dr. U. Koch, Institut und Poliklinik für Medizinische Psychologie, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
- Prof. Dr. W. März, Medizinisches Versorgungszentrum für Labordiagnostik Heidelberg
- Dr. med. habil. D. Pittrow, 3P Consulting, Pöcking
- Prof. Dr. S. Silber, Kardiologische Praxis und Praxisklinik, München

Die DETECT Studie wird durch einen unrestricted educational grant der Firma Pfizer GmbH, Karlsruhe gefördert.

Ausführliche Informationen über die DETECT Studie, Publikationen und Kongressaktivitäten sowie alle eingesetzten Studienmaterialien sind unter <http://www.detect-studie.de> abrufbar.

mit dem Ziel einer Lifestylemodifikation (Bewegung, Ernährung, etc). Dies gilt gleichermaßen für die Primär- wie auch Sekundärprävention und die Rehabilitation.

Die überaus häufigen komplexen Komorbiditätsmuster bei einem Großteil der Hausarztpatienten und die zeitlichen Einschränkungen in der primärärztlichen Versorgung lassen es fraglich erscheinen, ob die Einführung vielfältiger diagnosebezogener Disease-Management-Programme ein geeignetes Mittel zur Verbesserung der Versorgungsqualität sein kann. DETECT lässt eher die Notwendigkeit für Case- und Patienten-Management-Programme erkennen.

Internationale Vergleiche zeigen eine ähnliche Qualität der primärärztlichen Versorgung bei deutlich geringeren Patientenzahlen der Ärzte als in Deutschland. Dies zeigt, dass strukturelle Defizite durch das hohe Engagement der Ärzte, die unter den gegebenen Rahmenbedingungen tagtäglich das Bestmögliche leisten, ausgeglichen werden. Qualitätseinbußen in der Versorgung sind beilei-

be keine Schwäche der deutschen Ärzte, sie werden durch die strukturellen Rahmenbedingungen erzeugt. Daher muss eine sinnvolle Verteilung der vorhandenen Mittel auf die Versorgungsbereiche des Systems geprüft werden.

**Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen und Lars Pieper, Arbeitsgruppe Therapie- und Versorgungsforschung am Institut für Klinische Psychologie der TU Dresden**

**Ausgewählte erste Publikationen**

- 1 Pieper, L., Wittchen, H.-U., Glaesmer, H., Klotsche, J., März, W., Stalla, G., Lehnert, H., Zeiher, A. M., Silber, S., Koch, U., Böhrer, S., Pittrow, D., & Ruf, G.: Kardiovaskuläre Hochrisikokonstellationen in der primärärztlichen Versorgung: DETECT Studie 2003. Bundesgesundheitsblatt 2005;12: 1374-1382.
- 2 Bischoff, B., Silber, S., Richartz, B.M., Pieper, L., Klotsche, J., & Wittchen, H.-U. (in press, Clin Res Cardiol.). Prevalence and treatment of coronary artery disease in primary care: Inadequate medical treatment?
- 3 Pittrow, D., März, W., Zeiher, A. M., Pieper, L., Klotsche, J., Glaesmer, H., Ruf, G., Stalla, G. K., Lehnert, H., Koch U., Silber, S., Böhrer, S., Wittchen, H.-U. (in press, Medizinische Klinik). Prävalenz, medikamentöse Behandlung und Stoffwechseleinstellung des Diabetes mellitus in der Hausarztpraxis.

**Zusammenfassung**

Mit DETECT liegt weltweit der größte und klinisch differenzierteste Datensatz zur hausärztlichen Versorgung vor. Die ersten DETECT-Ergebnisse verdeutlichen, dass eine patienten- und krankheitsgerechte Therapie im primärärztlichen Bereich eine erkennbar vielschichtige und höchst problematische Herausforderung darstellt. Der Hausarzt wird in seiner Praxis mit hochkomplexen Morbiditätsmustern und Risikokonstellationen der Patienten konfrontiert. Demgegenüber steht eine im internationalen Vergleich überaus hohe Patientenzahl gekoppelt mit erheblichem Zeit- und Kostendruck. Im Durchschnitt bleiben dem Hausarzt drei Minuten für Früherkennung, Diagnostik und Therapie eines Patienten.

Bei der detaillierteren Betrachtung der Diabetes- und KHK-Patienten zeigt sich, dass die Therapie und Versorgung in vielen Fällen suboptimal erscheint. Die Versorgungsgüte bleibt in vielen Bereichen hinter dem Möglichen und Notwendigen zurück. Zu kurz kommen allgemein alle verhaltensmedizinischen Maßnahmen