

**Pressekonferenz anlässlich des 43. Jahrestagung der Deutschen
Diabetes Gesellschaft (DDG, München 2008)**

Max Planck Institut für Psychiatrie, München

**DETECT: Multimorbidität und Wechselwirkungen
somatischer und psychischer Erkrankungen:
Größenordnung, Belastung, Versorgung, klinische
und Forschungsimplicationen**

H.-U. Wittchen und die DETECT Studiengruppe

**Institut für Klinische Psychologie & Center of Clinical Epidemiology and Longitudinal Studies
Technische Universität Dresden zusammen mit dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie**

Hintergrund

Im hausärztlichen Bereich ist die epidemiologische Datenlage zu „Volkskrankheiten wie Diabetes mellitus, Koronare Herzkrankheit (KHK), Bluthochdruck und Depression unbefriedigend und unvollständig. Es fehlten bislang unter anderem aktuelle bundesweite und verlässliche, klinisch differenzierte Daten zu einer Vielzahl von Aspekten:

- Häufigkeit und Komorbidität, sowie die Risiko- und Komplikationsmuster von Patienten mit Diabetes mellitus, KHK, Hypertonie und Depression,
- zeitliche Dynamik des Krankheitsgeschehens sowie Veränderungen der Morbiditäts- und Risikostruktur im Verlauf mit und ohne Therapie,
- Bedingungsstrukturen und -faktoren zwischen Erkrankungen (Co- und Multimorbidität) sowie Beziehungen zu verhaltensbezogenen Risikofaktoren (Übergewicht, Bewegungsmangel, Rauchen)
- Ausmaß bedarfsgerechter Therapie, Versorgungsabläufen sowie Determinanten der Versorgungsgüte.

DETECT (Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation: Targets and Essential Data for Commitment of Treatment; (<http://www.detect-studie.de>)) - ein bundesweites 5-jähriges epidemiologisches Multicenter-Studienprogramm in der hausärztlichen Praxis – liefert zu diesen Problemkreisen die weltweit aktuellsten und umfassendsten Erkenntnisse auf der Grundlage von 3500 Arztpraxen und 55.000 Patienten. Die Pressekonferenz stellt anlässlich des Abschlusses der 5-Jahres Nachuntersuchung und der DDG Jahrestagung die neuesten DETECT-Erkenntnisse und Publikationen an ausgewählten Beispielen der klinischen und Versorgungsforschung vor und diskutiert die gesundheitspolitischen und klinischen Forschungsimplicationen.

Was ist das Besondere an DETECT?

- DETECT untersucht diese Fragen erstmals direkt im primärärztlichen Versorgungssektor. Dieser nimmt eine Schlüsselrolle (gatekeeper) hinsichtlich Diagnostik und Therapie ein, die durch die gesundheitspolitisch forcierte Erweiterung des hausärztlichen Aufgabenspektrums in Hinblick auf Prävention, Frühintervention und Disease Management eine weitere Betonung erfahren hat.
- DETECT beruht nicht auf statistischen Routinedaten, sondern im Gegensatz zu früheren Studien auf klinisch und labortechnisch differenzierten standardisierten Datenerhebungen bei jedem Patienten. Damit können nicht nur praxisnahe Daten für eine verbesserte rationale Versorgungsplanung bereit gestellt werden, sondern auch klinische und grundlagenwissenschaftliche Erkenntnislücken geschlossen werden.
- DETECT ist keine einmalige Querschnittsstudie, sondern eine 5-jährige Verlaufsuntersuchung mit insgesamt 3 Untersuchungswellen.

Methodik:

DETECT ist ein klinisch-epidemiologisches Langzeit-Studienprogramm im primärärztlichen Versorgungssektor. Vorrangige Ziele sind:

- (1) die Ermittlung der Prävalenz und des Schweregrads und
- (2) der 1- und 4-Jahres Inzidenz und des Verlaufs von „Volkskrankheiten“ wie Diabetes mellitus, kardiovaskulären Erkrankungen, Depression sowie damit einhergehenden Komplikationen (Komorbidität) und ausgewählten selteneren Erkrankungen.
- (3) Die Überprüfung und Weiterentwicklung von gemeinsamen und krankheitsspezifischen Risikoprofilen für einzelne Erkrankungen sowie co- und multimorbide Muster,
- (4) die Beschreibung des natürlichen Krankheits- und Therapieverlaufs über mehrere Jahre in Abhängigkeit von Diagnose- und Behandlungsstatus sowie ausgewählten Versorgungs- und Interventionsmerkmalen sowie
- (5) die Beschreibung der Versorgungsqualität und -mängel im primärärztlichen Bereich.

(6) Bereitstellung aktueller Labor-Referenzwerte für eine Vielzahl von für den Hausarztbereich relevanten Parametern (Laborwerte wurden in einem Zentrallabor ausgewertet)

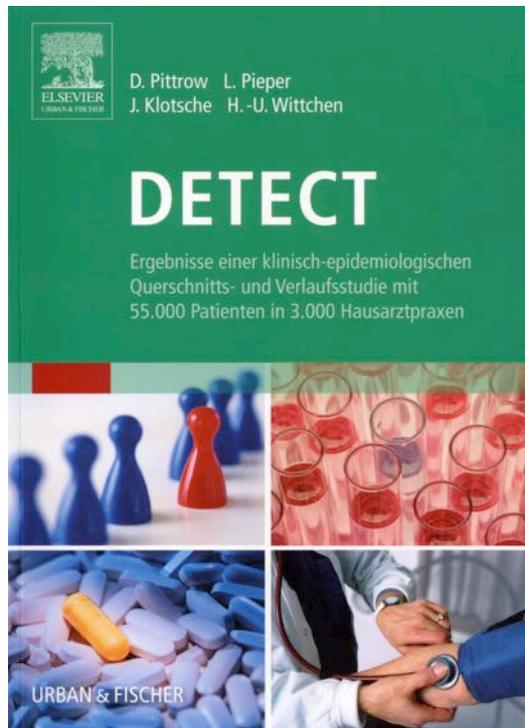
Grundlage der Untersuchung ist eine bundesweite Zufallsstichprobe von ursprünglich 3.795 primärärztlichen Einrichtungen (Teilneherrate 60,2 %, September 2003) sowie Stichtagserhebungen bei n=55.518 zufällig ausgewählten Patienten dieser Arztpraxen (Teilnahmerate 93,5 %). Eine Zufallsauswahl von n=7.519 dieser Patienten wurde darüber hinaus standardisiert mittels Laboranalysen charakterisiert, über ein Jahr (12-Monats-Follow-up: Teilneherrate: 93 %) und 4 - 5 Jahre hinweg (87 %) klinisch verfolgt und nachuntersucht. Alle Patienten wurden prospektiv und standardisiert untersucht (Fragebögen, Arztinterview- und Untersuchungen, Labor, Verlaufs- und Mortalitätsmonitoring).

DETECT- Ergebnisse:

(1) Das DETECT Buch

Mit dem DETECT-Buch (PD Dr. Pittrow) liegt erstmals ein umfassender Berichtsband zur Patienten- und Krankheitsstruktur für die primärärztliche Versorgung in Deutschland vor. Das Buch präsentiert detailliert klinische und Labordaten sowie Hintergrunddaten zur Versorgungssituation einzelner Krankheitsbilder, wie auch der Versorgungsgüte zu typischen komplexen Risiko- und Komplikationsmustern von Erkrankungen. Damit liegt erstmals für die primärärztliche Versorgung eine hochaktuelle und für die klinische Versorgung sowie gesundheitspolitische Entscheidungen essentielle Gesamtübersicht vor. *Sie erhalten ein Freixemplar!*

Abbildung 1: DETECT Buchpublikation mit Darstellungsbeispiel



DETECT Buch Darstellungsbeispiel:

Die Risikofaktoren-Verteilung bei GKV Versicherten ist schlechter als bei Privat Versicherten

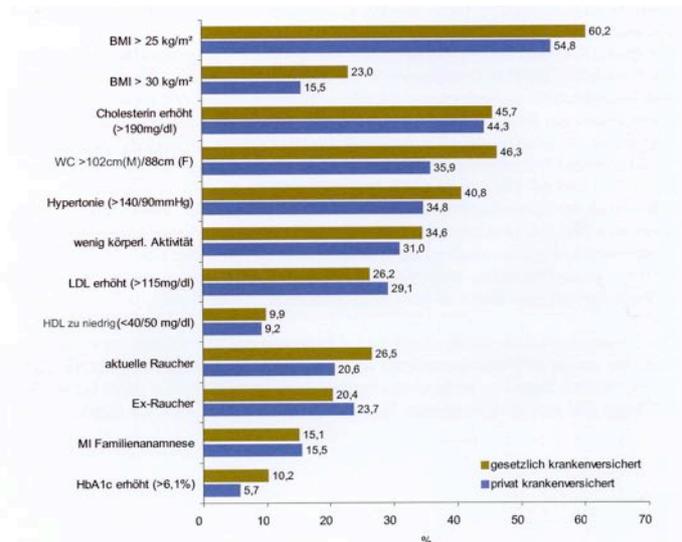


Abb. 6.1.(2) Unterschiede zwischen Patienten mit gesetzlicher und privater Krankenversicherung in Bezug auf kardiovaskuläre Risikofaktoren

(2) Der komplexe multimorbide Hochrisikopatient ist Praxisalltag

Schon bei der ersten DETECT Basisuntersuchung (Wittchen) hatten nahezu die Hälfte aller Hausarztpatienten 3 oder mehr Behandlungsdiagnosen. Bei der 5-Jahres Nachuntersuchung stieg dieser Anteil auf nahezu 60 %. Hausarztpatienten mit

lediglich einer oder zwei Diagnosen sind die Ausnahme (20 %). Besonders hoch ist die Multimorbidität im höheren Alter (jenseits Alter 50); bei über 65-Jährigen ist Multimorbidität mit mehr als 4 Diagnosen nahezu der Regelfall!

Das hohe – im 5-jährigen Beobachtungszeitraum deutlich ansteigende - Ausmaß an Multimorbidität ist nicht nur bedingt durch das ansteigende Alter der Patienten und die „normale“ Krankheitsprogression. Hinzu treten als Verlaufs beeinflussende Faktoren multiple zusätzliche verhaltensbezogene Risikobelastungen (wie z. B: abdominelles Übergewicht, Bewegungsmangel, Ernährung, Störungen des Lipidstoffwechsel, Bluthochdruck), welche ebenso wie eine unzureichende Therapie die krankheitsspezifische Prognose weiter verschlechtern. Die unzureichende Reduktion dieser verhaltensbezogenen Risikokonstellationen deutet darauf hin, dass die Umsetzung verhaltensmedizinischer und medikamentöser Maßnahmen zur Reduktion dieser Risikobelastung nach wie vor nicht optimal gelingt.

Ein weiterer, häufig in der Versorgung mangelhaft beachteter, Faktor ist die unzureichende Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen, insbesondere der Depression. DETECT zeigt, dass Diabetes und koronare Herzpatienten 2 – 3-mal so häufig an Depressionen erkranken, aber nur in einer Minderzahl der Patienten auch behandelt werden. Depressionen sind nicht nur „an sich“ Erkrankungen mit ausgeprägten Leiden für die Betroffenen, sondern sie können, z. B. durch schlechte Patienten-Compliance die Therapie erschweren und sind darüber hinaus ein möglicherweise entscheidender Risikofaktor für Frühmortalität, Verschlechterung und Komplikationen.

Angesichts dieser Befunde und unter Berücksichtigung der aufgrund des demographischen Faktors zu erwartenden Zunahme an multimorbiden älteren Hochrisikopatienten ist fraglich, ob die auf einzelne Krankheitsbilder bezogenen Disease Management Programme eine adäquate Antwort darstellen. Zu erwägen ist aus praktischen und wissenschaftlichen Erwägungen die Ergänzung durch **Patienten Management Programme (PMP)**.

Abbildung 2: Veränderung Behandlungsdiagnosen in der Hausarztpraxis (2003-2007/8)

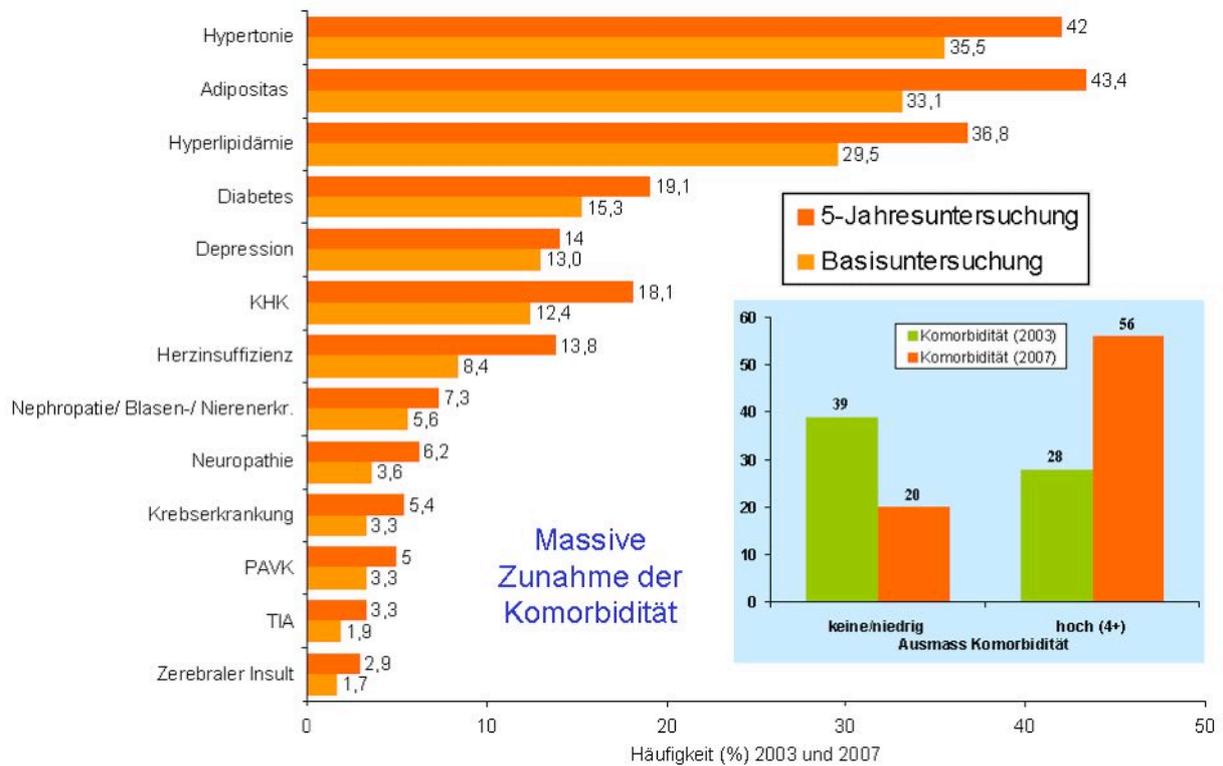


Abbildung 3: Hoher Anteil älterer (60+) Patienten - überwiegend komplexe Komorbiditätsmuster!
Anzahl und % der Hausarztpatienten in der Altersgruppe.....



(3) Diabetes Mellitus: Eine chronische Erkrankung mit multiplen Komplikationsrisiken

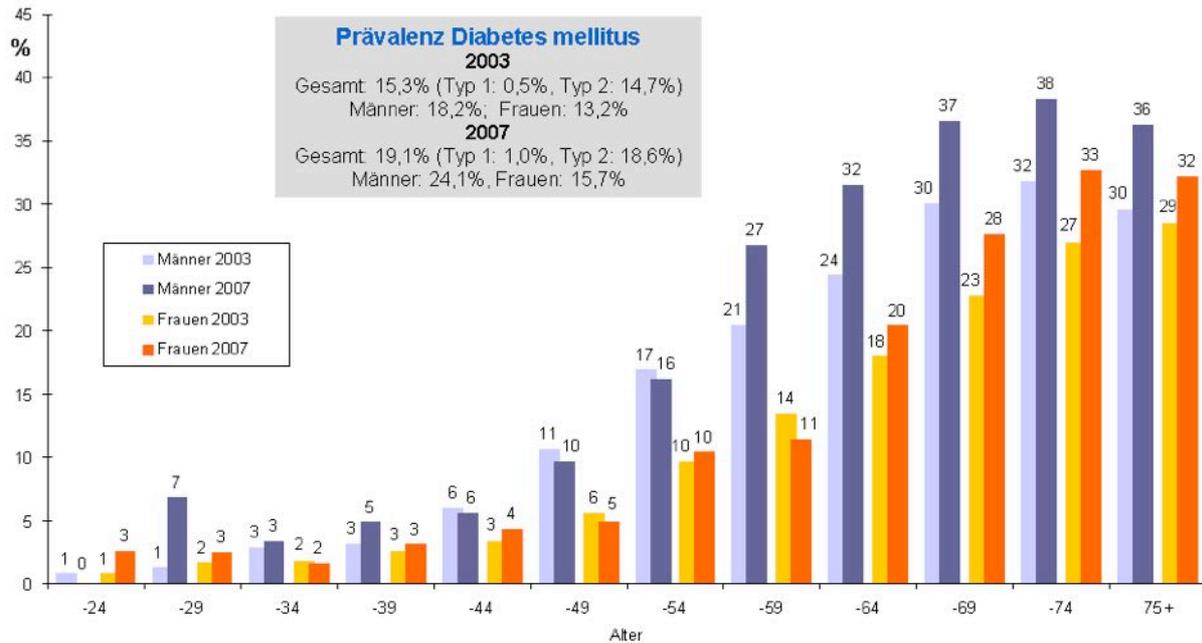
Dass vor allem die Prävalenz der Diabetes mellitus Typ 2 vom Alter abhängt, ist nicht neu. Neu ist (Professor Lehnert), dass DETECT nun eindeutige Zahlen über die Größenordnung, Komplikationsrisiken und die suboptimale Versorgung bereit stellt und Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen eröffnet. Besonders bei dem häufigen

Diabetes mellitus Typ 2 kommen dem Hausarzt vier Kernaufgaben zu: Prävention des Erstauftretens insbesondere durch Reduktion der kausalen verhaltensbezogenen Risikofaktoren (z. B. Ernährung, Bewegungsmangel), Verhinderung einer raschen Progression durch optimale medikamentöse und verhaltensmedizinische Interventionen und die Erreichung eines optimalen HbA1c Werts sowie Verhinderung von mikrovaskulären (Erblindung, Nephropathie, Neuropathie) und makrovaskulären Komplikationen (z. B. Herzinfarkt, Schlaganfall). DETECT zeigt, dass in allen Zielbereichen z. T. erheblicher „Raum für Verbesserung“ besteht.

Gravierender weiterer Anstieg der Diabetes-Prävalenz

Bereits in der Basisuntersuchung war die Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 mit einer Prävalenz von 13 % bei Frauen und 18 % Männern (Gesamt 15 %, Prävalenz Typ 1 Diabetes: 0,5 %) eine der häufigsten Behandlungsdiagnosen. Bei den über 65-Jährigen ist sie mit Werten zwischen 30 und 40 % eine führende Diagnose. Bei der 5 - Jahresuntersuchung stieg die Prävalenz auf 19,1 %, mit einem besonders ausgeprägten Anstieg der Neudiagnosen bei den über 45-Jährigen. Dabei ist der Hausarzt mit überaus hochkomplexen Behandlungssituationen, schwerst Kranken, sowie überwiegend älteren Patienten (> Alter 60 J.) konfrontiert.

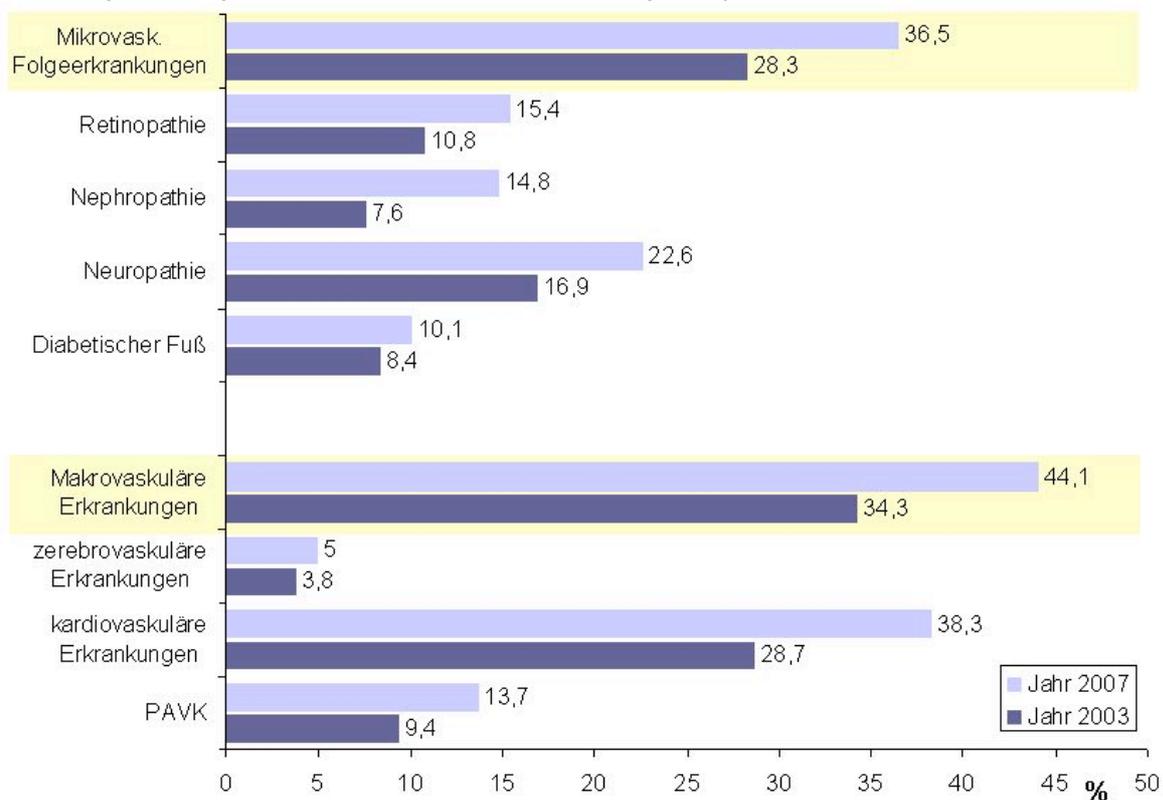
Abbildung 4: Diabetes mellitus gehört zu den Top 5 in der Hausarztpraxis



Folgekomplikationen – weiterer Anstieg

Jeder zweite Diabetespatient hat bereits bei der Erstuntersuchung ausgeprägte mikro- oder makrovaskuläre Folge- bzw. Begleitkomplikationen. Diese nahmen zur 5-Jahres Nachuntersuchung erheblich zu: mikrovasculäre Komplikationen von 28 % auf 37 %, makrovaskuläre von 34 % auf 44 %.

Abbildung 5: Häufigkeit und Zunahme diabetischer Folgekomplikationen



Diese erheblichen Zuwächse korrespondieren mit einer – im Vergleich zu der Basisuntersuchung weitgehend unveränderten – ungünstigen Situation bei den

verhaltensbezogenen Risikofaktoren, insbesondere der abdominellen Adipositas. Die Mehrzahl aller Diabetes mellitus Patienten haben mehr als vier Risikofaktoren; über 60 % haben beispielsweise zu hohem Blutdruck, über 70 % sind als adipös zu bezeichnen (BMI > 25 kg/m²: 82%; abdominelle Adipositas: 70 %), 53 % haben ärztlich diagnostizierte Fettstoffwechselstörungen, 37% erfüllen die Kriterien für gravierenden Bewegungsmangel und 16% sind Raucher. Im 5-Jahres-Verlauf zeigt sich eine Zunahme der Häufigkeit und die Komplexität der Muster.

Bezüglich der Therapie und der Einstellungsgüte ergeben sich ebenfalls zum Zeitpunkt der 5-Jahresuntersuchung unverändert unbefriedigende Befunde, die darauf schließen lassen, dass oft nicht intensiv genügend behandelt wird. Die **therapeutische Einstellung** des Diabetes Mellitus ist oft suboptimal; allerdings scheint sich im Vergleich zu früheren Untersuchungen (HYDRA 2001) die mittlere Stoffwechsel-Einstellungsgüte etwas gebessert zu haben: 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 (HbA1c 8,0-8,9: 9,0 %; HbA1c 9,0-9,9: 3,6 %; HbA1c $\geq 10,0$ %: 2,6 %).

Im weiteren Verlauf ergab sich zum Zeitpunkt der 5-Jahres Nachuntersuchung, dass ca. 36 % aller Diabetespatienten den HbA1c Zielwert von 7.0 % überschritten (57 % den Zielwert von 6.5 %). Ca. 8 % der Patienten hatten einen HbA1c zwischen 8.0 und 8.9 % (3,6 % zwischen 9.0 und 9.9 % sowie 2 % einen HbA1c größer 10.0 %). Die HbA1c Einstellung hat sich insgesamt über den Zeitraum nur marginal verändert.

Wie auch bei früheren Untersuchungen konnten wir trotz steigenden DMP Einschreibungsrate (von 27 % auf knapp 60 %) keinen positiven Einfluss auf eine verbesserte Einstellungsgüte feststellen.

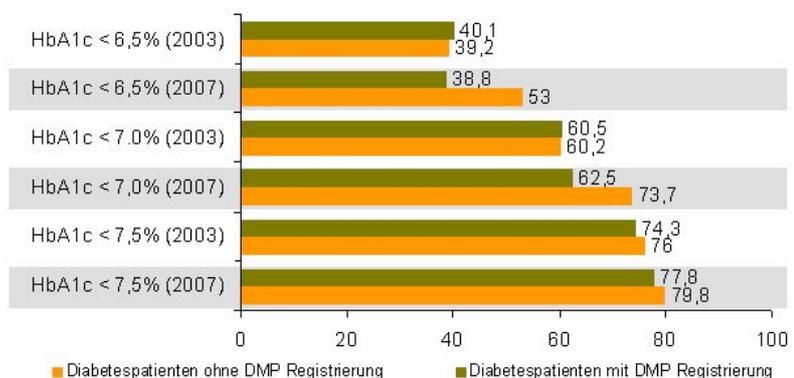
Abbildung 6: Unbefriedigende Einstellungsgüte war 2003) und bleibt (2007) ein Problem

	% 2003	% 2007
HbA1c $\geq 7.0\%$	39,6	35,9
HbA1c $\geq 6.5\%$	60,8	57,1
HbA1c zwischen 8.0 und 8.9%	9,0	7,6
HbA1c zwischen 9.0 und 9.9%	3,6	4,0
HbA1c $\geq 10.0\%$	2,6	2,0

Kriterium HbA1c:
Einstellung ist und bleibt häufig **suboptimal**

Einfluss der DMP Registrierung auf die Stoffwechseleinstellung

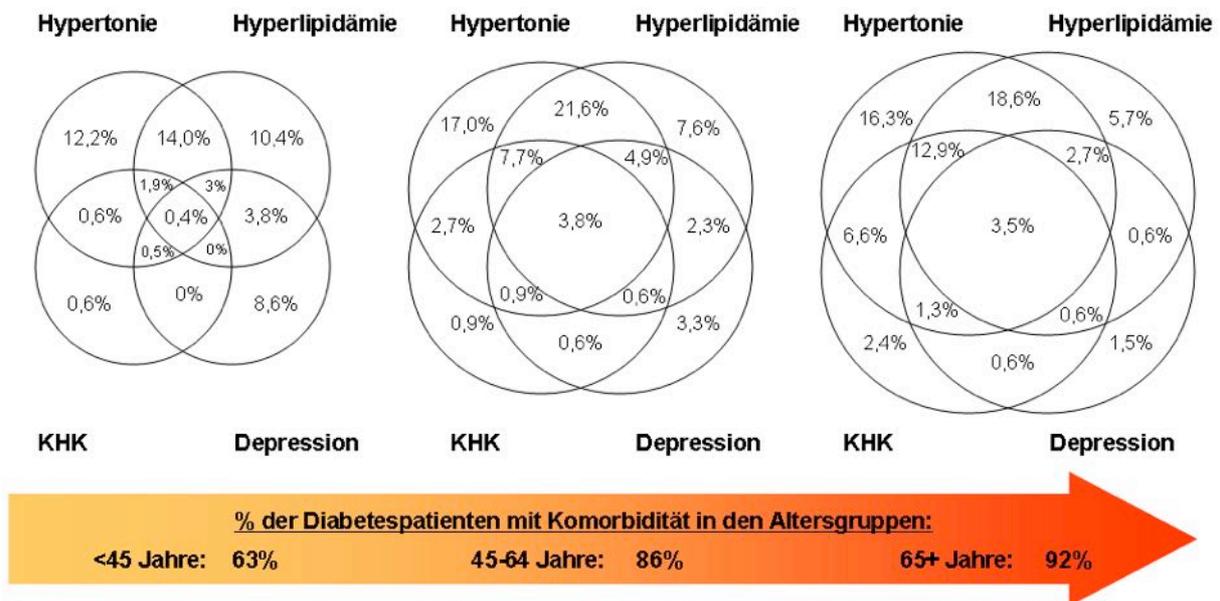
Der Anteil der DMP registrierten Diabetespatienten nimmt von 27% im Jahr 2003 auf 59,1% im Jahr 2007 zu.



Zusammenfassend zeigt sich, dass für mehr als jeden 2. Diabetes Patienten im höheren Alter die Progression in eine überaus belastende multimorbide Hochrisikokonstellation einmündet. Diese ist charakterisiert durch vielfältige Risikofaktoren und komplexe

Komorbiditäten mit Hypertonie, Hyperlipidämie, den Diabetes Folgekomplikationen, insbesondere KHK und Depression.

Abbildung 7: Komorbidität als erste Herausforderung: Komorbide Hypertonie, KHK, Depression und Hyperlipidämie bei 8.465 unausgelesenen Diabetikern



(3) Der Hochrisiko-Patient mit koronarer Herzkrankheit (KHK)

Obwohl die Prävention und Therapie der KHK insgesamt in den letzten 2 Jahrzehnten als eine internationale „Erfolgsstory“ (Anstieg der Lebenserwartung, bevölkerungsbezogen Sinken der Mortalitätsraten), legen die DETECT-Daten mehrfache Problemfelder nahe. Die DETECT Ergebnisse legen nahe, dass das Erreichbare in der Reduktion von Risikofaktoren und der Therapie z. T. deutlich hinter dem Möglichen zurückbleibt.

KHK gehört nach DETECT bei der Erstuntersuchung mit einer Stichtagsprävalenz von 12,4 % (Männer: 18 %, Frauen 9 %) zu den häufigen Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung. Angina pectoris (44 %) und Myokardinfarkt (37 %) sind die häufigsten Behandlungsdiagnosen. Bei der 5-Jahres-Untersuchung ergibt sich ein starker altersgebundener Anstieg, der weitgehend auf Angina pectoris Diagnosen (44 auf 56 %) zurückzuführen ist. Auch die Diagnose Herzinsuffizienz nimmt gravierend zu.

Die Hochrisikokonstellationen werden nicht ausreichend intensiv behandelt

Am Beispiel der häufigen und zunehmenden Erkrankungsraten für Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen zeigt Prof. Zeiher, dass nur jeder 2. Patienten eine effektive blutdrucksenkende Therapie und nur jeder Dritte einen Lipidsenker erhalten, nur 17 % bzw. 25 % bei der 5-Jahres-Nachuntersuchung werden gegen beide Risikofaktoren behandelt. Und dies, obwohl diese Interventionen international als Standardtherapie bei KHK bezeichnet werden. Er zeigt ferner, dass zu spät und erst bei Eintreten schwerwiegender Komplikationen intensiver behandelt wird.

Depression als Risikofaktor für KHK und Frühmortalität

DETECT zeigt auch erstmalig differenziert, den massiven Einfluss komorbider Depressionen auf die Frühmortalität und den Verlauf einer KHK. Depressive Patienten haben eine 2-3-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit eine KHK zu entwickeln, Patienten mit einer KHK und Depression ein doppelt so hohes Risiko frühzeitig an Myokardinfarkt zu versterben. Zugleich zeigt er auch auf, dass es wechselseitige Beziehungen gibt, die im therapeutischen Management der Patienten Beachtung finden sollten. Neu ist der

DETECT Befund, dass diese Ergebnisse in analoger Weise auch für die Herzinsuffizienz gelten.

Abbildung 8: KHK Patienten waren schon zur Basisuntersuchung in der Hausarztpraxis unerwartet häufig und nahmen zur Nachuntersuchung gravierend zu

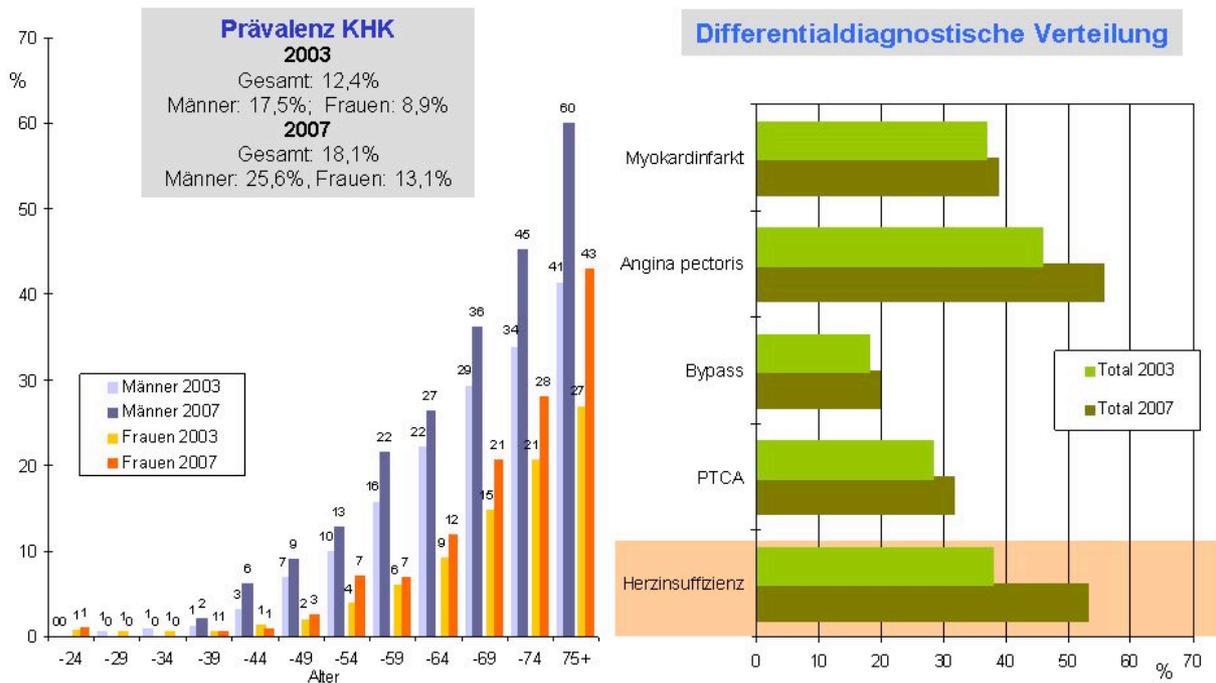
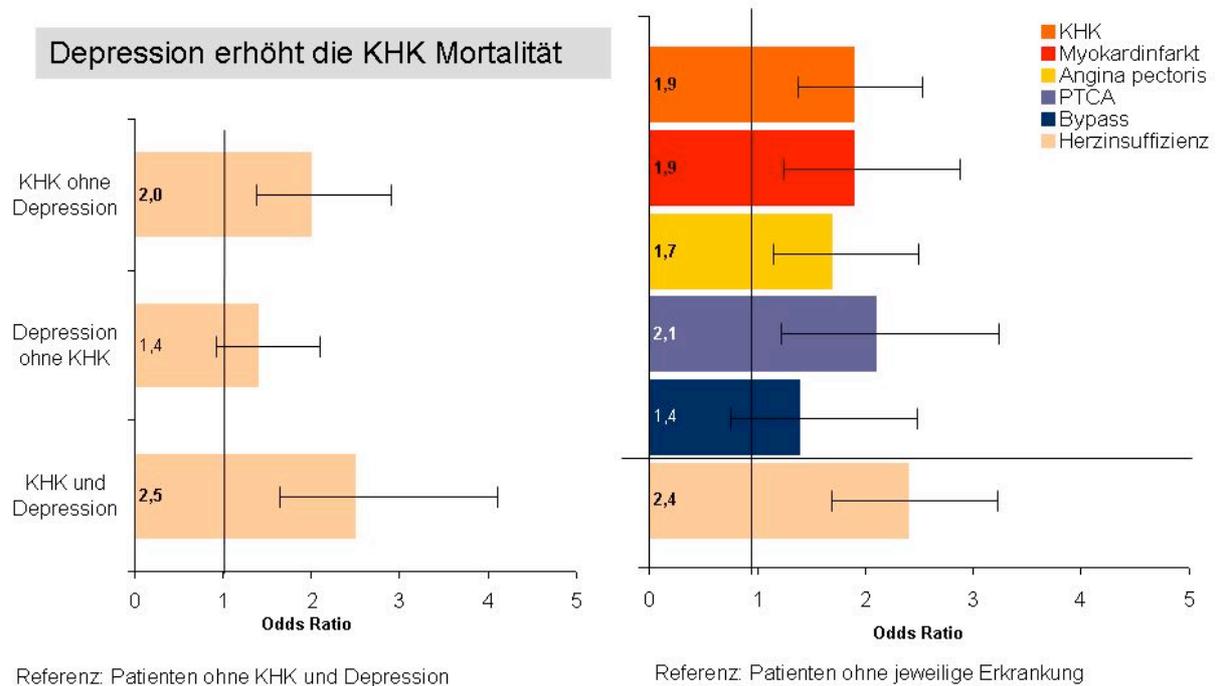


Abbildung 9: 5-Jahres Mortalität - KHK Patienten mit einer Depression haben eine 2 bis 3-fach erhöhte Mortalität (auch Herzinsuffizienz; Ausnahme Bypass) - Depression alleine hat keinen sign. Einfluss



4) Abdominelles Risiko

Ausgehend von einer Analyse der Wertigkeit von sogenannten Risikoscores für kardiovaskuläre Mortalität und einer entsprechenden Risiko-Charakterisierung der DETECT Patienten, stellt Professor Silber die Bedeutung der abdominalen Adipositas heraus. Er zeigt, dass dieser einfach zu messende Indikator - über den bekannten Body Mass Index (BMI) hinaus - für die Prädiktion von KHK, Hypertonie, Diabetes und Hyperlipidämie höchst relevant ist. Er stellt für Prävention und Therapie einen einfachen Interventionsalgorithmus vor, wie in Zukunft besser diese Hochrisikokonstellation beeinflusst werden kann.

Abbildung 10: Risikoscores in der DETECT Studie: Die Risikoverteilung der DETECT Studie

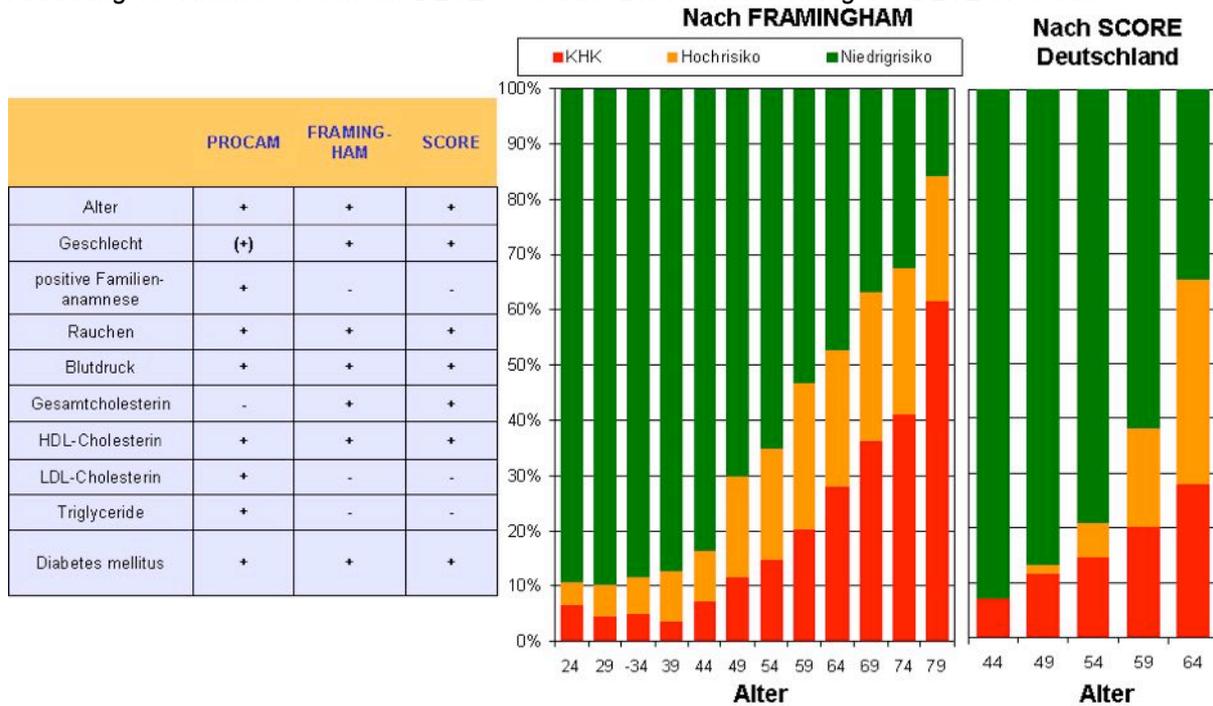
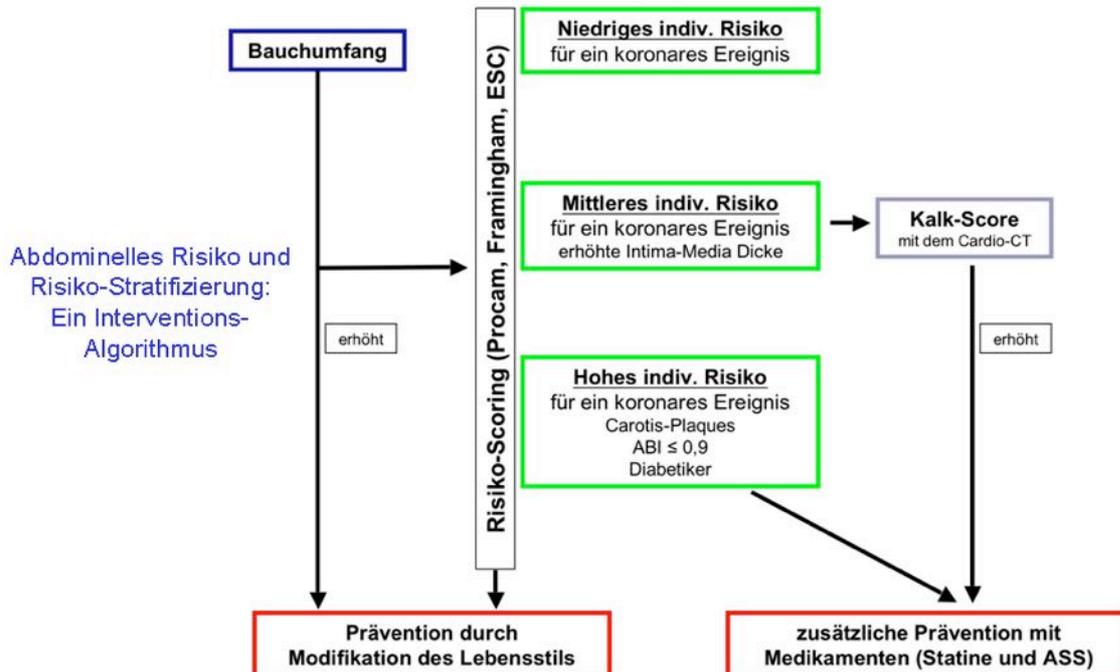


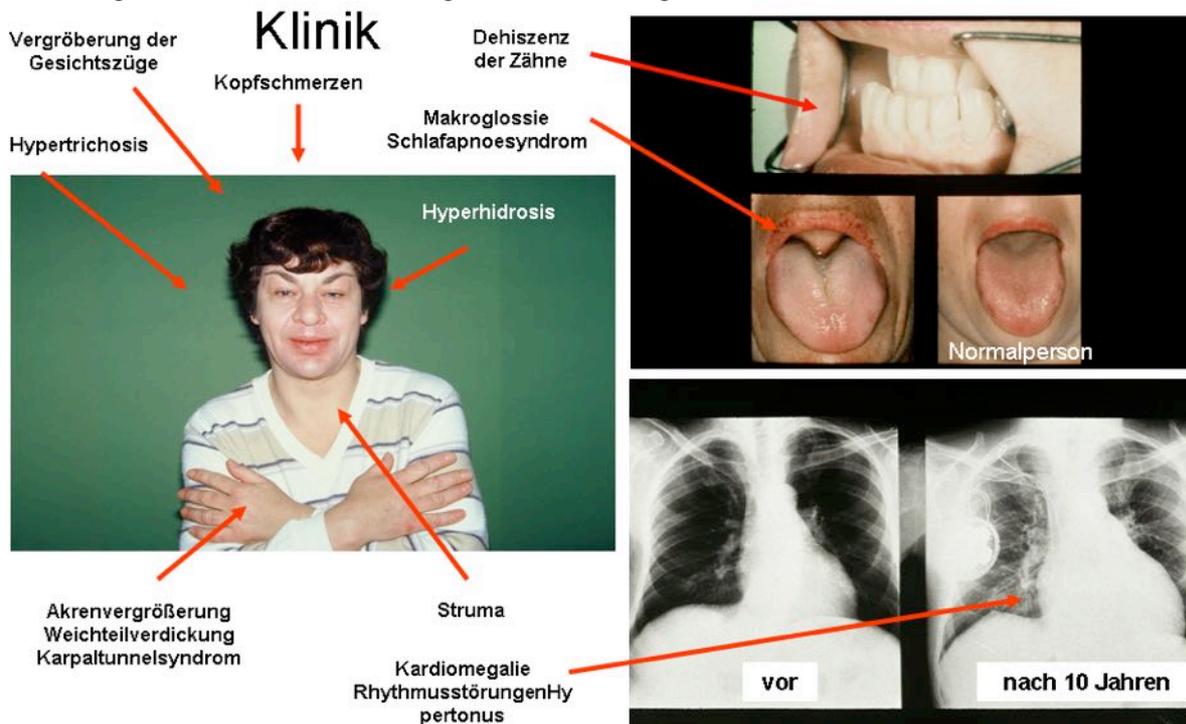
Abbildung 11: Ein Interventionsalgorithmus zur Risikostratifizierung



5) Akromegalie – Eine epidemiologische Neueinschätzung anhand DETECT

Professor Stalla zeigt anhand der DETECT Labordaten auf, dass die bisherigen epidemiologischen Daten zu diesem Krankheitsbild vermutlich die „wahre“ Prävalenz deutlich unterschätzt haben. Frühere Studien haben die Häufigkeit zumeist nur aufgrund der Behandlungsraten in einem Versorgungsgebiet geschätzt, nicht jedoch wie DETECT durch Reihenuntersuchungen. Akromegalie ist eine behandelbare Erkrankung, die mit erhöhter – zumeist kardiovaskulärer Mortalität und Morbidität assoziiert ist. Die Kontrolle des Wachstumshormons ist der beste Index für das Überleben. Er berechnet aufgrund DETECT, dass vermutlich einer von 1000 Patienten in der primärärztlichen Versorgung betroffen ist – diese Rate ist nahezu 20-mal höher als bislang geschätzt.

Abbildung 12: Klinisches Erscheinungsbild der Akromegalie



6. Depression: Brain – Body Komorbidität als Herausforderung

Nahezu jeder 4. DETECT Patient, hat im Verlauf seines Lebens eine depressive Episode erlitten; zu den Untersuchungszeitpunkten waren jeweils 12-14 % akut depressiv. Damit ist Depression die 4. häufigste Erkrankung beim Primärarzt. Sie wird jedoch nur bei weniger als 50 % der Betroffenen auch von den Hausärzten explizit als Behandlungsdiagnose geführt.

Damit bestätigen sich frühere Befunde, die eine erhebliche Unterdiagnostizierung und seltene Therapie dieser Gruppe psychischer Störungen gezeigt haben. Dieser aktuelle Befund aus DETECT ist kritisch. Denn die Verlaufsergebnisse zeigen, dass es sich nicht einfach um eine die Lebensqualität der Betroffenen massiv einschränkende Erkrankung handelt, sondern dass es offensichtlich vielfache kausale Beziehungen zwischen Diabetes, KHK und Schlaganfall und anderen Erkrankungsformen gibt. Depressionen in Verbindung mit somatischen Erkrankungen erhöhen nicht nur drastisch das Risiko frühzeitig zu versterben, sondern verschlechtern auch den Verlauf, die Compliance und Therapie.

Erschwerend kommt hinzu, dass somatische Erkrankungen bei Vorbelastung Depressionen auslösen und aufrechterhalten können und offensichtlich das chronische Multimorbiditätsrisiko erheblich erhöhen.

Schlussfolgerungen

DETECT verdeutlicht, dass eine patienten- und krankheitsgerechte Therapie im primärärztlichen Bereich eine erkennbar vielschichtige und höchst problematische Herausforderung darstellt:

- (1) In Deutschland ist der Hausarzt im Regelfall mit hochkomplexen **chronischen** Krankheits- und Risikokonstellationen konfrontiert und **internationaler Spitzenreiter im Zeitdruck**: Bei im Mittel 60 Patienten/Tag bleiben nur durchschnittlich 3 Minuten pro Patient für diagnostische, therapeutische Aufgaben sowie Beratung und Beziehungsgestaltung.
- (2) Der hohe Anteil älterer (60+ Jahre) und zumeist co- und multimorbider Patienten mit mikro- und makrovaskulären Komplikationen in der DETECT-Studie verdeutlicht die immense Routinebelastung und das komplexe Anforderungsprofil der Hausärzte. Derartige Profile und die sich daraus ergebenden Notwendigkeiten eines adäquaten Patientenmanagement erscheinen nur begrenzt kompatibel mit den Möglichkeiten und Prinzipien einer „Primärversorgung“.
- (3) DETECT deutet anhand direkter (u. a. Laborwerte und Therapiemaßnahmen) und indirekter (z. B. Risikoscores) Indikatoren an, dass die Therapie und Versorgung bei vielen Diabetes und KHK-Patienten suboptimal ist. Die Versorgungsgüte bleibt in vielen Bereichen gravierend hinter dem Möglichen und Notwendigen zurück.
- (4) Deutliche Probleme deuten sich in Früherkennung, Früh- (beziehungsweise rechtzeitiger) Intervention) an. Dies mag partiell für die beobachtete erhebliche Multimorbiditätsentwicklung bei vielen Patienten mitverantwortlich sein. Die Erstdiagnose wird offensichtlich oft zu spät gestellt, eine konsequente Frühdiagnostik und Intervention kommt offensichtlich zu spät.
- (5) Zu kurz kommen allgemein alle verhaltensmedizinischen Maßnahmen mit dem Ziel einer Verhaltensmodifikation (Bewegung, Ernährung, etc). Dies gilt gleichermaßen für die Primär- wie auch Sekundärprävention und die Rehabilitation.
- (6) Kritische Beachtung erfordert die spezielle und häufige Situation älterer Diabetes- und grundsätzlich älterer multimorbider Patienten. Bei dieser hinsichtlich individueller Therapieziele und Morbiditätslage aber auch hinsichtlich der individuellen Patientenbedürfnisse recht variablen Gruppe sind offensichtlich neben der ausgeprägten Multimorbidität sowie den altersspezifischen Verlaufs- und Komplikationsrisiken spezifische Interventionsbedürfnisse und –dynamiken zu berücksichtigen. Diese werden durch die bestehenden Leitlinien offensichtlich nicht hinreichend berücksichtigt.
- (7) Die markanten Wechselbeziehungen zwischen psychischen und somatischen werden vor dem Hintergrund der unbefriedigenden Diagnostik und Therapiebedingungen für Depressionen offensichtlich nicht hinreichend berücksichtigt. Hier erscheint ein erheblicher Forschungs- und Weiterbildungsbedarf zu bestehen, um geeignete praxisnahe Interventionsstrategien und/oder – angesichts der Überlastung Versorgungsmodelle (Kooperationsmodelle mit Psychologen, Psychotherapeuten, Nervenärzten) zu entwickeln.
- (8) 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 zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität sein kann. DETECT läßt eher die Notwendigkeit für **Case-** und **Patienten-**Management Programme erkennen.
- (9) Aus klinischer Forschungsperspektive hat die DETECT-Studie darüber hinaus eine Vielzahl von Hinweisen ergeben, die neue – möglicherweise kausale - Zusammenhänge zwischen einzelnen Erkrankungen, somatischen und psychischen Erkrankungen, sowie speziellen krankheitsspezifischen und Krankheiten übergreifenden Risikofaktoren ergeben, die neue Perspektiven für verbesserte Modelle und Interventionsstrategien eröffnen (siehe hierzu einzelne Abstracts der Teilnehmer).

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen
Technische Universität Dresden
Chemnitzer Str. 46, 01187 Dresden
Tel.: +49 (0)351-463 36985
Fax: +49 (0)351-463 39421

E-Mail: wittchen@psychologie.tu-dresden.de

URL: <http://www.detect-studie.de>

DETECT (Diabetes Cardiovascular Risk-Evaluation: Targets and Essential Data for Commitment of Treatment) ist eine deutschlandweite klinisch-epidemiologische Querschnitts- und prospektive Längsschnittstudie der Technischen Universität Dresden (Studien- und Koordinationszentrum).

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

Studienleitung: Prof. Dr. H.-U. Wittchen; Mitarbeiter: Dipl.-Psych. L. Pieper, Dipl.-Psych. T. Eichler, Dipl.-Math. J. Klotsche, Dr. H. Glaesmer. Steering Board: Prof. Dr. H. Lehnert (Lübeck), Prof. Dr. G. K. Stalla (München), Prof. Dr. A. M. Zeiher (Frankfurt); Advisory Board: Prof. Dr. W. März (Graz/Heidelberg), Prof. Dr. S. Silber (München), Prof. Dr. Dr. U. Koch (Hamburg), PD Dr. D. Pittrow (München/Dresden), Professor Dr. M. Wehling (Mannheim).