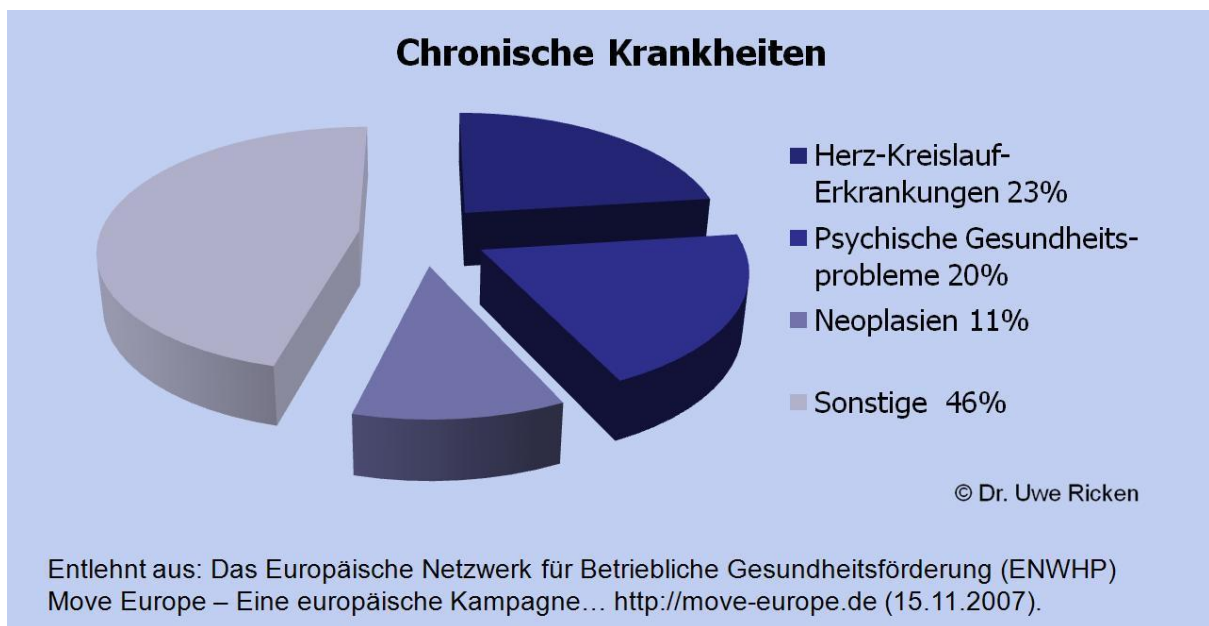


Bundesverband selbstständiger Arbeitsmediziner und freiberuflicher Betriebsärzte e. V. – BsAfB

Pressemeldung vom 27. Sept. 2008:

Prävention im Betrieb – Betriebliche Gesundheitsförderung

Chronische Erkrankungen, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen, haben weltweit eine größer werdende Bedeutung. Die Zunahme des Metabolischen Syndroms, mit den beiden Hauptursachen Adipositas und Bewegungsmangel, nimmt pandemische Ausmaße an.



In einer Kooperation der FH Osnabrück (Prof. Manfred Haubrock, der Studentin Stefanie Feierabend [Bachelorarbeit]), der TU Dresden (Medizinische Klinik III, Dr. med. Peter E.H. Schwarz [FINDRISK-Studienleiter]) und dem BsAfB (Dr. med. Uwe Ricken [Qualitätszirkel Betriebliches Gesundheitsmanagement]) wurde eine Pilotstudie durchgeführt, welche die Effektivität und die Realisierbarkeit von Präventions-Managementprogrammen im Betrieb belegen soll.

Als Ziele des Projekts wurden die Ermittlung kardiovaskulärer Risikofaktoren und die Ermittlung des Diabetesrisikos festgelegt. Als geeigneter Betrieb konnte die Felix Schoeller Gruppe in Osnabrück (Produktion hochwertiger Spezialpapiere, www.felix-schoeller.com) gewonnen werden, die dieses Projekt auch finanziell unterstützt. Hier konnte nach dem BsAfB-Motto „Betriebliche Gesundheitsförderung für alle“ jeder Mitarbeiterin und jedem Mitarbeiter diese Präventionsmaßnahme angeboten werden.

Interessenten wurden Flyer und Fragebögen mit den acht FINDRISK-Fragen und den relevantesten Fragen aus der CARRISMA[®]-Risikosoftware ausgehändigt. Die 140 teilnehmenden Mitarbeiter erhielten einen Termin für eine Nüchternblutentnahme vor Arbeitsbeginn. Die berechneten Risikoscores (Framingham, PROCAM, Score Deutschland und FINDRISK) wurden durch die Software graphisch veranschaulicht und den Mitarbeitern an ihre Wohnanschrift zugeschickt. Beratungsgespräche mit dem Hausarzt und dem Betriebsarzt schließen sich an. Bei Personen mit erhöhten Risiken ist eine kontinuierliche Nachbetreuung durch den Hausarzt und ggf. in betrieblichen Gesundheitszirkeln erforderlich.

Die Anzahl der Diabetiker steigt jedes Jahr um 300 000 zusätzliche chronisch Kranke. Das bedeutet, Jahr für Jahr nimmt die Zahl der zurzeit ca. 7 Mill. Diabetiker in Deutschland um ca. 5 Prozent zu. Darüber hinaus muss man von einer großen Dunkelziffer an noch nicht diagnostizierten Personen mit Diabetes mellitus ausgehen. Bei den gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) verursacht jetzt schon die Behandlung der Diabetiker die größten Kosten! Frühzeitige Identifikation von Personen im prädiabetischen Stadium oder bereits manifest Erkrankter beeinflusst den weiteren Krankheitsverlauf nachweislich und verringert die enormen Folgekosten.

Besorgniserregend ist auch der immer größer werdende Anteil jüngerer Menschen mit einem metabolischen Syndrom. Von einem sehr kosteneffizienten Diabetes-Screening, wie z. B. den schnell zu beantwortenden FINDRISK-Fragen¹ und der Bestimmung der Nüchternplasmaglukose bei auch jungen Personen (motivierten Mitarbeitern) lässt sich eine erheblich bessere Kosten-Nutzen-Relation in Bezug auf die frühzeitige Identifikation von Personen im prädiabetischen Stadium erwarten als von dem Screening aller Personen ab 45 Jahren („Nationaler Aktionsplan Diabetes“)².

Bei der KORA-Studie (Raum Augsburg) an einem repräsentativen Bevölkerungsquerschnitt im Alter von 55 bis 74 Jahren wurden 17% bisher nicht erkannter Diabetiker identifiziert, 23% befanden sich im prädiabetischen Stadium. Mit der jetzt in Osnabrück gestarteten Studie an zunächst 140 Mitarbeitern, deren Durchschnittsalter sicherlich deutlich unter dem der KORA-Studie liegt, soll den GKV u. a. verdeutlicht werden, wie hoch der Return on Investment schon nach kurzer Zeit durch die Rückerstattung aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) sein kann.

Wenn der Arzt (Betriebs- oder Hausarzt) bei zukünftigen Präventionsmaßnahmen seine Liquidation nach GOÄ den teilnehmenden Krankenkassen in Rechnung stellen würde, könnten bei vorliegenden Einverständniserklärungen der Mitarbeiter die Diagnosen auf den Rechnungen wie üblich den Krankenkassen mitgeteilt werden. Als Diagnosen kämen in Frage: Diabetes mellitus-Erstmanifestation (BZ > 199 mg/dl), abnorme Nüchternglukose (100-125 mg/dl), V. a. Prädiabetes (12-14 Punkte bei den FINDRISK-Fragen), hochgradiger V. a. Diabetes mellitus (BZ 126-199 mg/dl oder mehr als 15 Punkte bei den FINDRISK-Fragen), V. a.³ Hypertonie Grad 1-3, Adipositas Grad I-III (je nach Körpermassenindex BMI [in kg/m²], Nikotinabusus, mittleres Herzinfarktisiko (Risikoscore 10-20%) und hohes Herzinfarktisiko (Risikoscore >20%).

Die personenbezogenen Daten, die der Betriebsarzt mit Einverständnis der Mitarbeiter den Krankenkassen mitteilen würde, könnten diese verwenden, um Risikopatienten gezielt auf ihre Angebote aufmerksam zu machen: Eintragung in Disease-Management-Programme (DMP), Raucherentwöhnungskurse, Diätberatung, Fitnessangebote u. v. m.. Nach erster Würdigung der erhobenen Daten müssten die Rückerstattungen aus dem Morbi-RSA die Honorarkosten der Ärzte deutlich übersteigen. Diese kurz- bis mittelfristigen finanziellen Anreize für die GKV machen solche Präventionsangebote für diese attraktiv, weil sie im härter werdenden Wettbewerb und zurzeit unklarer gesetzlicher Vorgaben nicht allein auf Langzeitvorteile bauen können. Gegenwärtig lässt sich nicht mit Gewissheit sagen, was aus dem Entwurf für einen „Nationalen Aktionsplan Diabetes“ und dem jüngsten Entwurf für ein „Präventionsgesetz“ wird.

Anonymisierte Daten, wie z. B. eine Prozentangabe über den Anteil der Raucher, können nach Art eines Gesundheitsberichts aufgearbeitet werden. Die Entscheidungsträger im Betrieb haben hierdurch die Möglichkeit Handlungsbedarf zu erkennen. Um die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitar-

beiter zu verbessern können Gesundheitszirkel, Raucherentwöhnungsgruppen, Betriebssport, Diätberatung und individuelle Risikoberatung durch den Betriebs- und/oder Hausarzt angeboten werden.

Im Rahmen integrierter Versorgung besteht die Möglichkeit, bei Hochrisikopatienten für einen Herzinfarkt, bei Erstmanifestation eines Diabetes mellitus oder bei Adipositas eine Reha-Maßnahme durch den Rentenversicherer (z. B. DRV) anzustoßen.

Die Mitarbeiter und die Betriebe profitieren mittel- bis langfristig von diesem Maßnahmenkatalog. In der Fachzeitschrift „Monitor Versorgungsforschung“ wird in einer Graphik veranschaulicht, dass nur ca. 25% der chronischen Krankheiten richtig diagnostiziert sind⁴. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) könnten ungefähr 80% der Herzerkrankungen, 80% der Diabetesfälle und 80% der Schlaganfälle sowie 40% der Krebserkrankungen verzögert bzw. verhindert werden, wenn man die beiden Hauptrisikofaktoren mangelnde Bewegung und Fehlernährung effektiv beeinflussen würde⁵.



CARRISMA®-Risikorechner⁶: Durch Manipulation von Risikofaktoren mit dem Mauszeiger (20 Zig./Tag > 0 Zig./Tag) lässt sich der Effekt auf das kardiale Gesamtrisiko graphisch darstellen.

In den kommenden Monaten soll ein Netzwerk mit den Hausärzten der Mitarbeiter ins Leben gerufen werden. Durch Pressemitteilungen, Anschreiben an die Hausärzte und Referate sollen die niedergelassenen Kollegen über dieses Präventionsprojekt informiert werden. Es sollen insbesondere junge Patienten, die nicht regelmäßig einen Hausarzt aufsuchen, motiviert werden, sich bei erhöhten Risiken von ihrem Hausarzt beraten und behandeln zu lassen.

Wie sich auch die Akzeptanz dieses betrieblichen Präventionskonzepts in den Betrieben, bei den Krankenkassen und möglichst der Deutschen Rentenversicherung (Integrierte Versorgung) entwickelt,

der BsAfB und insbesondere der Qualitätszirkel „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ haben die Konzepte, das Know-how und die Manpower solche Präventionsmaßnahmen bundesweit durchzuführen. Interessierte Betriebe, Krankenkassen und andere mögliche Kostenträger können weitere Informationen über die BsAfB-Geschäftsstelle 0800 101 61 87 erhalten oder Anfragen an dr.ricken@bsafbev.de richten.

¹ www.findrisk.de

² Abholz, H-H et al.; (2008): Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM): Kritik am „Nationalen Aktionsplan Diabetes“. Z Allg Med. 84. 239-242.

³ Hier: „Verdacht auf (V. a.)“ weil nur eine Blutdruckmessung nach 10-minütigem Sitzen vorliegt.

⁴ Gänshirt, D; Harms, F, (2008): Compliance Management. Monitor Versorgungsforschung. 2. 46.

⁵ WHO. (2003): ADHERENCE TO LONG-TERM THERAPIES: EVIDENCE FOR ACTION . www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/print.html. (03.07.2008).

⁶ „Entwickelt wurde CARRISMA von einem wissenschaftlichen Team um Prof. Dr. med. Helmut Gohlke, Chefarzt am Herz-Zentrum, Bad Krozingen, Abt. Klinische Kardiologie II, als Computer-Software speziell für den Einsatz in der Patientenberatung.“ Quelle (30.06.2005): CARRISMA - innovatives KHK-Risikomanagement für die Praxis. www.astellas.de/de-408.htm. (12.11.2007).