

Dimini – Diabetes mellitus? – Ich nicht!

Vorstellung eines vom Innovationsfonds geförderten Versorgungskonzeptes zur Diabetesprävention

Schliffke M.¹, Püschner F.², Bertram N.², Petersen C.³, Amelung V.E.², Göhl M.⁴, Binder S.², Bergen S.⁵, Dimini-Konsortium⁶



¹Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bad Segeberg, Deutschland, ²privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav), Berlin, Deutschland, ³Diabetes-Schwerpunktpraxis Schleswig, Schleswig, Deutschland, ⁴MSD Sharp & Dohme GmbH, Haar, Deutschland, ⁵docevent GmbH, Schleswig, Deutschland, ⁶www.dimini.org/dimini-partner

HINTERGRUND

Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2) ist mit einer Prävalenz von über 7% eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Der hohe Anteil an nicht entdeckten Diabeteserkrankungen stellt darüber hinaus eine komplexe Herausforderung dar [1,2]. Langfristig geht die Erkrankung mit Komorbiditäten einher, die zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen können [3]. Allerdings kann eine zielgerichtete Primärprävention bei Menschen mit einem Risiko für DMT2 präventiv auf die Manifestation der Erkrankung wirken, da diese zu einem großen Teil durch ungünstige Lebensfaktoren bedingt ist [1,4]. Die Prävention und frühzeitige Identifikation von DMT2 wurde bereits als ein wichtiges Gesundheitsziel in Deutschland definiert [5].

Das Diabetes-Präventionsprogramm **Dimini** ist ein vom Innovationsfonds gefördertes Projekt (01NVF17012). Es wird durchgeführt von hausärztlichen Praxen in Schleswig-Holstein und Hessen. Beteiligte Krankenkassen in Schleswig-Holstein sind die AOK NordWest, Barmer, DAK Gesundheit und die Techniker Krankenkasse. In Hessen nimmt die AOK Hessen teil.

ZIEL DES PROJEKTES

Mit Hilfe von Dimini soll die Gesundheitskompetenz von Personen gestärkt werden, die ein Risiko haben, innerhalb der nächsten zehn Jahre an DMT2 zu erkranken. Dazu sollen Risikopersonen frühzeitig anhand eines standardisierten, flächendeckenden Screenings identifiziert werden und durch die Vermittlung gesundheitsrelevanter Informationen durch den Hausarzt sowie die hausärztliche Betreuung in die Lage versetzt werden, diese Informationen in Form der bedarfsgerechten, modularen Lebensstilintervention Dimini anzuwenden. Die individuellen Ressourcen der Versicherten sollen damit gestärkt werden, um langfristige, verhaltenspräventiv wirksame Veränderungen zu erreichen.

DIMINI LEBENSSTILINTERVENTION

Versichertenpopulation

Es werden Versicherte ab 18 Jahren eingeschlossen, die eine erkennbare, abdominale Adipositas und/oder eine relevante Familienanamnese und/oder einen bewegungsarmen Lebensstil aufweisen.

Innovative Zugangswege

Die Ansprache (Sensibilisierung) der potentiellen Teilnehmer erfolgt institutions-, sektoren- und fachgruppenübergreifend bei Gynäkologen, Kardiologen, Nephrologen, Orthopäden und Reha-Zentren. Die Risikopersonen werden über das Projekt, die Evaluation, den Datenschutz und das Risikoscreening aufgeklärt. Die Einschreibung in das Programm erfolgt freiwillig durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung. Im Anschluss wird der Versicherte an einen Hausarzt („Coaching-Arzt“) überwiesen, der am Programm teilnimmt und die Intervention durchführt. Zum anderen können Risikopersonen auch bei teilnehmenden Hausärzten sensibilisiert werden. Darüber hinaus werden Jobcenter, als nicht-ärztliche Institutionen, für die Sensibilisierung mit eingebunden.

Standardisiertes Risikoscreening

Eine individuelle Risikoabschätzung erfolgt über den evaluierten FINDRISK [6] und wird in einer webbasierten Form ausschließlich über KV-SafeNet eingesetzt. Der Test lässt sich in den Praxisalltag einfach einbinden und ist leicht durchführbar. Es werden einfache biometrische Daten ausgewertet: Alter, Geschlecht, Body-Mass-Index (BMI), Taillenumfang sowie Antworten auf Fragen zu Ernährungsweise (Zielgröße Ballaststoffverzehr), Bewegung im Alltag, erhöhte Blutglukosewerte in der Vorgeschichte (z.B. Gestationsdiabetes), zur Einnahme von Antihypertensiva und zur familiären Diabetesdisposition. Ab einem FINDRISK-Score von 12 erfolgt die automatische Randomisierung der Teilnehmer in eine Interventions- oder Kontrollgruppe (siehe Abbildung 1).

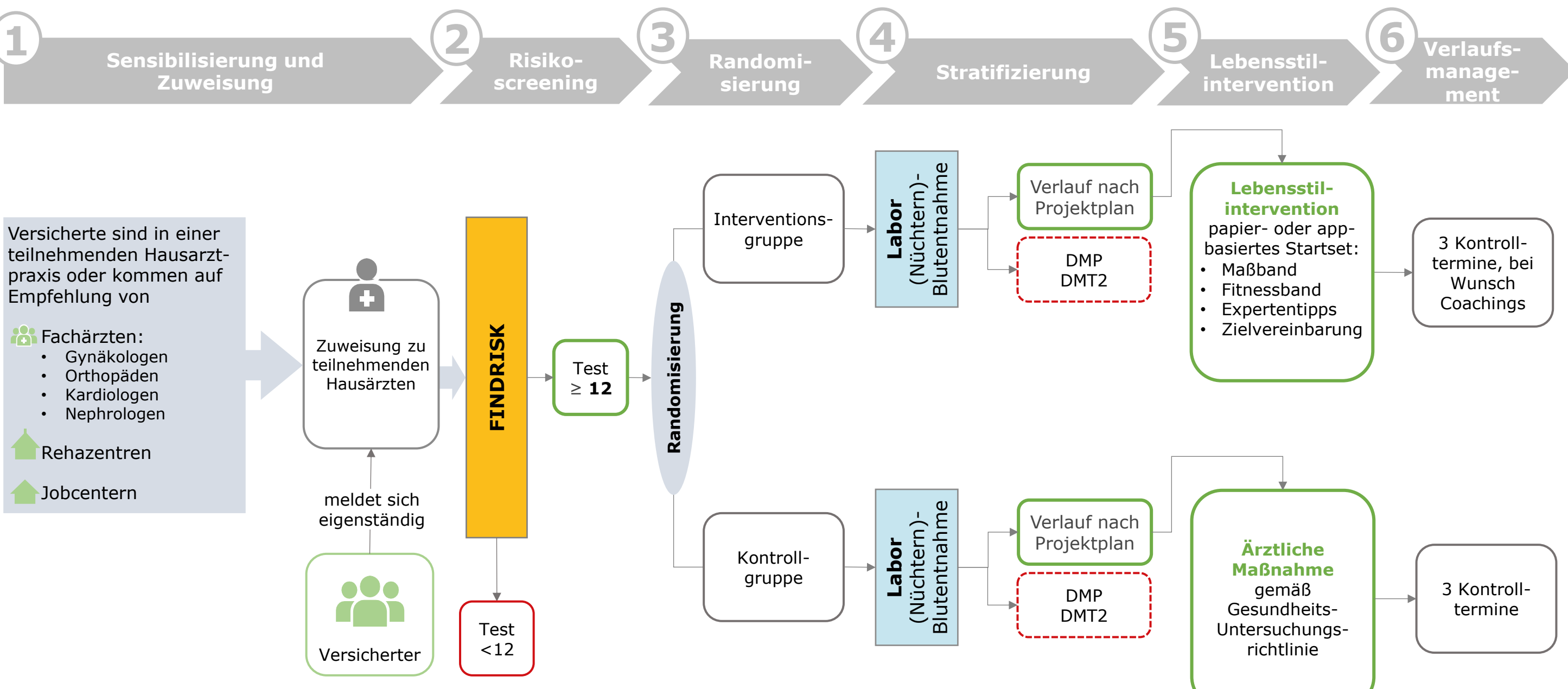


Abbildung 1 – Ablaufschema Dimini-Programm.

Quelle: Dimini Konsortium.

Niedrigschwellige Lebensstilintervention

Die **Interventionsgruppe** erhält die – auf eine Zielvereinbarung gestützte – dreimonatige Lebensstilintervention Dimini. Je nach Risikoscore enthält diese individuell angepasste, leicht verständliche Informationen und Maßnahmen. Die Teilnehmer erhalten das Dimini-Startset (papierbasiert oder als App) und werden über das Programm und die Nutzung aufgeklärt. Das papierbasierte Startset (siehe Abbildung 2) und die App (siehe Abbildung 3) enthalten folgende Inhalte:

- Gesundheits-, Ernährungs- und Bewegungsinformationen,
- Ernährungsliste mit detaillierten Informationen zu Mahlzeitgröße, Energie-, Zucker- und Fettgehalt,
- Ernährungs- und Bewegungstagebuch,
- Taillenmaßband,
- Pedometer und
- Fitnessband mit Übungsposter.

Kontakt: Dr. Monika Schliffke; vorstand@kvsh.de

Die App als innovatives Element soll durch die individuelle Nutzerapplikation die Compliance zur Verhaltensänderung in erhöhtem Maße steigern und langfristig aufrechterhalten. Die Behandlung der **Kontrollgruppe** erfolgt gemäß der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien [7] für drei Monate.

Verlaufskontrolle

Um den Versicherten der Interventionsgruppe nach Abschluss der Intervention engmaschig zu betreuen sowie eine kontinuierliche Kommunikation und Motivation sicherzustellen, erfolgen drei Follow-up-Termine sowie jeweils ein Coaching-Termin zwischen den Follow-ups. Für die Kontrollgruppe werden lediglich drei Kontrolltermine vereinbart. Für die Durchführung der Coachings wurde ein Praxismanual entwickelt.



Abbildung 2 – Ausgewählte Inhalte des Dimini-Startsets (papierbasiert).

Quelle: Dimini Konsortium.

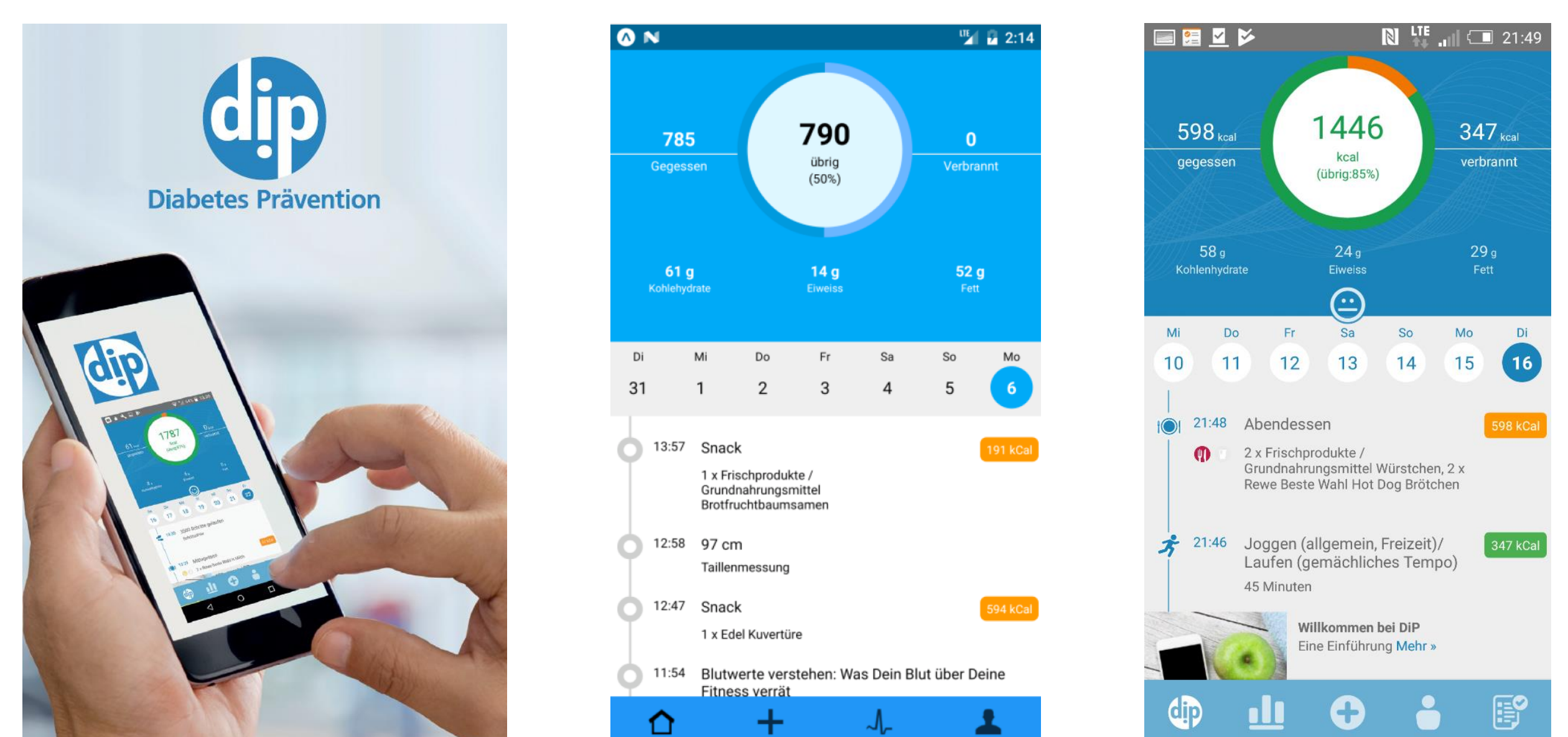


Abbildung 3 – App des Dimini-Startsets.

Quelle: cto medulife gmbh.

Weitere innovative Komponenten

Die Hausärzte und das nichtärztliche Personal werden als Voraussetzung für die Teilnahme geschult (z.B. hinsichtlich der Prävention des DMT2, Gesundheitskompetenz, Inhalte und Ablauf der Evaluation). Zur Entlastung des Arztes können Aufgaben an nichtärztliches Personal delegiert werden (z.B. administrative Tätigkeiten, Datenerfassung und Dokumentation). Als weitere wesentliche Innovation wird anstatt einer papierbasierten eine elektronische Dokumentation für teilnehmende Hausärzte eingeführt in Form einer digitalen Prozesskette von der Risikoscore-Berechnung über die Erfassung der standardisierten Dokumentationsbögen bis hin zur automatischen Bereitstellung der Ergebnisse an den Evaluator.

AUSBLICK: EVALUATION DES DIMINI-PROGRAMMS

Die Evaluation ist angelegt im randomisierten Interventions-Kontrollgruppendesign (siehe Abbildung 1).

Fragestellungen

1. Wie erfolgreich ist die Lebensstilintervention bei Dimini im Vergleich zum üblichen Vorgehen gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien in einem Kollektiv von Versicherten mit erhöhtem Risiko für DMT2 in Bezug auf eine primäre Prävention des DMT2?
2. Wie verändert sich die Gesundheitskompetenz bzw. das Wissen der Beteiligten (Versicherte, Leistungserbringer) in Bezug auf die Primärprävention von DMT2 durch Dimini?
3. Könnte Dimini aus Sicht der Versicherten, Leistungserbringer, nichtärztlichen Institutionen, Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen in die Regelversorgung implementiert werden?

Literatur

- [1] Icks, A., Rathmann, W., Rosenbauer, J. and Giani, G. (2005), Diabetes mellitus, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, (24), Berlin: Robert Koch-Institut (Ed.).
- [2] International Diabetes Federation (2009), IDF Diabetes Atlas, 4th ed., Brussels: International Diabetes Federation (Ed.).
- [3] Heidemann, C., Du, Y. and Scheidt-Nave, C. (2011), Diabetes mellitus in Deutschland, GBE Kompakt, 3(2), Berlin: Robert Koch-Institut (Ed.).
- [4] Schwarz, P.E.H., Landgraf, R. and Hoffmann, R. (2013), Prävention des Typ-2-Diabetes, Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2013, Berlin: diabetesDE – Deutsche Diabetes-Hilfe (Ed.), pp. 17-24.
- [5] gesundheitsziele.de (2003), Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln, Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland, Bericht, Auszug der Ergebnisse von AG 4, Köln: GVG (Ed.).
- [6] Schuppenies A, Jacobey H, Bornstein S, Schwarz P. (2006). FINDRISK - Development of a questionnaire to estimate the risk of diabetes. ERNÄHRUNGSSUMSCHAU. 53. 386.
- [7] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) (2016). Richtlinie Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie Stand: 21. Juli 2016 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten.

