



Ergebnisbericht

(gemäß Nr. 14.1 ANBest-IF)

Konsortialführung:	Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)
Förderkennzeichen:	01NVF17012
Akronym:	Dimini
Projekttitel:	Dimini – Diabetes mellitus? – Ich nicht! Aktivierung der Gesundheitskompetenz von Versicherten mit erhöhtem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 mittels Coaching in der Vertragsarztpraxis
Autoren:	Dr. Monika Schliiffke, Dr. Franziska Püschner, Silke Utz
Förderzeitraum:	1. Juni 2017 – 30. November 2020

- 1. Zusammenfassung 4
- 1.1. Hintergrund..... 4
- 1.2. Methodik..... 4
- 1.3. Ergebnisse..... 4
- 1.4. Diskussion/Schlussfolgerung 4
- 2. Beteiligte Projektpartner..... 5
- 3. Einleitung..... 5
- 3.1. Ausgangslage des Projekts 5
- 3.2. Ziele und Fragestellungen des Projekts 6
- 3.3. Projektstruktur 8
- 4. Projektdurchführung 9
- 4.1. Neue Versorgungsform..... 9
- 4.2. Rechtsgrundlage..... 11
- 4.3. Maßnahmen zur Implementierung 11
- 5. Methodik..... 12
- 5.1. Ein- und Ausschlusskriterien..... 12
- 5.2. Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung..... 12
- 5.2.1. Rekrutierung und Qualifikation der Leistungserbringer 13
- 5.2.2. Rekrutierung der Versicherten..... 13
- 5.2.3. Rekrutierung für die qualitative Befragung..... 14
- 5.3. Studiendesign 14
- 5.3.1. Randomisierung 15
- 5.3.2. Verblindung 15
- 5.3.3. Stichprobenumfang und Fallzahlberechnung..... 15
- 5.3.3.1. Quantitative Erhebung 15
- 5.3.3.2. Qualitative Erhebung 15
- 5.4. Datenerhebung..... 17
- 5.4.1. Erhebungsmethodik 17
- 5.4.1.1. Quantitative Erhebung 17

5.4.1.2. Methodik der Fokusgruppen	17
5.4.1.3. Methodik der telefonischen Einzelinterviews.....	17
5.4.2. Erhebungsinstrumente und Zeitpunkte.....	17
5.5. Auswertungsstrategien und Drop-out-Analysen	18
6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen	21
6.1. Beschreibung der Studienpopulation	21
6.2. Analyse des primären Endpunktes Körpergewicht.....	24
6.3. Risikoscreening	26
6.4. Gesundheitskompetenz der Dimini-Teilnehmenden.....	27
6.5. Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Dimini-Ärztinnen und -Ärzte.....	28
6.6. HbA1c-Wert.....	28
6.7. Taillenumfang	29
6.8. Körperliche Aktivität.....	29
6.9. Ernährungsverhalten	30
6.10. Lebensqualität.....	31
6.11. Individuelle Zielerreichung.....	31
6.12. Risikowahrnehmung.....	32
6.13. Programmadhärenz	33
6.14. Zugangswege zur Intervention	33
6.15. Qualitative Komponente der Evaluation	34
6.16. Limitationen der Studie.....	37
7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung.....	38
8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen.....	40
9. Anlagen	43

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Konsortiumsaufbau	8
Abbildung 2: Konsortium – Partner in Hessen und Schleswig-Holstein.....	9
Abbildung 3: Ablauf des Dimini Programms bzw. Übersicht des Evaluationsdesigns	10
Abbildung 4: Studiendesign der Evaluation von Dimini.	14
Abbildung 5: Studienpopulation von Dimini (CONSORT Flussdiagramm).....	21
Abbildung 6: Studieneinschluss aller Teilnehmenden.....	22
Abbildung 7: Gewichtsverlauf der Dimini-Teilnehmenden.....	26

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner.....	5
Tabelle 2: Abgrenzung zu RV und Selektivvertrag aha!2.0.....	9
Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien der Versicherten	12
Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien der Ärzte.....	12
Tabelle 5: Geplante Anzahl an Fokusgruppen und telefonischen Interviews	16
Tabelle 6: Ausschnitt über die zu erhebenden Daten, Erhebungsinstrumente und -zeitpunkte	18
Tabelle 7: Beschreibung der Risikopopulation zur Baseline (t ₀).....	24
Tabelle 8: Entwicklung der Verteilung des Gewichts und des BMI.....	26
Tabelle 9: Dimensionen des RE-AIM-Modells bezogen auf Dimini	34
Tabelle 10: Fallzahlen und dazugehörige Erhebungsmethode der qualitativen Evaluation ...	34

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Bericht das generische Maskulinum verwendet, die Personenbezeichnungen sollen jedoch alle Geschlechter gleichermaßen ansprechen.

1. Zusammenfassung

1.1. Hintergrund

Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2) stellt eine der häufigsten chronischen Erkrankungen dar. Jedes Jahr werden etwa 500.000 Neuerkrankungen an Diabetes diagnostiziert, der größte Teil davon in Hausarztpraxen. Zudem ist DMT2 ein Wegbereiter für viele andere Krankheiten und wird nicht selten erst dann diagnostiziert, wenn z.B. ein akuter Herzinfarkt oder Nervenschmerzen auf Grund einer diabetischen Polyneuropathie auftreten. Das vom Innovationsfonds geförderte Programm Dimini – Diabetes mellitus? Ich nicht! zielte daher zum einen mittels einem standardisierten, flächendeckenden Screening auf die frühzeitige Identifizierung von Menschen ab, die ein erhöhtes Risiko haben, innerhalb der nächsten zehn Jahre an DMT2 zu erkranken. Zum anderen sollten durch die Lebensstilintervention Dimini die individuellen Ressourcen und die Gesundheitskompetenz der Risikopersonen gestärkt werden, um nachhaltige Veränderungen zu erreichen, die verhaltenspräventiv wirken. Langfristig sollten somit die Entstehung des DMT2 und dessen Folgeerkrankungen verhindert bzw. hinausgezögert werden.

1.2. Methodik

Der Evaluation von Dimini lag eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT) zugrunde. 236 Ärzte aus Hessen und Schleswig-Holstein schrieben insgesamt 3.349 Versicherte ein, wovon 1.171 durch das FINDRISK^{®1}-Screening als Risikopersonen identifiziert und zufällig in die Interventionsgruppe (IG) oder Kontrollgruppe (KG) randomisiert wurden. Die Teilnehmer der IG erhielten die Lebensstilintervention Dimini und wurden in einer Interventionsphase sowie weiteren Terminen nach 3, 9 und 15 Monaten (optional zusätzlich auch nach 6 und 12 Monaten) engmaschig betreut. Die Teilnehmer der KG erhielten die in der Regelversorgung (RV) gemäß Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien üblichen Maßnahmen und wurden nach 3, 9 und 15 Monaten zu Kontrolluntersuchungen bestellt. Die quantitative Datenauswertung erfolgte mit dem für diese Zwecke geeigneten statistischen Analyseprogramm R[®]. Die qualitativ erhobenen Daten aus Einzelinterviews und Fokusgruppe wurden verbatim transkribiert und nach vorher festgelegten Kriterien inhaltsanalytisch unter Einsatz des qualitativen Datenanalyseprogramms MAXQDA ausgewertet.²

1.3. Ergebnisse

521 der Teilnehmenden hatten ein mittleres Risiko, 552 ein hohes Risiko und 97 ein sehr hohes Risiko, in den nächsten zehn Jahren an DMT2 zu erkranken. In Rahmen des Risikoscreenings wurden 70 Personen als Diabetiker diagnostiziert. 43 Prozent der Teilnehmer brachen die Studie ab. Die Dimini-Teilnehmenden konnten ihr Gewicht, ihren BMI und ihren Taillenumfang im Studienverlauf signifikant reduzieren. Sportliche Betätigung und die Nutzung des Startsets trugen zu einer erfolgreichen Gewichtsabnahme bei.³

1.4. Diskussion/Schlussfolgerung

Die Ergebnisse zeigen, dass mittels eines einfach durchzuführenden, standardisierten Screenings viele Personen mit mittlerem und hohem Risiko, an DMT2 zu erkranken, identifiziert werden können, die in der RV nicht oder erst später erkannt worden wären. Durch die Sensibilisierung der Personen für das Risiko und die Gefahren der Krankheit sowie durch die Aufklärung und (wiederholte) Anleitung zu gesunder Ernährung und Bewegung kann die Lebensstilintervention Dimini zu einem gesünderen Lebensstil und insbesondere zur Reduktion des Körpergewichts, des BMI und des Taillenumfangs beitragen.⁴

¹ FINDRISK-Evaluation 2007: Prof. Dr. Peter E. H. Schwarz, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden.

² Evaluationsbericht Kap. 3

³ Evaluationsbericht Kap. 4

⁴ Evaluationsbericht Kap. 5

2. Beteiligte Projektpartner

Institution	Verantwortlicher	Aufgaben
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH)	Dr. Monika Schliffke – Konsortialführung –	Projektentwicklung, Projektleitung I Antragstellung I Vertragspartner Vertrag § 140a SGB V I Vergütungs- & Vertragskonzeption I Abrechnung Leistungserbringer I Angebot Web-Anwendung I Ausschreibung
Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH)	Frank Dastych – Konsortialpartner –	Projektbegleitung I Beitritt Vertrag § 140a SGB V I Abrechnung Leistungserbringer
Institut für angewandte Versorgungsforschung (inav) GmbH	Dr. Franziska Püschner – Konsortialpartner –	Erstellung des Evaluationskonzeptes I Durchführung der Datenauswertung I Support Antragsstellung I Projektentwicklung & -begleitung
docevent GmbH	Dr. med. Carsten Petersen – Konsortialpartner –	Ideengeber & Projektentwicklung I Support bei Evaluationskonzept I ärztl. Programmleiter I Leitung Studien-Büro (docevent)
AOK NORDWEST	Thomas Haeger – Konsortialpartner –	Vertragspartner Vertrag § 140a SGB V I Vergütungs- & Vertragskonzeption I Projektentwicklung & -begleitung I Ausschreibung(en)
BARMER GEK Landesvertretung Schleswig-Holstein	Thomas Wortmann – Konsortialpartner –	
DAK-Gesundheit Vertragsgebiet Schleswig-Holstein	Cord-Eric Lubinski – Konsortialpartner –	
Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Schleswig-Holstein	Dr. Johann Brunkhorst – Konsortialpartner –	
AOK Hessen	Dr. Isabella Erb-Herrmann – Konsortialpartner –	
Deutsche Diabetes Gesellschaft e.V. (DDG)	Prof. Dr. Baptist Gallwitz – Kooperationspartner –	Wissensch. Beratung I Unterstützung Rekrutierung Leistungserbringer
Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation e.V. (DGPR)	Dr. med. Manju Guha – Kooperationspartner –	Unterstützung durch Rekrutierung Reha-Zentren
Bundesagentur für Arbeit	Torsten Brandes – Kooperationspartner –	Unterstützung durch Rekrutierung Jobcenter in gemeinsamer Einrichtung und Agenturen für Arbeit
MSD SHARP & DOHME GMBH (MSD)	Dr. Jutta Wendel-Schrief – Kooperationspartner –	Unterstützung bei: Projektentwicklung & -begleitung I Erstellung des Evaluationskonzeptes I Schnittstellenmanagement I Vertragspartner bei Vertrag § 140a SGB V

Tabelle 1: Beteiligte Projektpartner

3. Einleitung

3.1. Ausgangslage des Projekts

Mit weltweit etwa 463 Millionen Betroffenen stellt Diabetes mellitus aktuell eine der häufigsten chronischen Erkrankungen dar. Es wird davon ausgegangen, dass diese Zahl bis zum Jahr 2045 auf 700 Millionen Erkrankte ansteigen wird.⁵ 90 % bis 95 % aller Diabeteserkrankungen sind vom Typ 2⁶. In Deutschland liegt die Prävalenz des DMT2 unter den Erwachsenen bei

⁵ International Diabetes Federation, 2019

⁶ Icks et al., 2005; International Diabetes Federation, 2015

etwa sieben bis acht Prozent⁷. Entsprechend weisen mindestens 6,9 Mio. Menschen einen dokumentierten DMT2 auf⁸. Zusätzlich wird eine Dunkelziffer von mindestens zwei Mio. Menschen angenommen, die eine unbekannte bzw. nicht diagnostizierte DMT2-Erkrankung haben⁹. Zukünftig wird es laut Experten zu einem weiteren Anstieg der Diabetesprävalenz kommen. So gehen Schätzungen von einem Anstieg auf bis zu zwölf Mio. Erkrankte für das Jahr 2040 aus¹⁰.

DMT2 stellt eine Resistenz gegen die Insulinaufnahme dar und ist häufig die Folge einer Insulinüberproduktion. Eine solche Resistenz kann bedingt sein durch nicht-modifizierbare Risikofaktoren wie Alter, Geschlecht und familiäre Vorbelastung, aber auch durch modifizierbare Risikofaktoren. Zu den wichtigsten modifizierbaren Risikofaktoren gehören Übergewicht, physische Inaktivität und eine ungesunde Ernährung¹¹.

Dauerhaft erhöhte Blutzuckerwerte bei DMT2-Patienten können zu Begleit- und Folgeerkrankungen führen. In den meisten Industrieländern ist Diabetes mellitus eine der häufigsten Ursachen für kardiovaskuläre Erkrankungen, Erblindung, Nierenversagen und Amputationen der unteren Extremitäten¹². Nicht zu vernachlässigen sind zudem psychische Probleme, die mit dem Diabetes einhergehen können¹³. Ferner führt DMT2 zu Einschränkungen der Lebensqualität und der Lebenserwartung¹⁴.

Um präventive Maßnahmen anbieten zu können, müssen Risikopersonen frühzeitig identifiziert werden. Zur Identifizierung von Personen mit erhöhtem Diabetesrisiko stehen verschiedene Ansätze zu Verfügung: So wurden beispielsweise Fragebögen zur Diabetes-Risiko-Messung entwickelt und validiert (z. B. FINDRISK®-Fragebogen).

Die Evidenzlage in Bezug auf präventive Maßnahmen zeigt, dass Gewichtsreduktion (bei übergewichtigen Personen), eine Erhöhung der physischen Aktivität sowie eine Umstellung auf eine ballaststoffreiche und fettarme Ernährung präventiv wirken können¹⁵.

Bei der Implementierung von Lebensstilinterventionen zeigen sich in der Literatur¹⁶ ein hausärztliches Setting, eine hochfrequente Teilnehmerbetreuung, eine individuelle Zielsetzung und ein Selbstmonitoring als effizient. Der Erfolg von Lebensstilinterventionen ist außerdem davon abhängig, ob bedarfsgerechte und auf die individuelle Gesundheitskompetenz der Teilnehmenden abgestimmte Präventionsangebote verfügbar und über verschiedene Zugangswege erreichbar sind¹⁷.

3.2. Ziele und Fragestellungen des Projekts

In erster Linie geht es bei Dimini darum, die Entwicklung eines DMT2 bei Erwachsenen mit erhöhtem Risiko zu verhindern oder zu verzögern. Das klingt recht einfach, kann aber mit Frustration bei allen Beteiligten verbunden sein. So sagte der Arzt und Journalist Dr. med. Eckart von Hirschhausen in einem Interview: „Der größte Hebel, den man als Arzt hat, sind keine Medikamente oder Operationen und künstlichen Gelenke: Die Königsdisziplin ist dazu beizutragen, dass jemand seinen Lebensstil ändert“¹⁸.

⁷ Heidemann et al., 2016; Jacobs und Rathmann, 2017

⁸ Rosenbauer et al., 2019; Tönnies et al., 2019

⁹ International Diabetes Federation, 2015; Tamayo et al., 2014

¹⁰ Jacobs und Rathmann, 2017; Tönnies et al., 2019

¹¹ Chen et al., 2012; International Diabetes Federation, 2015

¹² International Diabetes Federation, 2015

¹³ Semenkovich et al., 2015

¹⁴ Icks et al., 2005; Paprott et al., 2017; Schunk et al., 2012

¹⁵ Gillett et al., 2012; Lindström et al., 2010

¹⁶ Aziz et al., 2015; Costa et al., 2012; Kosaka et al., 2005; Lindström et al., 2010

¹⁷ Schwarz, 2012

¹⁸ SHZ 12/2017

Verhaltens-Prävention bei DMT2 ist möglich – das haben mehrere unabhängige Untersuchungen gezeigt¹⁹. Durch recht einfach umsetzbare Lebensstilveränderungen kann bei Menschen mit Vorstufen von DMT2 der Ausbruch der Erkrankung verzögert oder gar verhindert werden.

Das Risiko, an DMT2 zu erkranken, lässt sich durch Fragebögen ermitteln, die ohne große Umstände auszufüllen sind. Einer dieser Tests heißt „FINDRISK[®]“, ein weiterer „DIFE – DEUTSCHER DIABETES-RISIKO-TEST[®]“ (DRT). Ein passender Zeitpunkt für die Durchführung eines Diabetes-Risikotests kann z.B. die Gesundheitsuntersuchung („check-up“) sein.

Die zweite Fragestellung bei Dimini betrifft die Gesundheitskompetenz. Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen. Es soll untersucht werden, ob sich diese Kompetenz durch einfache Maßnahmen verbessern lässt, z.B. durch eine Beratung in der Hausarztpraxis für Menschen, die ein hohes Risiko für DMT2 oder bereits eine Vorstufe, den sogenannten Prädiabetes, haben.

Die hausärztlichen Praxen üben bei der Behandlung und Betreuung von Versicherten mit DMT2 eine entscheidende Funktion aus. Für die meisten Versicherten ist ihr Hausarzt der wichtigste Ansprechpartner für Fragen zur Gesundheit. Hausärztliche Praxen leisten einen überaus wichtigen Anteil an der Behandlung der DMT2-Diabetiker in Deutschland.

Im Rahmen des Projekts sollte daher zum einen untersucht werden, ob Personen, die ein Risiko haben, an DMT2 zu erkranken, im Rahmen des Dimini-Programms erfolgreich identifiziert werden und zum anderen, ob die Lebensstilintervention Dimini eine langfristige, verhaltenspräventivwirksame Veränderung bei den Risikopersonen erreichen konnte.

Aus den Zielen von Dimini lassen sich die folgenden Forschungsfragen ableiten, die auf der Basis eines kontrollierten Designs untersucht und entsprechend ihrer Relevanz in primäre und sekundäre Fragestellungen gegliedert werden (siehe auch Evaluationsbericht Kap. 3.2).

Primäre Fragestellung

- F1. Welchen Einfluss hat die Lebensstilintervention Dimini auf das **Körpergewicht** der Dimini-Teilnehmenden in der IG und der KG?

Sekundäre Fragestellungen

- F2. Können Personen mit erhöhtem Risiko für DMT2 durch das Risikoscreening identifiziert werden?
- F3. Erhöht sich die Gesundheitskompetenz der Dimini-Teilnehmenden in der IG im Vergleich zur KG?
- F4. Erhöht sich die Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Dimini-Ärztinnen und Ärzte im Verlauf der Lebensstilintervention Dimini?
- F5. Kann der HbA1c-Wert der Dimini-Teilnehmenden in der IG im Vergleich zur KG gesenkt werden?
- F6. Reduziert sich der Taillenumfang der Dimini-Teilnehmenden in der IG im Vergleich zur KG?
- F7. Erhöht sich das Bewegungsverhalten der Dimini-Teilnehmenden in der IG im Vergleich zur KG?
- F8. Verbessert sich das Ernährungsverhalten der Dimini-Teilnehmenden in der IG im Vergleich zur KG?
- F9. Verbessert sich die Lebensqualität der Dimini-Teilnehmenden in der IG im Vergleich zur KG?

¹⁹ Diabetes Prevention Program Research Group, 2002; Saito et al., 2011; Tuomilehto et al., 2001; Hemmingsen et al., 2017

F10. Können die zum Interventionsbeginn individuell gesetzten Ziele in der Interventionsgruppe erreicht werden?

Explorativ sollten die folgenden Fragen beantwortet werden:

- (1) Wie viele Arztpraxen beteiligen sich an Dimini und unterscheiden sich diese im Hinblick auf ihre Performance?
- (2) Welchen Einfluss hat die Lebensstilintervention auf den Body Mass Index (BMI)?
- (3) Können durch das Risikoscreening und die anschließende Labordiagnostik unentdeckte DMT2-Fälle identifiziert werden?
- (4) Wie unterscheidet sich die subjektive von der objektiven Risikowahrnehmung der Risikopersonen?
- (5) Inwiefern werden die Bestandteile der Lebensstilintervention in Anspruch genommen?
- (6) Wie werden die Versicherten auf die Möglichkeit der Teilnahme am Dimini-Programm aufmerksam?
- (7) Lässt sich Dimini aus Sicht der Risikopersonen der Interventionsgruppe, der Leistungserbringer, der nicht-ärztlichen Institutionen sowie der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgreich in die Regelversorgung implementieren?

Die Bearbeitung der dargestellten Fragestellungen erfolgt anhand von konkreten Arbeitshypothesen, die durch entsprechende Analysen entweder bestätigt oder abgelehnt werden können (siehe Kapitel 6 und Evaluationsbericht Kap. 3.3). Die explorativen Fragestellungen wurden im Rahmen der Projektevaluation nicht konfirmatorisch anhand einer Hypothese untersucht.

3.3. Projektstruktur

Das Projekt Dimini wurde als Konsortialprojekt unter der Führung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) durchgeführt.

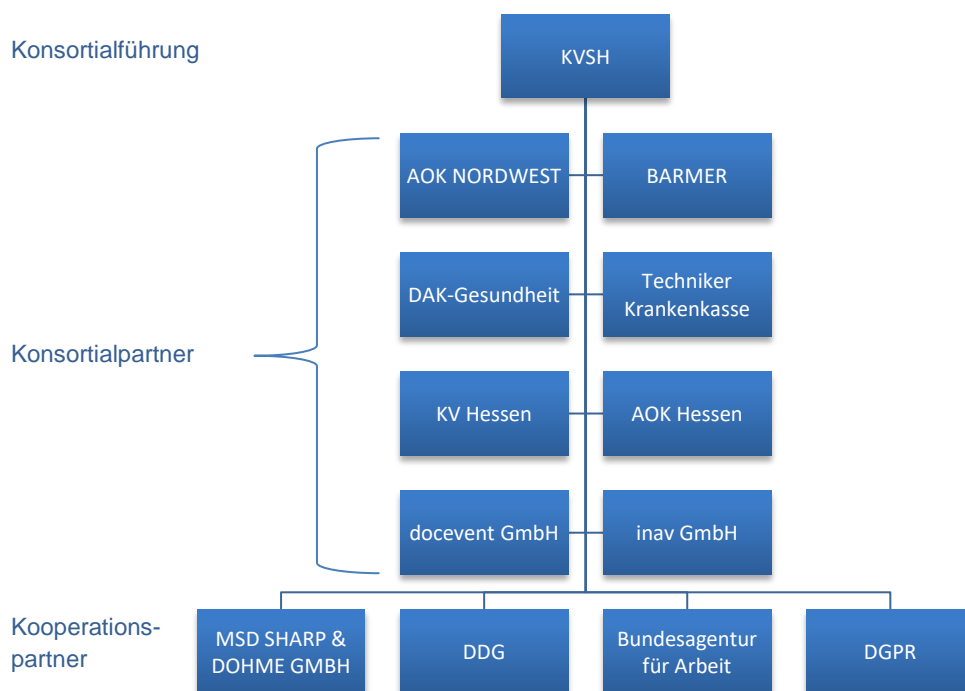


Abbildung 1: Konsortiumsaufbau

Konsortialpartner waren – für die Umsetzung in Schleswig-Holstein – die AOK NORDWEST, die BARMER, die DAK-Gesundheit und die Techniker Krankenkasse. Konsortialpartner in

Akronym: Dimini

Förderkennzeichen: 01NVF17012

Hessen waren die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KV Hessen) und die AOK Hessen. Hinzu kamen – für beide Bundesländer – die Konsortialpartner docevent GmbH (docevent) und inav GmbH (inav) sowie die Kooperationspartner MSD SHARP & DOHME GMBH (MSD), Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Bundesagentur für Arbeit und die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation (DGPR).



Abbildung 2: Konsortium – Partner in Hessen und Schleswig-Holstein

Zur Vorbereitung und Begleitung des Projektes fanden regelmäßige Projektmeetings statt, an denen – unter Leitung der Konsortialführung – Vertreter aller Konsortialpartner sowie MSD teilnahmen. Die hessischen Partner nahmen meist via Telefon- bzw. Videoschleife teil. Die Kooperationspartner DDG, Bundesagentur für Arbeit und DGPR beteiligten sich insbesondere in der Phase der Projektvorbereitung via Telefonschleife an den Meetings und wurden stets mittels Protokoll über den Verlauf der Sitzungen informiert. Neben den Projektmeetings fand eine enge Zusammenarbeit der Partner zu den einzelnen Arbeitspaketen statt, die – neben Telefonkonferenzen und E-Mail-Austausch – durch eine gemeinsam genutzte Plattform (microfocus vibe) unterstützt wurde. Entscheidungen wurden gemeinsam im Konsortium getroffen.

4. Projektdurchführung

4.1. Neue Versorgungsform

Das Versorgungsprogramm wurde und wird in dieser standardisierten, strukturierten und umfangreichen Form weder in der RV noch in bestehenden Selektivverträgen umgesetzt (siehe Tabelle 2).

Leistungen, Strukturen, Prozesse	RV	aha!2.0 (2014-2016)	Dimini
Facharztgruppen- & sektorenübergreifende Sensibilisierung	(-)	(-)	X
Institutionsübergreifende Sensibilisierung	(-)	(-)	X
Vermittlung an den Hausarzt	(-)	(-)	X
Einsatz digitaler FINDRISK	(-)	(-)	X
Elektronische Dokumentation	(-)	(-)	X
Delegation	(-)	(x)	X
Laboruntersuchung	X	(x)	X (Abrechnung über RV)
Zielvereinbarung	(-)	X	X
aha!-Startset (papierbasiert)	(-)	(x)	X
aha!-Startset (aha!-App)	(-)	(-)	X
Zwischencoachings	(-)	(-)	X
Schulung der Ärzte & des nicht-ärztlichen Personals	(-)	(-)	X

(-) nicht umgesetzt, (x) teilweise umgesetzt, X umgesetzt

Tabelle 2: Abgrenzung zu RV und Selektivvertrag aha!2.0 (1.7.14 - 31.12.16), Innovationspotential des Versorgungsprogramms

Dimini richtete sich an Versicherte der am Projekt teilnehmenden KVen mit Übergewicht/Adipositas, geringer körperlicher Aktivität, bekannter familiärer Disposition für DMT2 sowie anamnestisch erhöhtem Glukosewert. Das Programm wurde flächendeckend in zwei KV Regionen (ländlicher Raum, Metropolregion) ausgerollt, um die Übertragbarkeit in die RV bzw. auf bestehende Versorgungsstrukturen deutschlandweit aufzuzeigen. Neben Hausarztpraxen, welche die Lebensstilintervention durchführten, wurden neue Zugangswege für die Sensibilisierung der Versicherten für das Thema DMT2 genutzt: über Reha-Zentren, Gynäkologen, Orthopäden und Kardiologen sowie Arbeitsagenturen und Jobcenter. Hausarztpraxen, welche das Risiko-Screening und die Lebensstilintervention durchführen („Coaching-Praxen“), mussten vor der Teilnahme ein eLearning mit anschließendem Wissenstest absolvieren. In den Coaching-Praxen konnten – je nach Ermessen des teilnehmenden Arztes – Leistungen des Programms auch an nichtärztliche Mitarbeiter (z.B. Medizinische Fachangestellte (MFA)) delegiert werden.

Das Programm gliedert sich in sechs Module:

Modul 1: Sensibilisierung und Zuweisung

Es erfolgt eine institutions-, sektoren- und fachgruppenübergreifende Ansprache (Sensibilisierung) der potentiellen Risikopersonen. Die Sensibilisierung kann zum einen bei Gynäkologen, Orthopäden und Kardiologen, Reha-Zentren sowie Jobcentern und Arbeitsagenturen stattfinden, zum anderen auch bei Hausärzten, die die Intervention selbst durchführen („Coaching-Arzt“). Die Risikopersonen werden über das Projekt, die Evaluation, den Datenschutz und den FINDRISK® aufgeklärt. Findet die Sensibilisierung nicht bei einem Coaching-Arzt statt, weist der Sensibilisierer den Versicherten einem die Intervention durchführenden Coaching-Arzt zu.

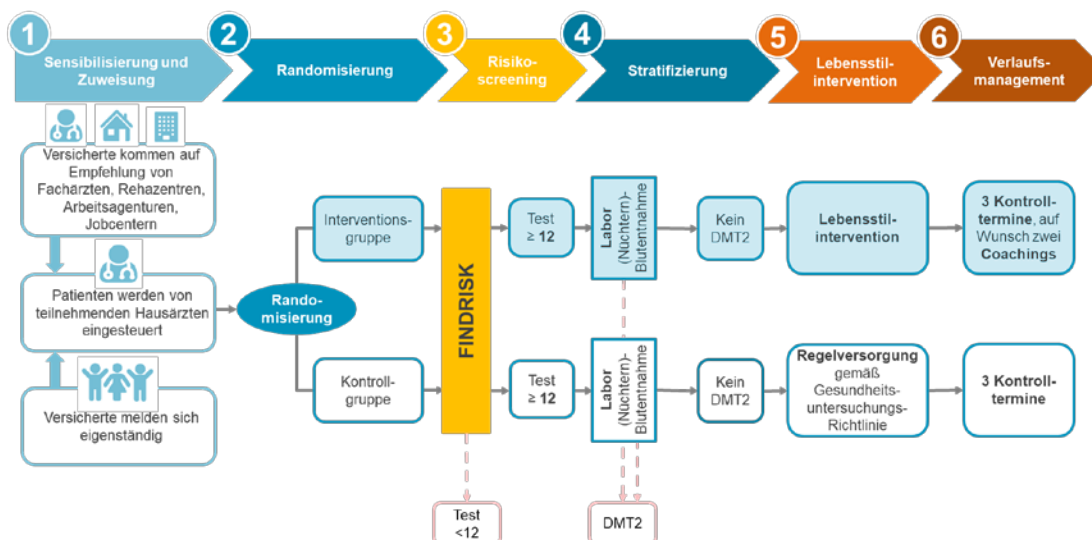


Abbildung 3: Ablauf des Dimini Programms bzw. Übersicht des Evaluationsdesigns

Module 2 bis 4: Randomisierung, Risikoscreening und Stratifizierung

Kommt der Versicherte in die Coaching-Arztpraxis, erfolgt die freiwillige Einschreibung in das Programm durch Unterzeichnung der Teilnahme-/Einwilligungserklärung, die Aufnahme in die Web-Anwendung und die Durchführung des FINDRISK®. Bei einem FINDRISK®-Ergebnis ≥ 12 wird dem Arzt elektronisch mitgeteilt, ob der Versicherte in die IG oder KG randomisiert wurde. Für Versicherte mit einem Ergebnis < 12 ist das Programm aufgrund des niedrigen Diabetes-Risikos hier bereits wieder beendet. Die Teilnehmer der IG und KG erhalten eine spezifische Labordiagnostik (HbA1c). Wird hier ein DMT2 diagnostiziert, scheidet der Versicherte aus dem Programm aus und kann am DMP DMT2 teilnehmen.

Modul 5: Lebensstilintervention

Die IG erhält die auf eine Zielvereinbarung gestützte dreimonatige Lebensstilintervention, die je nach Risikoscore individuell angepasste, leicht verständliche Informationen und Maßnahmen enthält. Die Teilnehmer erhalten ein Startset (optional papierbasiert oder als App) und werden über die Nutzung des Startsets bzw. der App aufgeklärt. Inhalte sind zum Beispiel ein Ernährungs- und Bewegungstagebuch sowie eine Lebensmittelliste mit niedrigschwelligen und intuitiven Informationen zu Lebensmitteln. Ausgehändigt werden außerdem ein Theraband, ein Maßband und ein Pedometer. Speziell für die Hochrisikopersonen in der IG wurde die Teilnahme an einem PRAEDIAS®-Kurs (Prävention des Diabetes – selbst aktiv werden!) empfohlen.

Modul 6: Verlaufsmanagement

Im Anschluss an die dreimonatige Interventionsphase werden die Versicherten der IG engmaschig betreut. Eine kontinuierliche Kommunikation 3, 9 und 15 Monate nach Studienbeginn soll dabei die Motivation sowohl zur Compliance als auch zur Zielerreichung sicherstellen. Darüber hinaus haben die Teilnehmenden der IG die Möglichkeit, zwischen diesen Kontrollterminen weitere ärztlich gestützte persönliche oder telefonische Coachings nach 6 und 12 Monaten zu erhalten. Die Teilnehmenden der KG werden lediglich zu den drei Kontrollterminen einbestellt, in denen die für die Studie erforderlichen Daten erhoben werden.

4.2. Rechtsgrundlage

Die neue Versorgungsform wurde auf Basis eines Vertrags²⁰ nach § 140a SGB V in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen durchgeführt. Vertragspartner waren die AOK NORDWEST, die AOK Hessen, die BARMER, die DAK-Gesundheit, die Techniker Krankenkasse, die Kassenärztlichen Vereinigungen Schleswig-Holstein und Hessen, die docevent GmbH sowie die MSD SHARP & DOHME GMBH, unter Beteiligung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankungen e.V. und der Deutschen Diabetes Gesellschaft.

Die Dimini-Gesundheitsleistungen wurden – wie im Selektivvertragsbereich üblich – zwischen KV und Kassen verhandelt.

4.3. Maßnahmen zur Implementierung

Zur Information der Ärzte über das Projekt wurden potenzielle Teilnehmer über die KV Hessen und die KVSH informiert (siehe auch Kap. 5.3.1).

Die Rehabilitationseinrichtungen wurden zentral über den Kooperationspartner DGPR, die Jobcenter und Arbeitsagenturen an den entsprechenden Standorten über die Bundesagentur für Arbeit informiert.

Für allgemeine Fragen zum Programm seitens der Teilnehmer wurde eine Hotline bei der docevent GmbH eingerichtet, an die sich Ärzte und Versicherte gleichermaßen telefonisch, via E-Mail, Kontaktformular auf dimini.org sowie auch per Fax wenden konnten. Für Fragen zum KVSH-Webportal stand den Ärzten die Telematik-Hotline der KVSH zur Seite.

Da aufgrund der begleitenden Studie ein hoher Dokumentationsaufwand von den Coaching-Praxen abverlangt werden musste, wurde ein Dimini-Newsletter zur regelmäßigen Information und Motivation der Coaching-Praxen initiiert. Zudem wurde die besonders interessierte Fachgruppe der Gynäkologen in Schleswig-Holstein auch von der Berufsverbandsvorsitzenden über Dimini informiert und zur Teilnahme motiviert.

Um die Praxen auch während der Corona-Phase zu motivieren, ihre Versicherten bis zum Ende des Projektes weiter zu betreuen, wurden die Coaching-Praxen durch eine Projektmitarbeiterin der KVSH telefonisch auf noch offene Fälle angesprochen.

²⁰ Siehe Anlage 8 zum Ergebnisbericht

5. Methodik

Mithilfe der Evaluation sollte zum einen untersucht werden, ob Personen, die ein Risiko haben, an DMT2 zu erkranken, im Rahmen des Dimini-Programms erfolgreich identifiziert werden. Zum anderen ging die Evaluation der Frage nach, ob die Lebensstilintervention Dimini eine langfristige, verhaltenspräventivwirksame Veränderung bei den Risikopersonen erreichen konnte.²¹

5.1. Ein- und Ausschlusskriterien

Als Zielgruppe wurden Versicherte sowie Hausärzte eingeschlossen, welche die im Folgenden dargestellten Ein- und Ausschlusskriterien erfüllten (siehe Tabellen 3 und 4 sowie Evaluationsbericht Kap. 3.5.1).

Zielgruppe	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Versicherte	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alter ≥ 18 Jahre ➤ Wohnort in den teilnehmenden KV-Regionen Hessen und Schleswig-Holstein ➤ Gesetzlich krankenversichert bei teilnehmenden KVen (in Schleswig-Holstein: AOK NORDWEST, BARMER, DAK-Gesundheit und Techniker Krankenkasse, in Hessen: AOK Hessen) ➤ Vorliegende und unterzeichnete Teilnahme-/Einwilligungserklärung ➤ Vorliegen von: <ul style="list-style-type: none"> ○ Übergewicht/Adipositas ○ Geringer körperlicher Aktivität ○ Bekannter familiärer Disposition für DMT2 ○ Anamnestisch erhöhtem Glukosewert ➤ FINDRISK®-Test mit einem Score ≥ 12 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Alter < 18 Jahre ➤ Wohnort außerhalb der teilnehmenden KV-Regionen Hessen und Schleswig-Holstein ➤ Gesetzlich oder privat krankenversichert bei anderen als den teilnehmenden KVen AOK NORDWEST, AOK Hessen, BARMER, DAK-Gesundheit und Techniker Krankenkasse ➤ Fehlende unterzeichnete Teilnahme-/Einwilligungserklärung ➤ Vorliegen von: <ul style="list-style-type: none"> ○ Manifestem und bekanntem Diabetes mellitus ○ Psychiatrischen Erkrankungen ○ Schwangerschaft ➤ FINDRISK®-Test mit Scores < 12 ➤ Teilnahme an aha!2.0 ➤ Teilnahme an anderen klinischen Studien ➤ Mangelernährung ➤ Andere Gründe, die nach Einschätzung der behandelnden Ärztin bzw. des Arztes gegen eine Teilnahme an der Intervention sprechen

Tabelle 3: Ein- und Ausschlusskriterien der Versicherten

Die Operationalisierung der Einschlusskriterien Übergewicht/Adipositas, geringe körperliche Aktivität, familiäre Disposition und erhöhter Glukosewert erfolgte nach Ermessen des Arztes bzw. durch Abfrage beim Versicherten. Es gab keine konkreten cut-off Werte.

Zielgruppe	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Hausärzte (Coaching-Praxen)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Einschreibung der Hausärzte in den teilnehmenden KV-Regionen in Dimini ➤ Erfolgreiche Teilnahme an der Zugangsschulung²² ➤ Technische Voraussetzungen für die elektronische Dokumentation im Rahmen des Programms²³ 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Fehlende Einschreibung der Hausärzte in den teilnehmenden KV-Regionen in Dimini ➤ Keine Teilnahme an der Zugangsschulung ➤ Fehlende technische Voraussetzungen für die elektronische Dokumentation im Rahmen des Programms

Tabelle 4: Ein- und Ausschlusskriterien der Ärzte

5.2. Rekrutierung, Randomisierung und Verblindung

Der Evaluation von Dimini lag eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT) zugrunde. Dabei wurden die Risikopersonen zufällig in die IG oder KG randomisiert. Die IG erhielt die Lebensstilintervention Dimini und die KG die Regelversorgung entsprechend des üblichen Vorgehens gemäß Gesundheitsuntersuchungsrichtlinien.²⁴

²¹ Evaluationsbericht Kap. 3.1

²² siehe Anlage 7a

²³ KV-SafeNet und Registrierung; siehe Anlage 7i „Nutzung Webanwendung“, Seiten 4, 8 ff.

²⁴ siehe auch Evaluationsbericht Kap. 3.6 und 3.7

5.2.1. Rekrutierung und Qualifikation der Leistungserbringer

Die Hausärzte wurden über die KVen Hessen und Schleswig-Holstein rekrutiert. Die Einschreibephase begann am 1. November 2017 und endete am 30. Juni 2019.

Um möglichst viele Hausärzte in den KV-Regionen Hessen und Schleswig-Holstein für die Teilnahme an Dimini zu gewinnen, wurden mehrere Wege der Information und Bewerbung gewählt:

- Persönliches Anschreiben potenzieller Teilnehmender durch die Konsortialführung (in SH) und den Konsortialpartner KV Hessen (in Hessen)
- KV-Mitgliederzeitungen „Auf den Punkt.“ (Hessen) und „Nordlicht“ (Schleswig-Holstein)
- Pressemitteilungen
- Homepages der KVen und teilnehmenden KVen, docevent (Dimini.org)
- Vorstellung des Projektes bei Ärztenetzen in Hessen und Schleswig-Holstein
- Außendienste der Konsortialpartner AOK Hessen und AOK NORDWEST
- Außendienst des Kooperationspartners MSD
- Platzierung des Projektes auf Diabetes-Kongressen

Voraussetzung für die Durchführung der Lebensstilintervention war die Teilnahme an einer Fortbildung²⁵, in der die Hausärzte insbesondere hinsichtlich der Epidemiologie und Prävention von DMT2, des Konzepts der Gesundheitskompetenz, der Inhalte der Lebensstilintervention sowie des Ablaufs und der Evaluation von Dimini in einer Vor-Ort-Schulung oder alternativ über ein eLearning-Tool geschult wurden.

Zur Entlastung des Arztes konnten – unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Anlage 24 Bundesmantelvertrag²⁶ – Aufgaben an nicht-ärztliches Personal (MFA, Diabetesassistenten, Diabetesberater) delegiert werden. Dazu zählten je nach Qualifikation beispielsweise:

- Administrative Tätigkeiten
- Aufklärung
- Beratung
- Information
- Allgemeine Labordiagnostik
- Datenerfassung
- Dokumentation

Auf diese Weise erfolgte im Rahmen von Dimini auch eine Aufwertung der Tätigkeiten des nicht-ärztlichen Personals.

Die Fachärzte, die potenziell für die Teilnahme an Dimini infrage kommende Versicherte auf die Teilnahme am Projekt ansprechen und an einen Coaching-Arzt vermitteln sollten, wurden Anfang Dezember 2017 angeschrieben und über das Projekt informiert. Zudem erfolgte eine Information über die Mitgliederzeitschriften der KVen. Im Laufe des Projektes wurde die besonders interessierte Fachgruppe der Gynäkologen in Schleswig-Holstein auch von der Berufsverbandsvorsitzenden über Dimini informiert und zur Teilnahme motiviert.

Die Rehabilitationseinrichtungen wurden zentral über den Kooperationspartner DGPR, die Jobcenter und Arbeitsagenturen an den entsprechenden Standorten über die Bundesagentur für Arbeit über die mögliche Teilnahme informiert.

5.2.2. Rekrutierung der Versicherten

Die Versicherten, die an Dimini teilnahmen, waren in Hessen bei der AOK Hessen und in Schleswig-Holstein bei der AOK NORDWEST, der BARMER, der DAK-Gesundheit und der Techniker Krankenkasse versichert. Sie wurden über Hausärzte, über Fachärzte der Richtungen Gynäkologie, Kardiologie, Orthopädie und Nephrologie, über Reha-Zentren sowie über

²⁵ Siehe Anlage 7 Schulungsunterlagen

²⁶ GKV Spitzenverband, 2015

Arbeitsagenturen und Jobcenter rekrutiert. Die Einschreibephase der Versicherten begann am 1. Januar 2018 und endete am 30. Juni 2019.

Um die anvisierte Anzahl an Versicherten zu erreichen, erhielten die teilnehmenden Praxen Informationsmaterialien für die Versicherten (Poster, Flyer) und wurden mehrfach über spezielle Dimini-Newsletter zur Einschreibung und weiteren Betreuung ihrer Versicherten motiviert. Darüber hinaus machten Artikel in den KV-Mitgliederzeitungen und in Journalen der KVen die Versicherten auf das Projekt aufmerksam.

Aufgrund der Rekrutierungsschwierigkeiten im Rahmen der direkten Ansprache durch die Ärzte wurde ab dem 1. Juli 2018 die sogenannte MFA-Aktion gestartet. MFA, die in den teilnehmenden Praxen Versicherte rekrutierten, sie durch das Programm bis zu t_3 begleiteten und digital dokumentierten, wurden entsprechend dieser Leistung intensiv durch die KVSH begleitet, geschult und unterstützt.

5.2.3. Rekrutierung für die qualitative Befragung

Zur Rekrutierung der Interview- und Fokusgruppenteilnehmenden für die qualitative Befragung der Evaluation wurden verschiedene Wege genutzt. Zum einen wurde in einem von der KVSH an alle Dimini-Ärzte versendeten Newsletter über die bevorstehenden qualitativen Befragungen informiert und zur Teilnahme an diesen aufgerufen. Darüber hinaus wurden vereinzelt Ärzte explizit telefonisch kontaktiert und zur Teilnahme motiviert. Die Rekrutierung der MFA erfolgte über die teilnehmenden Ärzte.

Versicherte wurden im Rahmen ihrer Kontroll- und Coaching-Termine angesprochen. Weiterhin wurde sowohl auf der Dimini-Website als auch in Social-Media-Aktivitäten des Projektes über die Durchführung der qualitativen Befragung informiert. So war es möglich, auch außerhalb der ärztlichen Ansprache Versicherte für die Partizipation an den Interviews zu gewinnen.

Die Sensibilisierer wurden über die KVSH postalisch angeschrieben, die KVen und die KV Hessen erhielten per E-Mail Informationen durch den Evaluator.

Für die Teilnahme erhielten die Ärzte sowie die MFA eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 80 Euro. Die Dauer der Fokusgruppe war auf 120 Minuten angesetzt, die der Telefoninterviews auf 30 Minuten.

5.3. Studiendesign

Das Studiendesign mit den jeweiligen Erhebungszeitpunkten ist in Abbildung 4 dargestellt und wird im Folgenden beschrieben.

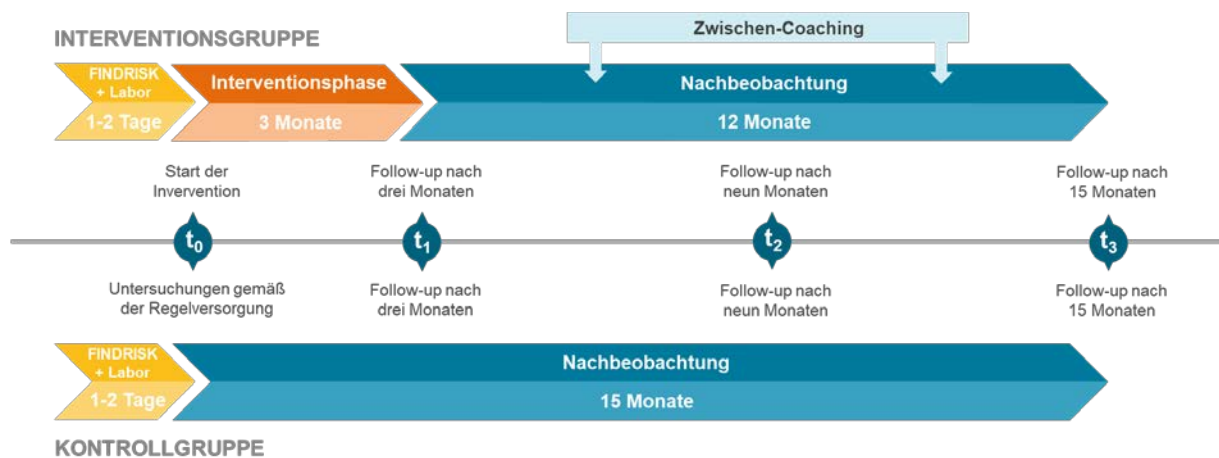


Abbildung 4: Studiendesign der Evaluation von Dimini Quelle: Eigene Darstellung inv.

5.3.1. Randomisierung

Die Randomisierung in IG und KG wurde auf individueller Teilnehmerebene in der jeweiligen Praxis der Dimini-Ärzte durchgeführt. Es erfolgte eine 1:1-Randomisierung. Die faktische Zuteilung in die beiden Gruppen fand in Echtzeit vor Durchführung des FINDRISK®-Tests statt.

Technisch erfolgte die zufällige Zuteilung über eine programmierte einfache (uneingeschränkte) Randomisierung mittels eines linearen Kongruenzgenerators nach D. H. Lehmer (1948).²⁷

5.3.2. Verblindung

Das Dimini zugrundeliegende Evaluationsdesign sieht eine einfache Verblindung vor. Während die Ärzte wussten, ob ein Versicherter in die IG oder KG randomisiert wurde, wurden die Versicherten darüber nicht informiert.²⁸

5.3.3. Stichprobenumfang und Fallzahlberechnung

5.3.3.1. Quantitative Erhebung

Das Potenzial an Hausärzten lag in beiden KV-Regionen zusammen bei 5.926. Es wurde angenommen, dass 16 % (n = 935) der Ärzte an Dimini teilnehmen.

Ziel des Projektvorhabens war es, einen statistisch signifikanten Effekt der Lebensstilintervention auf den primären Endpunkt Körpergewicht zu erzielen. Neben Parametern wie Effektgröße und Standardabweichung sowie den getroffenen Verteilungsannahmen hängt ein Nachweis der Signifikanz maßgeblich von der Anzahl der rekrutierten Studienteilnehmenden ab (Fallzahlplanung). Für das Evaluationskonzept wurde daher auf Grundlage der Ergebnisse des Vorgängerprojektes aha!2.0 eine Fallzahlabeschätzung für den primären Endpunkt durchgeführt. Darauf basierend wurde eine durchschnittliche Gewichtsabnahme in der IG von 102 kg (SD = 21 kg) auf 97 kg (SD = 20 kg) angenommen, während in der KG konstante Werte im Beobachtungszeitraum angenommen wurden. Somit ergab sich eine Effektstärke von 0,24, anhand derer die nötige Anzahl an Studienteilnehmenden bestimmt werden konnte. Ursprünglich wurde eine Power von 90 % angestrebt. Dieses erste Szenario wurde jedoch im Verlauf der Studie angepasst. Unter Annahme eines zweiseitigen Alpha-Fehlerniveaus von 5 % sowie einer Power von 80 % waren mindestens 530 Studienteilnehmende – 265 pro Gruppe – geplant, um den Effekt auf den primären Endpunkt abzusichern. Aufgrund der vergleichsweise hohen Drop-out-Rate des Vorgängerprojektes aha!2.0 wurde eine Fallzahl von insgesamt 1.325 Studienteilnehmenden als Zielwert formuliert, um auch bei einem Verlust von bis zu 60 % der zu Beginn eingeschriebenen Versicherten die Identifikation eines Effektes mit einer Power von 80 % zu ermöglichen.²⁹

5.3.3.2. Qualitative Erhebung

Mit der Auswahl der zu befragenden Akteursgruppen im Rahmen der qualitativen Erhebung sollten Einblicke in die Perspektiven der unterschiedlichsten beteiligten Gruppen gewährleistet werden. Abgebildet werden sollten die Perspektiven teilnehmender ärztlicher und nicht-ärztlicher Akteure, der Versicherten der IG sowie von KK-Mitarbeitenden und Vertretern der beteiligten KVen. Die Samplingstrategie sah zudem eine Geschlechterparität, eine gleichmäßige Verteilung auf beide Bundesländer und – im Fall der Versicherten – Personen unterschiedlicher Altersgruppen vor.

Im Hinblick auf die Ärztebefragung waren zwei Fokusgruppen mit jeweils zehn Ärzten geplant. Ziel war es, eine heterogene Gruppe aus beiden Bundesländern zu gewinnen, um auf diese Weise mögliche regionale Unterschiede berücksichtigen zu können. Im Verlauf des Projektes wurde zudem deutlich, dass den MFA im Hinblick auf die Rekrutierung und Umsetzung des

²⁷ Java-Methode: <https://docs.oracle.com/javase/8/docs/api/java/lang/Math.html#random-->

²⁸ Evaluationsbericht Kap. 3.7.3

²⁹ Evaluationsbericht Kap. 3.7.4.1

Programms eine wesentliche Rolle zukam, sodass entschieden wurde, zusätzlich eine Fokusgruppe mit sechs bis acht MFA aus beiden Bundesländern durchzuführen, um auch diese Perspektive in die Evaluation aufnehmen zu können.

Einen weiteren Bestandteil des Versorgungskonzeptes von Dimini bildete die institutions-, sektoren- und fachgruppenübergreifende Ansprache (Sensibilisierung) von potenziellen Risikopersonen und ihre Weitervermittlung an teilnehmende Arztpraxen. Nach ersten, deskriptiven Statistikanalysen wurde deutlich, dass diese Zugänge wenig bis gar nicht genutzt wurden. Daher wurde auch hier entschieden, außerplanmäßig vereinzelt telefonische Interviews mit sensibilisierenden Einrichtungen kostenneutral durchzuführen, um die Hürden der Ansprache zu beleuchten.

Ergänzend sollten Mitarbeitende der KVen und KVen sowie Versicherte stichprobenartig anhand von qualitativen, strukturierten Interviews befragt werden.

Tabelle 5 gibt einen Überblick über die geplante Anzahl an qualitativen Befragungen vor und nach den Anpassungen im Studienverlauf.

Zielgruppe	Ursprüngliche Planung	Angepasste Planung
Dimini-Hausärzte	2 Fokusgruppen (je 10 Ärzte)	
MFA	-	1 Fokusgruppe (6 bis 8 MFA)
Gynäkologen	-	2
Kardiologen	-	2
Orthopäden	-	2
Nephrologen	-	1 bis 2
Rehabilitationseinrichtungen	-	1 bis 2
Bundesagentur für Arbeit Regionaldirektion Nord	-	1
Bundesagentur für Arbeit Regionaldirektion Hessen	-	1
AOK NORDWEST	1 bis 2	
AOK Hessen	1 bis 2	
BARMER	1 bis 2	
DAK-Gesundheit	1 bis 2	
Techniker Krankenkasse	1 bis 2	
Kassenärztliche Vereinigung SH	2	
Kassenärztliche Vereinigung Hessen	2	
Versicherte SH	10	
Versicherte Hessen	10	

Tabelle 5: Geplante Anzahl an Fokusgruppen und telefonischen Interviews

Von einer konkreten Fallzahlberechnung wurde im Rahmen der qualitativen Erhebung abgesehen, da es innerhalb der qualitativen Forschung nicht um eine statistische Repräsentativität geht, sondern die inhaltliche Repräsentation der unterschiedlichen Erlebenskonzepte im Vordergrund steht.³⁰

³⁰ Evaluationsbericht Kap. 3.7.4.2

5.4. Datenerhebung

5.4.1. Erhebungsmethodik

5.4.1.1. Quantitative Erhebung

Die Erhebung der quantitativen Daten erfolgte auf unterschiedlichen Wegen. Zum einen wurden Daten durch den Coaching-Arzt oder die MFA digital dokumentiert. Zu diesen Daten gehörten u. a. das Ergebnis des FINDRISK®-Tests, die Laborergebnisse, die Nutzung des Dimini-Startsets und die Zielerreichung der Versicherten. Eine ausführliche Darstellung der digital dokumentierten Daten ist in den Anlagen 1 bis 10 des Evaluationsberichts einzusehen. Der betreuende Arzt oder das geschulte Praxispersonal dokumentierten die Angaben direkt im eigens für das Projekt entwickelten Webportal. Die Erhebung der Versichertenfragebögen erfolgte in papierbasierter Form. Die Erhebung der Gesundheitskompetenz der Ärzte erfolgte digital zu t_0 im Rahmen der eLearning-Schulung zur Qualifikation der teilnehmenden Hausärzte. Am Ende der Studie zu t_3 sollten die Ärzte die Fragen über das KVSH-Webportal beantworten. Aufgrund der mangelnden Responserate wurde jedoch zusätzlich ein papierbasierter Fragebogen direkt an die Ärzte verschickt und per Fax von diesen zurückgesandt.³¹

5.4.1.2. Methodik der Fokusgruppen

Da die Erhebung der qualitativen Komponenten der Evaluation unter weitreichenden Hygienemaßnahmen zur Eindämmung der SARS-CoV-2-Pandemie erfolgen musste, wurden die Befragungen telefonisch und die Fokusgruppen per Videokonferenz durchgeführt. Die Fokusgruppen wurden, angeleitet durch einen Moderator und eine begleitende Co-Moderatorin (beides Mitarbeiter der inav GmbH), digital mithilfe einer datenschutzkonformen Videokonferenz-Software (GoToMeeting) durchgeführt. Die digitalen Fokusgruppen wurden tonaufgezeichnet. Im Anschluss wurden die Aufnahmen verbatim transkribiert. Eventuell genannte Namen, Institutsbezeichnungen oder sonstige Informationen, die auf eine bestimmte Person oder Organisation schließen lassen, wurden pseudonymisiert, sodass eine nachträgliche Zuordnung nicht mehr möglich ist.³²

5.4.1.3. Methodik der telefonischen Einzelinterviews

Neben den Fokusgruppen wurden telefonische Einzelinterviews durchgeführt, um die Erfahrungen unterschiedlicher Akteure mit der Durchführung des Programms zu evaluieren. Dazu wurden ebenso wie für die Fokusgruppen aktorsgruppenspezifische Leitfäden entwickelt. Die Interviewleitfäden wurden pilotiert und den Ergebnissen entsprechend adaptiert. Die Durchführung der Telefoninterviews, die ebenfalls tonaufgezeichnet wurden, erfolgte durch zwei Mitarbeitende der inav GmbH. Im Anschluss an die Gespräche wurden die Aufnahmen verbatim transkribiert. Eventuell genannte Namen, Institutsbezeichnungen oder sonstige Informationen, die auf eine bestimmte Person oder Organisation schließen lassen, wurden pseudonymisiert, sodass eine nachträgliche Zuordnung nicht mehr möglich ist.³³

5.4.2. Erhebungsinstrumente und Zeitpunkte

Die unterschiedlich eingesetzten Erhebungsinstrumente und -zeitpunkte werden im Evaluationsbericht, Kapitel 3.8.2, detailliert beschrieben. Folgende Tabelle zeigt einen Ausschnitt über die zu erhebenden Daten, Erhebungsinstrumente und Erhebungszeitpunkte:

³¹ Evaluationsbericht Kap. 3.8.1.1

³² Evaluationsbericht Kap. 3.8.1.2

³³ Evaluationsbericht Kap. 3.8.1.3

Erhebungsinstrumente und erhobene Daten	t ₀ (Baseline)	t ₁	t ₂	t ₃
Arztdokumentation (Webportal der KVSH)				
Versicherten-ID	IG/KG			
Weitere Versichertendaten	IG/KG			
Rekrutierungswege	IG/KG			
FINDRISK-Test, Score	IG/KG			
Nutzung des Dimini-Startsets	IG	IG	IG	IG
Anthropometrische Daten	IG/KG	IG/KG	IG/KG	IG/KG
Soziodemografische Daten ³⁴	IG/KG			
Zielvereinbarung, Zielerreichung	IG			IG
Inanspruchnahme Coaching			IG	IG
Versichertenfragebögen				
Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16)	IG/KG			IG/KG
Diabetesspezifische Gesundheitskompetenz	IG/KG			IG/KG
Lebensqualität (SF-12)	IG/KG			IG/KG
Ernährung (FEV)	IG/KG			IG/KG
Bewegung (IPAQ)	IG/KG			IG/KG
Arztfragebogen				
Gesundheitskompetenz	Arzt ³⁵			Arzt ³⁶
Fokusgruppe, telefonische Interviews				
Umsetzung der Lebensstilintervention, Umsetzungshürden und Barrieren, Optimierungspotenzial sowie Rahmenbedingungen für die Übertragung in die Regelversorgung				IG/teilnehmende Akteure

Tabelle 6: Ausschnitt über die zu erhebenden Daten, Erhebungsinstrumente und -zeitpunkte

5.5. Auswertungsstrategien und Drop-out-Analysen

Details zur Datenauswertung und -bereinigung werden im Evaluationsbericht, Kap. 3.9 und 3.10 beschrieben.

Zur Beantwortung der primären, sekundären und explorativen Fragestellungen wurden die folgenden quantitativen Auswertungsstrategien³⁷ angewandt:

- Primäre Hypothese 1. Das Körpergewicht der Dimini-Teilnehmenden reduziert sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.
 - Auswertung: deskriptiv, Chi-Quadrat-Unabhängigkeitstest, Kruskal-Wallis-Test, Dunn's Bonferroni-Test
- Hypothese 2. Der FINDRISK-Test ermöglicht eine niedrighschwellige Identifikation von DMT2-Risikopersonen und eine Erstselektion von unentdeckten manifesten DMT2-Erkrankungen.
 - Auswertung: deskriptiv

³⁴ Nach t₀ nur, wenn sich etwas seit t₀ geändert hat.

³⁵ Die Gesundheitskompetenz aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte wurde vor t₀ (im Rahmen der Qualifizierung zur Teilnahme an Dimini) erhoben.

³⁶ Die Gesundheitskompetenz aus Sicht der Ärztinnen und Ärzte wurde zu t₃ papierbasiert erhoben.

³⁷ Evaluationsbericht Kap. 3.9.1

- Hypothese 3. Die Gesundheitskompetenz der Dimini-Teilnehmenden erhöht sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.
 - Auswertung: deskriptiv, Spearman-Korrelationen, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, Mann-Whitney-U-Test, Regressionsanalyse
- Hypothese 4. Die Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Dimini-Ärztinnen und -Ärzte erhöht sich im Verlauf der Lebensstilintervention Dimini signifikant.
 - Auswertung: deskriptiv
- Hypothese 5. Der HbA1c-Wert der Dimini-Teilnehmenden reduziert sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.
 - Auswertung: deskriptiv, Regressionsanalyse
- Hypothese 6. Der Taillenumfang der Dimini-Teilnehmenden reduziert sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.
 - Auswertung: deskriptiv, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, Regressionsanalyse
- Hypothese 7. Das Bewegungsverhalten der Dimini-Teilnehmenden erhöht sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.
 - Auswertung: deskriptiv, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, Mann-Whitney-U-Test, Regressionsanalyse
- Hypothese 8. Das Ernährungsverhalten der Dimini-Teilnehmenden verbessert sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.
 - Auswertung: deskriptiv, mittels Wilcoxon-Rangzeichen-Test, Regressionsanalyse
- Subhypothese 1. Die kognitive Kontrolle des Essverhaltens (FEV-Skala 1) steigt in der IG signifikant stärker als in der KG.
 - Auswertung: deskriptiv, mittels Wilcoxon-Rangzeichen-Test, Regressionsanalyse
- Subhypothese 2. Die Störbarkeit des Essverhaltens (FEV-Skala 2) sinkt signifikant stärker in der IG als in der KG.
 - Auswertung: deskriptiv, mittels Wilcoxon-Rangzeichen-Test, Regressionsanalyse
- Subhypothese 3. Der Einfluss des Hungergefühls auf das Essverhalten (FEV-Skala 3) sinkt signifikant stärker in der IG als in der KG.
 - Auswertung: deskriptiv, mittels Wilcoxon-Rangzeichen-Test, Regressionsanalyse
- Hypothese 9. Die Lebensqualität der Dimini-Teilnehmenden erhöht sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.
 - Auswertung: deskriptiv, Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test, Regressionsanalyse, Sensitivitätsanalyse
- Hypothese 10. Die zum Interventionsbeginn individuell gesetzten Ziele in der Interventionsgruppe werden erreicht.
 - Auswertung: deskriptiv
- Explorativ 1. Wie viele Arztpraxen beteiligen sich an Dimini und unterscheiden sich diese im Hinblick auf ihre Performance?
 - Auswertung: deskriptiv
- Explorativ 2. Welchen Einfluss hat die Lebensstilintervention auf den Body Mass Index (BMI)?
 - Auswertung: Regressionsanalyse
- Explorativ 3. Können durch das Risikoscreening und die anschließende Labordiagnostik unentdeckte DMT2-Fälle identifiziert werden?
 - Auswertung: Risk Ratio, Clopper-Pearson-CI

- Explorativ 4. Wie unterscheidet sich die subjektive von der objektiven Risikowahrnehmung der Risikopersonen?
 - Auswertung: deskriptiv, Rangkorrelationskoeffizient nach Spearman
- Explorativ 5. Inwiefern werden die Bestandteile der Lebensstilintervention in Anspruch genommen?
 - Auswertung: deskriptiv
- Explorativ 6. Wie werden die Versicherten auf die Möglichkeit der Teilnahme am Dimini-Programm aufmerksam?
 - Auswertung: deskriptiv
- Explorativ 7. Lässt sich Dimini aus Sicht der Risikopersonen der Interventionsgruppe, der Leistungserbringer, der nicht-ärztlichen Institutionen sowie der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgreich in die Regelversorgung implementieren?
 - Auswertung: qualitative Inhaltsanalyse

Die Sensitivität der Ergebnisse gegenüber Ausreißern und einflussreichen Fällen wurde untersucht. Dies war insbesondere daher relevant, da sich für einzelne Personen bisweilen erhebliche Schwankungen oder auffällige Werte bei den Endpunkten ergaben, welche die statistischen Analysen erheblich beeinflussen können. Beobachtungen, welche einen überproportionalen Einfluss auf die Modellanpassung ausübten, wurden, z. B. mit Hilfe der DFFITS³⁸ identifiziert und aus den Daten der Modelle entfernt. Mit den so bereinigten Daten wurden sämtliche Modelle erneut geschätzt und die Ergebnisse gegenübergestellt. Falls sich Abweichungen mit und ohne einflussreiche Fälle ergaben, so wurde dies ebenfalls in den entsprechenden Unterkapiteln des Evaluationsberichtes angegeben und diskutiert.³⁹

Wo möglich wurden fehlende Werte mit dem individuellen Modalwert imputiert (z.B. Kap. 4.9). Ansonsten wurden fehlende Werte aus den Analysen ausgeschlossen.

Die qualitativ erhobenen Daten aus den Einzelinterviews und aus der Fokusgruppe wurden verbatim transkribiert und nach vorher festgelegten Kriterien inhaltsanalytisch unter Einsatz des qualitativen Datenanalyseprogramms MAXQDA ausgewertet⁴⁰. Das Analyseverfahren erfolgte auf Basis der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring^{41, 42}

Sowohl der Datensatz der papierbasierten Fragebögen als auch der Rohdatensatz aus dem Webportal der KVSH wurden aufgearbeitet und bereinigt (detaillierte Beschreibung siehe Evaluationsbericht Kap. 3.10). Hierfür wurden Microsoft Excel, IBM® SPSS® Statistics Version 27 und R® Version 4.0.2 eingesetzt. Nach der Bereinigung der Fragebogendaten wurden für die einzelnen Fragebögen Gesamt-Scores mit den bereinigten Werten berechnet. Die Berechnung erfolgte anhand der Fragebögen-Manuale. Anschließend wurden den neu berechneten Gesamt-Score-Variablen aussagekräftige Variablennamen und Wertelabels zugeordnet.⁴³

Die Drop-out-Raten bei Teilnehmern der IG und KG wurden explorativ ausgewertet. Die Drop-outs waren begründet durch das Nichterscheinen zu Kontrollterminen, das Absagen von Terminen oder das Zurückziehen von Einwilligungserklärungen (siehe folgende Abbildung).⁴⁴

³⁸ Belsley et al., 1980

³⁹ Evaluationsbericht Kap. 3.9.1

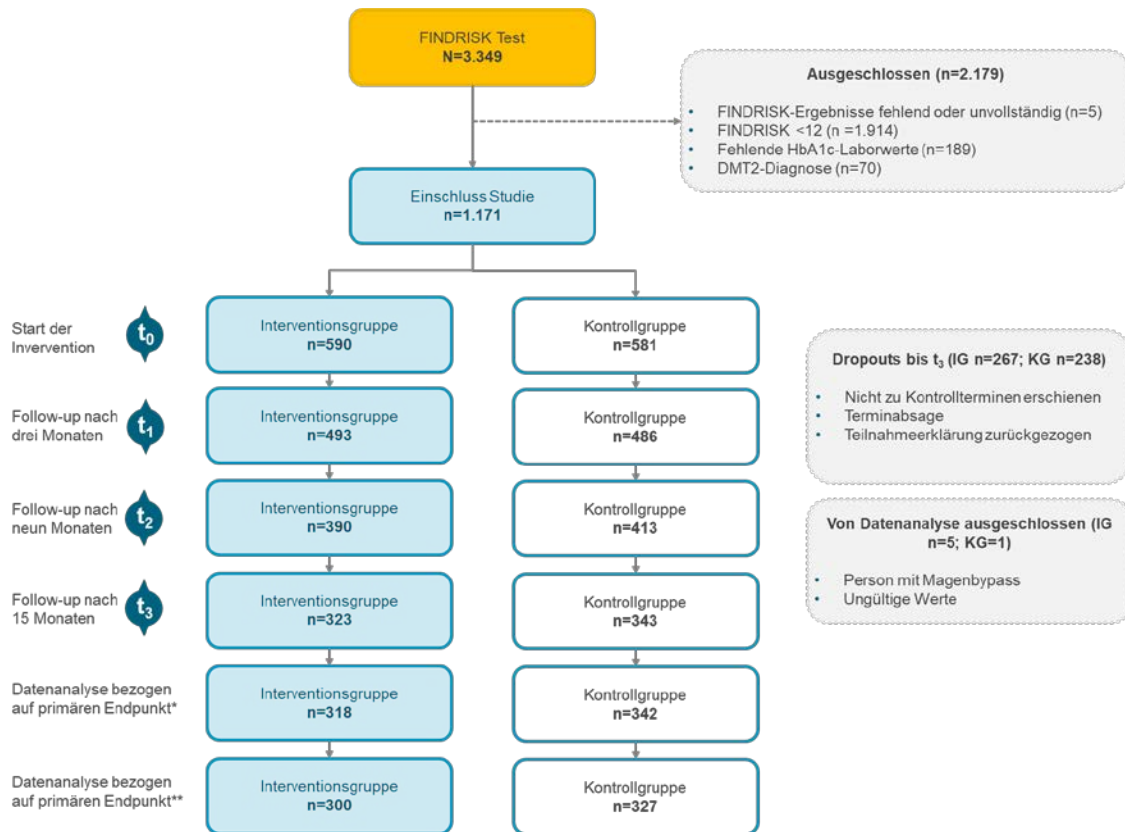
⁴⁰ Kuckartz und Rädiker, 2019

⁴¹ Mayring und Fenzl, 2019

⁴² Evaluationsbericht Kap. 3.9.2

⁴³ Evaluationsbericht Kap. 3.10

⁴⁴ Evaluationsbericht Kap. 4.1.3



*n = 660 vollständige Datensätze zu den Zeitpunkten t_0 und t_3

**n = 627 vollständige Datensätze zu den Zeitpunkten t_0 , t_1 , t_2 und t_3

Abbildung 5: Studienpopulation von Dimini (CONSORT Flussdiagramm)

6. Projektergebnisse und Schlussfolgerungen

6.1. Beschreibung der Studienpopulation

Insgesamt nahmen 3.349 Personen an dem FINDRISK-Screening teil. Von diesen wurden 1.171 als Risikopersonen mit einem Score > 12 identifiziert, die zudem die Einschlusskriterien für die Teilnahme an Dimini erfüllten. Bei den übrigen 2.178 Personen fehlten entweder das FINDRISK-Ergebnis, die HbA1c-Werte oder sie wurden als DMT2-Fälle diagnostiziert und aus der Studie ausgeschlossen (siehe folgende Abbildung). Insgesamt wurden 590 Personen in die IG sowie 581 Personen in die KG randomisiert. Bezogen auf den primären Endpunkt lagen n = 660 vollständige Datensätze zu den Zeitpunkten t_0 und t_3 vor sowie n = 627 vollständige Datensätze zu den Zeitpunkten t_0 , t_1 , t_2 und t_3 .

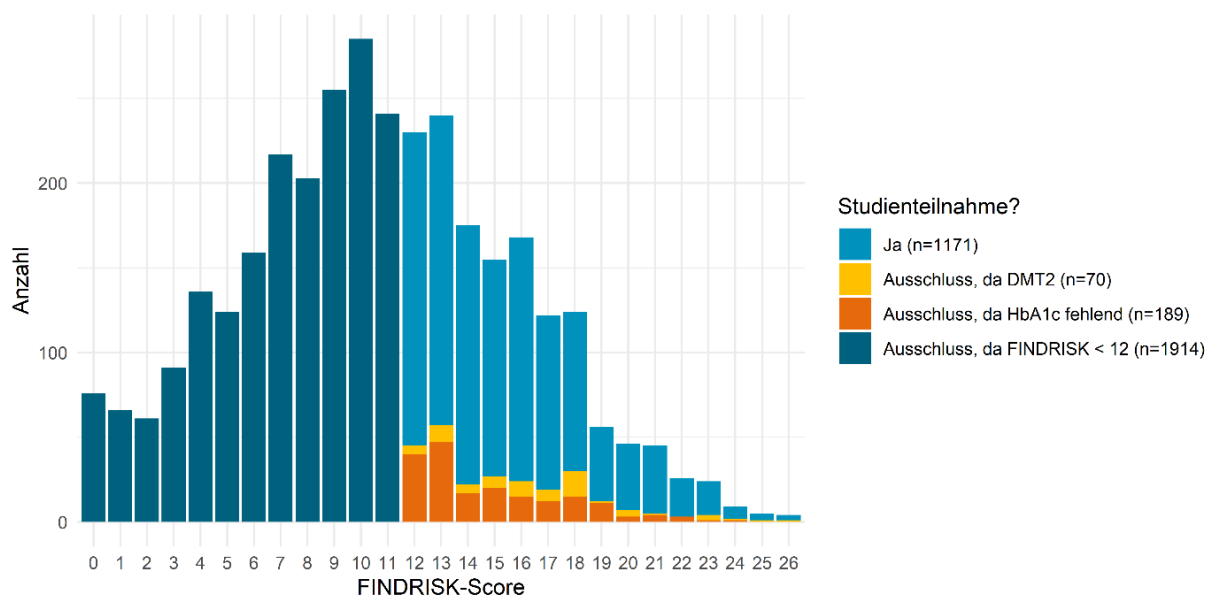


Abbildung 6: Studieneinschluss aller Teilnehmenden in Abhängigkeit vom FINDRISK®-Score, N = 3.349

Das durchschnittliche Alter der Teilnehmenden lag bei circa 55 Jahren. Knapp Zweidrittel waren weiblich. Die meisten (40 %) der selektierten Risikopopulation wies den Hauptschulabschluss als höchsten schulischen Abschluss auf. In Bezug auf die Wohnsituation gaben die meisten der befragten Personen an, mit einem Partner oder einer Partnerin zu leben (etwa 44 %). Im Median lebten zwei Kinder in den Haushalten der Risikopopulation. Etwa 60 % der selektierten Risikopopulation war verheiratet. Der Großteil der Personen war berufstätig.

Mit Blick auf die Fragen zum Alkoholkonsum (regelmäßiger Konsum, Häufigkeit pro Woche und Alkoholkonsum in der Vergangenheit) weisen die Männer höhere Werte auf als die Frauen. Auch unter den Personen, die angaben, zu rauchen ist der Anteil der Männer etwas höher als der der Frauen.

Die soziodemografischen Charakteristika der 3.349 Versicherten, die am FINDRISK-Screening teilnahmen, sind im Anhang 24 des Evaluationsberichts einzusehen. Die Charakteristika der selektierten Risikopopulation (FINDRISK-Score > 12) sind in der folgenden Tabelle zusammengefasst.

	männlich (n = 398)	weiblich (n = 773)	Gesamt (N = 1.171)
Bundesland			
Hessen	233 (58,5 %)	438 (56,7 %)	671 (57,3 %)
Schleswig-Holstein	165 (41,5 %)	335 (43,3 %)	500 (42,7 %)
Alter			
Mittelwert (SD)	54,86 (14,54)	54,27 (14,18)	54,47 (14,30)
Median [Min, Max]	55,50 [18,00, 88,00]	55,00 [19,00, 93,00]	55,00 [18,00, 93,00]
Fehlend	0 (0 %)	1 (0,1 %)	1 (0,1 %)
Schulabschluss			
Kein Schulabschluss	19 (4,8 %)	38 (4,9 %)	57 (4,9 %)
Hauptschule	159 (39,9 %)	304 (39,3 %)	463 (39,5 %)
Realschule	141 (35,4 %)	281 (36,4 %)	422 (36,0 %)
Hochschulreife	65 (16,3 %)	115 (14,9 %)	180 (15,4 %)

	männlich	weiblich	Gesamt
	(n = 398)	(n = 773)	(N = 1.171)
Fehlend	14 (3,5 %)	35 (4,5 %)	49 (4,2 %)
Wohnsituation			
Alleinlebend	72 (18,1 %)	149 (19,3 %)	221 (18,9 %)
Mit Partner/-in	190 (47,7 %)	320 (41,4 %)	510 (43,6 %)
Allein mit Kind/-ern	11 (2,8 %)	53 (6,9 %)	64 (5,5 %)
Mit Partner/-in und Kind/-ern	91 (22,9 %)	213 (27,6 %)	304 (26,0 %)
Mit (Schwieger-)Eltern	18 (4,5 %)	17 (2,2 %)	35 (3,0 %)
Andere	8 (2,0 %)	9 (1,2 %)	17 (1,5 %)
Fehlend	8 (2,0 %)	12 (1,6 %)	20 (1,7 %)
Familienstand			
Kein/-e Partner/-in	64 (16,1 %)	66 (8,5 %)	130 (11,1 %)
Unverheiratet	46 (11,6 %)	86 (11,1 %)	132 (11,3 %)
verheiratet	235 (59,0 %)	462 (59,8 %)	697 (59,5 %)
Getrennt	9 (2,3 %)	19 (2,5 %)	28 (2,4 %)
Geschieden	25 (6,3 %)	51 (6,6 %)	76 (6,5 %)
Verwitwet	6 (1,5 %)	69 (8,9 %)	75 (6,4 %)
Sonstiges	5 (1,3 %)	8 (1,0 %)	13 (1,1 %)
Fehlend	8 (2,0 %)	12 (1,6 %)	20 (1,7 %)
Kinder im Haushalt			
Mittelwert (SD)	1,519 (1,336)	1,720 (1,155)	1,652 (1,222)
Median [Min, Max]	2,000 [0, 8,000]	2,000 [0, 7,000]	2,000 [0, 8,000]
Fehlend	11 (2,8 %)	13 (1,7 %)	24 (2,0 %)
Berufstätigkeit			
Nein	156 (39,2 %)	349 (45,1 %)	505 (43,1 %)
Ja	234 (58,8 %)	412 (53,3 %)	646 (55,2 %)
Fehlend	8 (2,0 %)	12 (1,6 %)	20 (1,7 %)
Berufsunfähigkeit			
Nein	361 (90,7 %)	707 (91,5 %)	1068 (91,2 %)
Ja	29 (7,3 %)	54 (7,0 %)	83 (7,1 %)
Fehlend	8 (2,0 %)	12 (1,6 %)	20 (1,7 %)
Frühberentung			
Nein	358 (89,9 %)	701 (90,7 %)	1059 (90,4 %)
Ja	32 (8,0 %)	60 (7,8 %)	92 (7,9 %)
Fehlend	8 (2,0 %)	12 (1,6 %)	20 (1,7 %)
Migrationshintergrund			
Nein	327 (82,2 %)	599 (77,5 %)	926 (79,1 %)
Ja	63 (15,8 %)	162 (21,0 %)	225 (19,2 %)
Fehlend	8 (2,0 %)	12 (1,6 %)	20 (1,7 %)
Vorhandene Behinderung			
Nein	320 (80,40 %)	468 (83,83 %)	788 (67,3 %)
Ja	70 (17,59 %)	113 (14,62 %)	183 (15,6 %)
Fehlend	8 (2,01 %)	12 (1,55 %)	20 (1,7 %)

	männlich (n = 398)	weiblich (n = 773)	Gesamt (N = 1.171)
Regelmäßiger Alkoholkonsum			62 (24,0 %)
Nein	341 (85,7 %)	729 (94,3 %)	1070 (91,4 %)
Ja	49 (12,3 %)	32 (4,1 %)	81 (6,9 %)
Fehlend	8 (2,0 %)	12 (1,6 %)	20 (1,7 %)
Regelmäßiger Alkoholkonsum: Häufigkeit pro Woche			
Mittelwert (SD)	4,163 (2,330)	3,194 (2,257)	3,788 (2,337)
Median [Min, Max]	4,000 [1,000, 7,000]	2,000 [1,000, 7,000]	3,000 [1,000, 7,000]
Fehlend	349 (87,7 %)	742 (96,0 %)	1091 (93,2 %)
Regelmäßiger Alkoholkonsum in der Vergangenheit			
Nein	287 (72,1 %)	698 (90,3 %)	985 (84,1 %)
Ja	51 (12,8 %)	31 (4,0 %)	82 (7,0 %)
Fehlend	60 (15,1 %)	44 (5,7 %)	104 (8,9 %)
Raucherstatus			
Nein	294 (73,9 %)	597 (77,2 %)	891 (76,1 %)
Ja	96 (24,1 %)	164 (21,2 %)	260 (22,2 %)
Fehlend	8 (2,0 %)	12 (1,6 %)	20 (1,7 %)

Anmerkungen: Angaben in absoluten Häufigkeiten, relativen Häufigkeiten (in %); Mittelwert = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum

Tabelle 7: Beschreibung der Risikopopulation zur Baseline (t₀), stratifiziert nach Geschlecht und gesamt

Im Folgenden werden die aus Sicht des Konsortiums wichtigsten Ergebnisse in Kurzform dargestellt. Detaillierte Ergebnisse finden sich im Evaluationsbericht, Kapitel 5.

6.2. Analyse des primären Endpunktes Körpergewicht

Hypothese 1. Das Körpergewicht der Dimini-Teilnehmenden reduziert sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.

Explorativ 2. Welchen Einfluss hat die Lebensstilintervention auf den BMI?

Ergänzend zum Körpergewicht wurde auch der Endpunkt BMI, definiert als $\frac{\text{Gewicht in kg}}{\text{Körpergröße in m}^2}$, in die Betrachtungen mit einbezogen, um Gewichtsentwicklungen in Relation zur individuellen Körpergröße einzuordnen. Zudem erfolgte eine Subgruppenanalyse in der IG, um den Effekt der Adhärenz der Teilnehmenden hinsichtlich einzelner Komponenten der Intervention auf den Gewichtsverlauf zu untersuchen.⁴⁵

Das Ausgangsgewicht der Studienteilnehmenden (N=627) betrug zu Interventionsbeginn etwa 93 kg bei einem BMI von circa 32 kg/m². Von diesen Personen hatten 35 % einen BMI der Kategorie Adipositas Grad 1 (BMI von 30 kg/m² bis 35 kg/m²).⁴⁶

Anhand von deskriptiven Statistiken, in Signifikanztests und in den um einflussreiche Fälle bereinigten Regressionsmodellen zeigten sich Hinweise auf eine stärkere Gewichtsreduktion in der IG als in der KG. Da jedoch nicht in allen geschätzten Modellen ein stabiler signifikanter Effekt vorlag, kann Forschungshypothese 1 nicht mit abschließender Sicherheit bestätigt werden.

⁴⁵ Evaluationsbericht Kap. 4.2

⁴⁶ Evaluationsbericht Kap. 4.2.1

Im Durchschnitt konnten die Teilnehmenden eine Abnahme erzielen ($V = 106721$, $p < 0,001$). Die Abnahme in der Subgruppe der Übergewichtigen betrug im Mittel circa 5 kg ($SD = 6,06$, $CI [4,69; 5,98]$).⁴⁷

Während beide Gruppen ihr Gewicht reduzieren konnten, war der Gewichtsverlust in der IG signifikant stärker ausgeprägt ($W = 49265$, $p = 0,05$). Der BMI zu Interventionsbeginn t_0 erwies sich als Faktor einer höheren Gewichtsabnahme als signifikant: Ein höheres Gewicht in t_0 war mit einer stärkeren Gewichtsabnahme verbunden. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den deskriptiven Ergebnissen, die einen stärker ausgeprägten Gewichtsverlust unter den Teilnehmenden mit Adipositas demonstrierten. Unter Ausschluss einflussreicher Fälle war die Zugehörigkeit zur IG bei einem Signifikanzniveau von 10 % mit einer höheren Gewichtsabnahme assoziiert. Zudem war eine höhere Gesundheitskompetenz in t_0 mit einer stärkeren Gewichtsabnahme verbunden, wobei das Signifikanzniveau unter Ausschluss einflussreicher Fälle stärker ausgeprägt war (3a: $p = 0,069$; 3b^{exkl.}: $p = 0,003$). Ein um vier Punkte höherer HLS-Score führte im Mittel zu einer zusätzlichen Gewichtsabnahme um ein Kilogramm.⁴⁸

Variable	Kontrollgruppe (n = 327)	Interventionsgruppe (n = 300)	Gesamt (N = 627)
BMI Kategorie zu t_0			
Untergewicht	0 (0 %)	1 (0,3 %)	1 (0,2 %)
Normalgewicht	24 (7,3 %)	20 (6,7 %)	44 (7,0 %)
Präadipositas	96 (29,4 %)	86 (28,7 %)	182 (29,0 %)
Adipositas Grad 1	121 (37,0 %)	101 (33,7 %)	222 (35,4 %)
Adipositas Grad 2	51 (15,6 %)	58 (19,3 %)	109 (17,4 %)
Adipositas Grad 3	35 (10,7 %)	34 (11,3 %)	69 (11,0 %)
Gewicht in t_0			
Mittelwert (SD)	92,58 (19,70)	93,99 (18,92)	93,26 (19,33)
Median [Min, Max]	91,00 [51,00, 181,0]	92,00 [48,00, 157,0]	91,10 [48,00, 181,0]
Gewicht in t_1			
Mittelwert (SD)	91,15 (19,46)	92,76 (19,12)	91,92 (19,30)
Median [Min, Max]	89,00 [50,00, 184,0]	90,00 [48,00, 165,0]	89,50 [48,00, 184,0]
Gewicht in t_2			
Mittelwert (SD)	91,23 (19,06)	92,25 (19,47)	91,72 (19,25)
Median [Min, Max]	89,00 [50,00, 174,6]	90,00 [45,00, 168,0]	89,50 [45,00, 174,6]
Gewicht in t_3			
Mittelwert (SD)	91,20 (19,45)	91,84 (19,57)	91,51 (19,49)
Median [Min, Max]	88,00 [50,00, 178,0]	89,00 [48,00, 168,0]	88,20 [48,00, 178,0]
BMI in t_0			
Mittelwert (SD)	32,26 (5,752)	32,61 (6,011)	32,43 (5,875)
Median [Min, Max]	31,75 [18,73, 54,64]	31,86 [17,85, 62,09]	31,83 [17,85, 62,09]
BMI in t_1			
Mittelwert (SD)	31,77 (5,734)	32,17 (6,020)	31,96 (5,871)
Median [Min, Max]	31,25 [18,37, 55,55]	31,44 [17,85, 61,29]	31,31 [17,85, 61,29]

⁴⁷ Evaluationsbericht Kap. 4.2.4

⁴⁸ Evaluationsbericht Kap. 4.2.5

Variable	Kontrollgruppe (n = 327)	Interventionsgruppe (n = 300)	Gesamt (N = 627)
BMI in t ₂			
Mittelwert (SD)	31,78 (5,486)	32,00 (6,166)	31,88 (5,817)
Median [Min, Max]	31,40 [18,37, 52,71]	31,19 [15,94, 59,29]	31,25 [15,94, 59,29]
BMI in t ₃			
Mittelwert (SD)	31,77 (5,681)	31,85 (6,130)	31,81 (5,896)
Median [Min, Max]	31,31 [18,37, 53,74]	30,96 [17,01, 59,29]	31,23 [17,01, 59,29]

Anmerkungen: Mittelwert = arithmetisches Mittel; SD = Standardabweichung; Min = Minimum; Max = Maximum; t = Beobachtungszeitpunkt

Tabelle 8: Entwicklung der Verteilung des Gewichts und des BMI, stratifiziert nach Gruppenzugehörigkeit⁴⁹

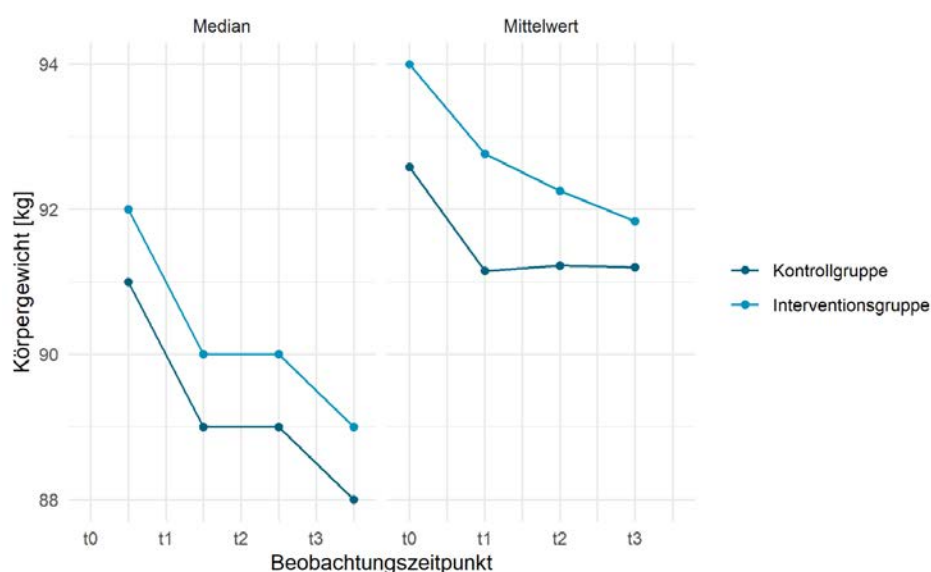


Abbildung 7: Gewichtsverlauf der Dimini-Teilnehmenden, stratifiziert nach Gruppenzugehörigkeit⁵⁰

6.3. Risikoscreening

Hypothese 2. Der FINDRISK-Test ermöglicht eine niedrighschwellige Identifikation von DMT2-Risikopersonen und eine Erstselektion von unentdeckten manifesten DMT2-Erkrankungen.

Explorativ 3. Können durch das Risikoscreening und die anschließende Labordiagnostik unentdeckte DMT2-Fälle identifiziert werden?

Grundlage für die Analyse hinsichtlich des DMT2-Risikoscreenings war zum einen der FINDRISK-Test, zum anderen die daran anschließende ärztliche Diagnosestellung bezüglich eines derzeit manifesten DMT2.⁵¹

Die Verteilung des FINDRISK-Scores innerhalb der Population der Studienteilnehmenden (N = 1.170) erstreckte sich über den Wertebereich von 12 bis 26 Punkten, wobei die relative Häufigkeit der einzelnen Ausprägungen mit höheren Werten nahezu monoton abnahm:

- 521 der Dimini-Teilnehmenden (44,5 %) hatten ein mittleres Risiko (FINDRISK-Score 12 bis 14; entspricht einem Risiko von 17 %),

⁴⁹ Evaluationsbericht Kap. 4.2.1

⁵⁰ Evaluationsbericht Kap. 4.2.1

⁵¹ Evaluationsbericht Kap. 4.3

- 552 (47,2 %) hatten ein hohes Risiko (FINDRISK-Score 15 bis 20; entspricht einem Risiko von 33 %),
- 97 (8,3 %) hatten ein sehr hohes Risiko (FINDRISK-Score > 20; entspricht einem Risiko von 50 %),

in den nächsten zehn Jahren an DMT2 zu erkranken.⁵²

Im Rahmen des Risikoscreenings mittels FINDRISK-Test zu t_0 wurden 70 Personen als Diabetikerinnen bzw. Diabetiker diagnostiziert. Teilnehmende, von denen die Daten in der Web-Anwendung vollständig vorlagen, waren durchschnittlich 55,3 Jahre alt ($SD = 15,2$), die Mehrheit war weiblich, das mittlere Gewicht betrug 93,7 kg ($SD = 16,5$). Zudem hatten die meisten laut FINDRISK-Score ein mittleres bis hohes Risiko, innerhalb der nächsten zehn Jahre an DMT2 zu erkranken. Unter den Diagnostizierten waren auch Personen mit einem HbA1c-Wert unter 6,5 %. Bei zwei Personen fehlte der HbA1c-Wert. Umgekehrt blieb bei sieben Personen mit HbA1c-Werten über 6,5 % eine Diabetesdiagnose aus. Offenbar stützten die Ärztinnen und Ärzte ihre Diagnosen nicht (allein) auf den Langzeitblutzucker, sondern zogen für die Differenzialdiagnostik nach erfolgtem FINDRISK-Screening weitere Untersuchungsmethoden heran, die allerdings im Rahmen der Regelversorgung abgerechnet wurden.⁵³

Nach Beendigung der Intervention (t_3) wurde durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte untersucht, ob die Dimini-Teilnehmenden im Verlauf der Intervention einen DMT2 entwickelten. Bei 21 Risikopersonen (1,79 %) wurde ein neu entwickelter DMT2 festgestellt. Von diesen Fällen entfielen neun auf die IG und zwölf auf die KG.⁵⁴

Durch Dimini konnten somit sowohl zu t_0 als auch zu t_3 Versicherte mit einem bestehenden DMT2 identifiziert werden, deren Diagnose – und damit auch die erforderliche Therapie, um einen negativen Krankheitsverlauf mit Komplikationen zu verhindern – ansonsten verzögert worden wäre. Die 21 erfolgten Neudiagnosen sind trotz angestrebter und zum Teil erfolgreich implementierter Lebensstiländerung (z. B. Bewegung und Gewichtsabnahme) nicht als Beleg für die mangelnde Effektivität von Verhaltensanpassungen zu interpretieren. Vielmehr ist zu berücksichtigen, dass viele dieser betroffenen 21 Personen bereits zu Beginn der Intervention Werte aufwiesen, die nah am Schwellenwert von 6,5 % lagen, sodass eine Erkrankung hier nur noch sehr schwer oder gar nicht abzuwenden war.⁵⁵

6.4. Gesundheitskompetenz der Dimini-Teilnehmenden

Hypothese 3. Die Gesundheitskompetenz der Dimini-Teilnehmenden erhöht sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.

Die Gesundheitskompetenz wurde bei den Dimini-Teilnehmenden mittels Fragebogen HLS-EU-Q16 zur Gesundheitskompetenz erhoben. Dieser wurde zur Baseline (t_0) von 610 Teilnehmenden und zu t_3 von 244 Teilnehmenden ausgefüllt. Von 213 Teilnehmenden lagen vollständige Fragebögen zu beiden Zeitpunkten vor.⁵⁶

Zu beiden Messzeitpunkten t_0 und t_3 gab es deutlich mehr Teilnehmende mit hohen Gesundheitskompetenzwerten als Teilnehmende mit niedrigen Werten. Die Gesundheitskompetenz-Scores lassen sich in die Kategorien inadäquat, problematisch und adäquat unterteilen. Zu beiden Zeitpunkten hatte die adäquate Kategorie die höchsten Werte. Die Dimini-Teilnehmenden hatten also insgesamt eine stark ausgeprägte Gesundheitskompetenz, was vor allem angesichts der Tatsache von Bedeutung ist, dass es sich bei den Dimini-Teilnehmenden um eine Population mit erhöhtem Gesundheitsrisiko handelt.

⁵² Evaluationsbericht Kap. 4.3.1

⁵³ Evaluationsbericht Kap. 4.3.2

⁵⁴ Evaluationsbericht Kap. 4.3.3

⁵⁵ Evaluationsbericht Kap. 4.3.4

⁵⁶ Evaluationsbericht Kap. 4.4

Es wurde untersucht, wie der FINDRISK-Score und verschiedene soziodemografische Faktoren (Alter, Geschlecht, Bildung und Migrationshintergrund) mit der Gesundheitskompetenz zur Baseline (t_0) zusammenhängen. Alter, Geschlecht, Migrationshintergrund und FINDRISK-Score wiesen keine signifikante Korrelation mit der Gesundheitskompetenz auf. Lediglich der Faktor Bildung war signifikant positiv mit der Gesundheitskompetenz zu t_0 korreliert ($r_s = 0,13$, $p < 0,005$).⁵⁷

Laut Hypothese sollte die Differenz bzw. die Verbesserung der Gesundheitskompetenz in der IG signifikant größer sein als in der KG. Die Differenz der Gesundheitskompetenz ($t_3 - t_0$) unterschied sich jedoch nicht signifikant zwischen der IG und der KG ($U = 5793,50$, $p = 0,766$).⁵⁸

Die Gesundheitskompetenz zu t_0 stellte sich als signifikanter negativer Prädiktor für die Veränderung der Gesundheitskompetenz heraus ($b = -0,35$, $p < 0,001$). Im Gegensatz dazu konnte die Gruppenzugehörigkeit (IG vs. KG) die Veränderung der Gesundheitskompetenz nicht signifikant vorhersagen.⁵⁹

Die Hypothese, dass Dimini die Gesundheitskompetenz signifikant verbesserte, musste verworfen werden, da sich die zeitliche Veränderung Gesundheitskompetenz zwischen t_0 und t_3 nicht signifikant zwischen IG und KG unterschied.⁶⁰

6.5. Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Dimini-Ärztinnen und -Ärzte

Hypothese 4. Die Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Dimini-Ärztinnen und -Ärzte erhöht sich im Verlauf der Lebensstilintervention Dimini signifikant.

Die Gesundheitskompetenz der Ärztinnen und Ärzte wurde mithilfe eines Fragebogens zu t_0 und t_3 erfasst. Da nur 13 Datensätze von t_0 und t_3 vollständig vorlagen, werden die Ergebnisse rein deskriptiv dargestellt. Es zeigte sich, dass zu t_0 der Großteil der Antworten hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen der Gesundheitskompetenz in den Kategorien *trifft eher zu*, *trifft weitgehend zu* und *trifft völlig zu* lagen, was tendenziell hohen Gesundheitskompetenzwerten entspricht. Lediglich das Überprüfen, ob Versicherte Informationen verstanden haben, wurden von mehr als einem Befragten als *eher nicht zutreffend* und *weitestgehend nicht zutreffend* angegeben. Wie sich die Gesundheitskompetenz der Ärztinnen und Ärzte im Verlauf der Studie (t_0 bis t_3) verändert hat, ist aufgrund der geringen Stichprobe nicht aussagekräftig zu analysieren. Zu sehen sind lediglich folgende Tendenzen: Die größten Veränderungen gab es zur Aussage 1 „Ich verstehe, was es für DMT2- Risikopatientinnen/ DMT2- Risikopatienten bedeutet, über eine niedrige Gesundheitskompetenz zu verfügen“. Hier gaben vier Personen eine Verbesserung an. Bei Aussage 5 „Im Patientengespräch verwende ich eine einfache, nicht-medizinische Sprache.“ wiesen sieben Personen eine schlechtere Gesundheitskompetenz zu t_3 im Vergleich zu t_0 auf.⁶¹

6.6. HbA1c-Wert

Hypothese 5. Der HbA1c-Wert der Dimini-Teilnehmenden reduziert sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.

Der Langzeitblutzuckerwert (HbA1c-Wert) der Teilnehmenden wurde im Anschluss an das FINDRISK-Screening zu t_0 sowie zu t_3 labordiagnostisch erhoben.⁶²

Der durchschnittliche HbA1c-Wert lag zu t_0 bei 5,6 % und änderte sich im Interventionsverlauf nur marginal. Die maximalen Schwankungen auf individueller Ebene zeigten eine Zunahme

⁵⁷ Evaluationsbericht Kap. 4.4.2

⁵⁸ Evaluationsbericht Kap. 4.4.3

⁵⁹ Evaluationsbericht Kap. 4.4.3

⁶⁰ Evaluationsbericht Kap. 4.4.5

⁶¹ Evaluationsbericht Kap. 4.5

⁶² Evaluationsbericht Kap. 4.6

des HbA1c-Wertes um einen Prozentpunkt und eine Abnahme um 1,3 Prozentpunkte. Unterschiede in Abhängigkeit von der Zugehörigkeit zur IG oder KG beschränkten sich auf die zweite Nachkommastelle, im Falle der Differenz sogar auf die dritte Nachkommastelle.⁶³

Ein höherer Ausgangswert des Langzeitblutzuckers zu t_0 , eine höhere Gesundheitskompetenz und täglicher Vollkorn-/Gemüse-/Obstkonsum waren mit einer stärkeren Reduktion des HbA1c-Wertes assoziiert. Eine familiäre Prädisposition (Verwandte/-r ersten Grades mit DMT2) führte dagegen zu einer geringeren Abnahme des HbA1c-Wertes im Interventionsverlauf.⁶⁴

Die Forschungshypothese, dass Dimini zu einer signifikanten Reduktion des HbA1c-Wertes in der IG im Vergleich zur KG beiträgt, konnte im Rahmen der Regressionsanalyse nicht bestätigt werden. Jedoch konnten einige Faktoren identifiziert werden, die einen positiven Verlauf zu begünstigen scheinen.⁶⁵

6.7. Taillenumfang

Hypothese 6. Der Taillenumfang der Dimini-Teilnehmenden reduziert sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.

Der Taillenumfang der Dimini-Teilnehmenden zu t_0 war sehr heterogen verteilt. Das Minimum in der gesamten Gruppe lag bei 72,0 cm, das Maximum bei 170,0 cm. Am Studienende zu t_3 lag der minimale Taillenumfang bei 60,0 cm, der maximale bei 180,00 cm.⁶⁶

Mittels Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test wurde berechnet, ob es einen signifikanten Unterschied im Taillenumfang zwischen t_0 und t_3 gab. Sowohl in der KG ($V = 41.146,0$, $p < 0,001$) als auch in der IG ($V = 9.169,0$, $p < 0,001$) konnte ein signifikanter Unterschied zwischen t_0 und t_3 gefunden werden. In beiden Gruppen sank der Taillenumfang signifikant von t_0 zu t_3 um 1,87 cm in der KG und um 1,73 cm in der IG.⁶⁷

Die Gruppenzugehörigkeit (IG vs. KG) konnte die Taillen-Differenz zwischen t_0 und t_3 jedoch nicht signifikant vorhersagen. Dies bedeutet, dass sich die Taillen-Differenz nicht signifikant zwischen IG und KG unterschied. Die Hypothese, dass sich der Taillenumfang der IG im Vergleich zur KG durch die Lebensstilintervention Dimini signifikant stärker reduziert, konnte daher nicht bestätigt werden.⁶⁸

6.8. Körperliche Aktivität

Hypothese 7. Das Bewegungsverhalten der Dimini-Teilnehmenden erhöht sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.

Hinsichtlich der körperlichen Aktivität der Teilnehmenden zu t_0 gab es große Unterschiede. Während viele Teilnehmende angaben, sich körperlich kaum zu bewegen, waren andere Teilnehmende ihren Angaben zufolge sehr aktiv. Die durchschnittliche körperliche Aktivität lag zu t_0 bei 3.350,8 MET-Minuten in der KG und 3.705,7 MET-Minuten in der IG. Zu t_3 lagen die Mittelwerte bei 3.222,1 MET-Minuten in der KG und 4.128,0 MET-Minuten in der IG. Diese durchschnittlichen Werte sind als sehr hoch einzuschätzen, da Personen mit täglicher Aktivität und mehr als 3.000 MET-Minuten wöchentlich in die höchste Aktivitätskategorie eingeordnet

⁶³ Evaluationsbericht Kap. 4.6.1

⁶⁴ Evaluationsbericht Kap. 4.6.2

⁶⁵ Evaluationsbericht Kap. 4.6.3

⁶⁶ Evaluationsbericht Kap. 4.7.1

⁶⁷ Evaluationsbericht Kap. 4.7.2

⁶⁸ Evaluationsbericht Kap. 4.7.3

werden. 3.000 MET-Minuten entsprechen beispielsweise 6,25 Stunden Joggen oder 13,0 Stunden moderater Aktivität pro Woche.⁶⁹

Durch den Wilcoxon-Vorzeichen-Rang-Test konnte kein signifikanter Unterschied zwischen t_0 und t_3 für die gesamte Dimini-Stichprobe (IG und KG) gefunden werden. Zur Überprüfung der Hypothese wurde weiterhin untersucht, ob ein signifikanter Unterschied zwischen IG und KG in der Veränderung der körperlichen Aktivität über die Zeit vorlag. Dafür wurde die Differenz der körperlichen Aktivität (in MET-Minuten) von t_3-t_0 berechnet. Laut Hypothese sollte die Differenz in der IG größer sein als in der KG. Obwohl der Median der Differenz (t_3-t_0) in der IG ($Mdn = 589,5$) größer war als in der KG ($Mdn = 111,0$), konnte ein Mann-Whitney-U-Test keinen signifikanten Unterschied zwischen IG und KG bestätigen ($U = 892,00$, $p = 0,536$). Es konnte also kein Effekt von Dimini auf die körperliche Aktivität nachgewiesen werden. Die Hypothese konnte deshalb nicht bestätigt werden.⁷⁰

Fraglich bleibt allerdings, ob die zugrunde liegenden Fragebögen durch die Teilnehmer korrekt ausgefüllt wurden, da sehr hohe Ausreißer-Werte auftraten und die Median- und Mittelwerte in der Stichprobe sehr hoch waren.⁷¹

6.9. Ernährungsverhalten

Hypothese 8. Das Ernährungsverhalten der Dimini-Teilnehmenden verbessert sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.

Subhypothese 1. Die kognitive Kontrolle des Essverhaltens (FEV-Skala 1) steigt in der IG signifikant stärker als in der KG.

Subhypothese 2. Die Störbarkeit des Essverhaltens (FEV-Skala 2) sinkt signifikant stärker in der IG als in der KG.

Subhypothese 3. Der Einfluss des Hungergefühls auf das Essverhalten (FEV-Skala 3) sinkt signifikant stärker in der IG als in der KG.

Zur Erfassung des Essverhaltens wurden die Subskalen des FEV-Fragebogens verwendet: „Kognitive Kontrolle“, „Störbarkeit“ und „Hungergefühl“⁷². Es zeigte sich, dass höhere Werte auf allen drei Skalen stärker vertreten waren als niedrigere. So hatten 50,0 % der KG und 42,7 % der IG hohe Werte bei der Skala „Kognitive Kontrolle“, während 7,8 % (KG) und 9,7 % geringe Werte aufwiesen. Auch bei den Skalen „Störbarkeit“ und „Hunger“ waren die Werte eher rechtsverteilt, mit deutlich mehr hohen und sehr hohen Werten. So zeigten zu t_0 53,0 % (IG) bzw. 59,5 % eine hohe bis sehr hohe Störbarkeit des Essverhaltens. Bei der Skala „Hunger“ erreichten sogar 79,5 % (IG) bzw. 78,70 % (KG) hohe bis sehr hohe Werte. Zu t_3 war die Verteilung ähnlich ausgeprägt. Auch hier überwogen auf allen drei Skalen die höheren Werte.⁷³

In den einzelnen Skalen-Werten konnten im Studienverlauf keine signifikanten Veränderungen gefunden werden. Einzig die KG zeigte eine geringe signifikante Verschlechterung der kognitiven Kontrolle. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse zeigten zudem keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Gruppenzugehörigkeit (IG/KG) und Skalenveränderung. Die Hypothese, dass Dimini das Essverhalten in der IG signifikant stärker verbessert als in der KG, konnte daher nicht bestätigt werden.⁷⁴

⁶⁹ Evaluationsbericht Kap. 4.8.1

⁷⁰ Evaluationsbericht Kap. 4.8.2

⁷¹ Evaluationsbericht Kap. 4.8.3

⁷² Evaluationsbericht Kap. 4.9

⁷³ Evaluationsbericht Kap. 4.9.1

⁷⁴ Evaluationsbericht Kap. 4.9.3

6.10. Lebensqualität

Hypothese 9. Die Lebensqualität der Dimini-Teilnehmenden erhöht sich durch die Lebensstilintervention Dimini in der IG signifikant stärker als in der KG.

Die Lebensqualität wurde mithilfe des Fragebogens SF12 operationalisiert. Sowohl dessen einzelne Items als auch die beiden Subskalen MCS (mentale Lebensqualität) und PCS (körperliche Lebensqualität) wurden im Rahmen der deskriptiven und inferenzstatistischen Analysen berücksichtigt, um möglichst alle Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität der Teilnehmenden und mögliche heterogene Effekte in Abhängigkeit vom jeweils betrachteten Teilaspekt abzubilden.⁷⁵

Insgesamt betrachtet zeigt die Analyse, dass in der Population der Dimini-Teilnehmenden die körperbezogene Lebensqualität (PCS) sowohl im Vergleich zur mentalen (MCS) als auch im Vergleich zur amerikanischen Normstichprobe vermindert ist. Diese Einbußen sind zudem in bestimmten Subgruppen stärker ausgeprägt, insbesondere im Falle eines höheren DMT2-Risikos, gemessen am FINDRISK-Score oder am BMI. Auch wenn die Mittelwerte und Mediane der Scores MCS und PCS im Verlauf der Intervention leicht ansteigen, konnte keine statistisch signifikante Verbesserung der Lebensqualität belegt werden. Die Hypothese, dass Dimini die Lebensqualität in der IG signifikant stärker verbessert als in der KG, konnte daher nicht bestätigt werden. Hierzu könnte allerdings auch der geringe Rücklauf der t_3 -Fragebögen beigetragen haben, der die Stichprobengröße im größten Regressionsmodell auf 212 reduzierte.⁷⁶

6.11. Individuelle Zielerreichung

Hypothese 10. Die zum Interventionsbeginn individuell gesetzten Ziele in der Interventionsgruppe werden erreicht.

Im Rahmen von Dimini wurden die Teilnehmenden der IG dazu aufgefordert, konkrete persönliche Ziele für den 15-monatigen Programmzeitraum zu setzen. Diese bezogen sich neben der körperlichen Aktivität auf die angestrebte Reduktion des Gewichts und des Taillenumfangs. Auf Grundlage empirischer Studien zur DMT2-Prävention in Risikogruppen wurde eine Reduktion des Taillenumfangs und des Gewichts um 5 % der Ausgangswerte in Kombination mit mindestens 30 Minuten körperlicher Betätigung pro Tag empfohlen. Je nach individuellen Präferenzen und körperlicher Verfassung zu Interventionsbeginn wichen die Dimini-Teilnehmenden mit ihren individuellen Zielsetzungen jedoch von diesen Richtwerten ab.⁷⁷

Mit 94,40 % ($n = 556$) sowie 93,55 % ($n = 551$) legte die große Mehrheit der Teilnehmenden ein Ziel bezüglich der Reduktion des Taillenumfangs und des Gewichts fest.⁷⁸

Eine Analyse des Grades der Zielerreichung, die die angestrebten Werte den tatsächlich realisierten gegenüberstellt, konnte nur für die Teilnehmenden mit verfügbaren Daten bei den jeweils relevanten Variablen erfolgen. Demnach konnten 217 (74,1 %) von 293 Personen die angestrebten Ziele nicht erreichen. Unter den übrigen 76 Teilnehmenden konnten 55 (18,8 %) ihr Gewichtsziel übertreffen, 21 (7,2 %) erreichten genau das vorab festgelegte Ziel. Auch hinsichtlich des Taillenumfangs überwog der Anteil der Teilnehmenden (66,2 %), die ihre angestrebte Reduktion unterschritten ($n = 170$). Anders verhält es sich im Falle der sportlichen Betätigung: Etwa 80 % ($n = 177$) derjenigen, die ein Ziel definierten, konnte dieses auch erreichen.⁷⁹ Während keine/-r der Teilnehmenden eine Gewichtszunahme anstrebte, konnten einige trotz Teilnahme an der Intervention eine solche nicht abwenden. Das Gewicht einzelner Personen schwankte im Interventionsverlauf sehr stark.⁸⁰

⁷⁵ Evaluationsbericht Kap. 4.10

⁷⁶ Evaluationsbericht Kap. 4.10.4

⁷⁷ Evaluationsbericht Kap. 4.11

⁷⁸ Evaluationsbericht Kap. 4.11.1

⁷⁹ Evaluationsbericht Kap. 4.11.3

⁸⁰ Evaluationsbericht Kap. 4.11.4

Die Mehrheit konnte die Ziele in Bezug auf das Gewicht und die Taille nicht erreichen. Der Anteil derjenigen, die ihre Ziele bezüglich der sportlichen Betätigung erreichten, war dagegen höher.⁸¹

6.12. Risikowahrnehmung

Nicht alle Teilnehmenden setzten sich Ziele. Die Ziele, die festgelegt wurden, bezogen sich zum größten Teil auf eine Gewichts- oder Taillenreduktion, weniger auf eine gesteigerte Bewegung. Die Gewichts- und Taillenumfangsziele orientierten sich dabei nicht immer an der 5 % Reduktion, sondern waren meist ambitionierter gewählt. Die Mehrheit konnte die Ziele in Bezug auf das Gewicht und die Taille nicht erreichen. Der Anteil derjenigen, die ihre Ziele bezüglich der sportlichen Betätigung erreichten, war dagegen höher.

Explorativ 4. Wie unterscheidet sich die subjektive von der objektiven Risikowahrnehmung der Risikopersonen?

Die papierbasierten Versichertenfragebögen enthielten zwei Fragen mit ordinal skalierten Antwortmöglichkeiten, die das Risikobewusstsein der Dimini-Teilnehmenden abbilden sollten. Die erste Frage erfasste die Einschätzung des individuellen Diabetesrisikos (unbedeutend, sehr niedrig, niedrig, weder niedrig noch hoch, hoch, sehr hoch), die zweite Frage zielte auf die Einstufung der Ernsthaftigkeit einer DMT2-Erkrankung ab (nicht ernsthaft, mäßig ernsthaft, ernsthaft, sehr ernsthaft, keine Meinung).⁸²

Daten zum subjektiven Erkrankungsrisiko lagen zu beiden Zeitpunkten von 258 Teilnehmenden vor. Um einen Vergleich im Zeitverlauf zu ermöglichen, wurde die Analyse auf diese 258 Personen beschränkt. Zu t_0 betrachteten 1,2 % ihr Erkrankungsrisiko als unbedeutend, 6,6 % als sehr niedrig und 17,4 % als niedrig, wohingegen 36,0 % ihre Gefährdung als hoch und 10,5 % als sehr hoch einstufen. 28,3 % sahen ein mittleres Risiko. Basierend auf dem angegebenen Risiko zu t_0 wurde analysiert, ob die Studienteilnehmenden zu t_3 ihre beibehielten, ein niedrigeres subjektives Erkrankungsrisiko wählten als zu t_0 oder ein höheres. Somit ergaben sich die drei möglichen Kategorien „gleich“, „geringer“ und „höher“. Zu t_3 wählten im Vergleich zu t_0 31,0 % eine Antwortkategorie, die ein niedrigeres Risiko impliziert als die zu t_0 getroffene Aussage. 23,6 % gaben ein höheres Risikoniveau an und 45,4 % veränderten ihre Einschätzung nicht.⁸³

Explorativ wurde zudem die Frage untersucht, ob sich die Änderung der gegebenen Antwortmöglichkeiten über die Zeit entlang der Kontroll- und Interventionsgruppe unterschied: Es zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, sodass die Teilnehmenden beider Gruppen die Bewertung ihres individuellen Erkrankungsrisikos offenbar in ähnlicher Weise änderten.⁸⁴

Das subjektiv eingeschätzte Erkrankungsrisiko der Teilnehmenden war signifikant positiv mit dem objektiven Risiko korreliert, unabhängig vom verwendeten Maß (FINDRISK, BMI, HbA1c) für Letzteres. Bei vielen Teilnehmenden lag eine Fehleinschätzung ihres Erkrankungsrisikos vor. Sowohl Unterschätzungen als auch Überschätzungen traten auf. Beispielsweise gaben 38 % der Personen mit Prädiabetes, und damit mit einem faktisch vorhandenen DMT2-Risiko, ihr Erkrankungsrisiko zu t_0 als „niedrig“ oder „weder niedrig noch hoch“ an. Gleiches gilt für 24 % der Personen mit Adipositas Grad 3 und für 40,4 % der Personen mit Adipositas Grad 2.⁸⁵

⁸¹ Evaluationsbericht Kap. 4.11.5

⁸² Evaluationsbericht Kap. 4.12.1

⁸³ Evaluationsbericht Kap. 4.12.1

⁸⁴ Evaluationsbericht Kap. 4.12.1

⁸⁵ Evaluationsbericht Kap. 4.12.2

6.13. Programmadhärenz

Explorativ 5. Inwiefern werden die Bestandteile der Lebensstilintervention in Anspruch genommen?

Der Prozentsatz der Personen, die nicht zu den Kontroll- und Coachingterminen erschienen sind, aber zu dem jeweiligen Zeitpunkt ihre Teilnahme an Dimini noch nicht vorzeitig beendet hatte (Drop-outs), war bei allen Kontrollterminen eher gering (K1 5,81%, K2 3,76%, K3 0,77 %). Insgesamt schieden 505 der zu Beginn 1.171 Personen vorzeitig aus Dimini aus, sodass die Drop-out-Quote 43 % betrug. Auch bei den Zwischencoaching-Terminen war eine rege Beteiligung zu verzeichnen, wenngleich der Anteil der Terminabsagen höher lag als bei den Kontrolluntersuchungen mit Arztkontakt (Z1 6,79%, Z2 6,11%).⁸⁶

Einigen Teilnehmenden wurde zu t_0 kein Startset ausgehändigt, obwohl diese in die IG randomisiert wurden. Als wesentlicher Grund hierfür wurden in der Webanwendung die Ablehnung bzw. das Desinteresse des bzw. der jeweiligen Teilnehmenden vermerkt. Unter den Personen, die ein Startset erhielten, entschied sich die deutliche Mehrheit für die papierbasierte Variante anstelle der App. Während immerhin 148 aller in die Intervention eingeschlossenen Teilnehmenden der IG und 69 der Studienvollender die App wählten, gaben zu t_3 nur noch drei Personen an, die App seit der letzten Kontrolluntersuchung tatsächlich genutzt zu haben. Grundsätzlich wurden die Nutzungsdaten der App nicht analysiert. Im Rahmen der qualitativen Befragung⁸⁷ wurden insgesamt sechs Versicherte befragt, ob sie die DiP-App nutzten. Die zwei Versicherten, die angaben, dies zu tun, wurden anschließend tiefergehend zur Nutzung und ihrer Zufriedenheit mit der DiP-App befragt. Demnach nutzten sie die App zu Beginn, beendeten jedoch die Nutzung nach einiger Zeit, was unter anderem dadurch begründet war, dass die Nutzung der App eher als umständlich wahrgenommen wurde⁸⁸. Auch der Anteil der Studienvollendenden, die die Nutzung eines Schrittzählers und des Startsets allgemein, ob papierbasiert oder als App, bejahten, reduzierte sich von Kontrolltermin zu Kontrolltermin. So gaben zu t_1 noch 66,5 % die regelmäßige Verwendung des Startsets seit t_0 an, wohingegen zu t_3 nur noch 55 % eine Nutzung seit dem letzten Arztkontakt zu t_2 bejahten. Hinsichtlich des Schrittzählers präferierten einige Teilnehmende ein eigenes Device (z. B. Handy oder Smartwatch), anstatt des im Rahmen des Startsets bereitgestellten Gerätes.⁸⁹

Die Teilnehmenden, die sich für die App entschieden, unterschieden sich hinsichtlich ihrer Charakteristika von den übrigen Personen mit papierbasierter Variante des Startsets. Im Mittel waren Teilnehmende mit Entscheidung für die App um knapp zehn Jahre jünger, hatten tendenziell einen höheren Schulabschluss, waren eher berufstätig und besaßen seltener einen Migrationshintergrund. Geschlechtsspezifische Unterschiede oder Abweichungen hinsichtlich des Ausgangs-BMI waren nur sehr gering ausgeprägt.⁹⁰

6.14. Zugangswege zur Intervention

Explorativ 6. Wie werden die Versicherten auf die Möglichkeit der Teilnahme am Dimini-Programm aufmerksam?

Die Rekrutierung der Versicherten für das Programm sollte neben der Hausarztpraxis auch durch andere Facharztgruppen sowie nicht-ärztliche Institutionen (zusammenfassend Sensibilisierer genannt) erfolgen. Trotz dieses Ansatzes wurde der Großteil (ca. 95 %) der im Rahmen von Dimini gescreenten Personen nicht über einen der Zugangswege außerhalb der teilnehmenden Praxis rekrutiert. Somit erfolgte die Rekrutierung in der Regel durch die an Dimini teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzte selbst.

⁸⁶ Evaluationsbericht Kap. 4.13.1

⁸⁷ Ergebnisbericht Anlage 6 Interviewleitfäden Versicherte – telefonische Interviews

⁸⁸ Evaluationsbericht Kap. 4.15.3.4

⁸⁹ Evaluationsbericht Kap. 4.13.2

⁹⁰ Evaluationsbericht Kap. 4.13.2

6.15. Qualitative Komponente der Evaluation

Explorativ 7. Lässt sich Dimini aus Sicht der Risikopersonen der Interventionsgruppe, der Leistungserbringer, der nicht-ärztlichen Institutionen sowie der Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgreich in die Regelversorgung implementieren?

Im Sinne der qualitativen Forschung lässt sich diese Forschungsfrage anhand des erhobenen Datenmaterials analysieren, jedoch nicht im Sinne der quantitativen Forschung konfirmatorisch anhand einer Hypothese belegen oder widerlegen. Operationalisiert wurde diese Fragestellung anhand von Leitfäden, die sich an dem RE-AIM-Konzept orientierten (siehe dazu auch Evaluationsbericht Kap. 3.8.2.10).⁹¹

Dimension	Fragestellungen
Reach (Reichweite)	Wurde die Zielgruppe richtig definiert und konnte diese mit der Intervention auch erreicht werden?
Effectiveness (Effektivität)	Waren der FINDRISK-Test und die Lebensstilintervention effektiv und/oder effizient? (Diese Frage wird über die quantitative Datenanalyse beantwortet.)
Adoption (Adaption)	Wurde die Intervention von den durchführenden Personen angenommen? Bestand Bereitschaft zur Umsetzung der Intervention?
Implementation (Implementierung)	Wie wurde die Intervention konkret durch die beteiligten Personen umgesetzt? Welche Hürden werden gesehen?
Maintenance (Nachhaltigkeit)	Welcher Optimierungsbedarf besteht und welche Aspekte müssten bei der Überführung in die Regelversorgung bedacht werden?

Tabelle 9: Dimensionen des RE-AIM-Modells bezogen auf Dimini⁹²

Die detaillierte Darstellung der Ergebnisse aus den 29 geführten telefonischen Einzelinterviews sowie einer Fokusgruppe mit vier MFA finden sich im Evaluationsbericht, Kapitel 4.15.

Zielgruppe	Ursprünglich geplant	Angepasste Planung	Tatsächlich durchgeführt
Dimini-Hausärztinnen und -ärzte	2 Fokusgruppen (8 bis 10 Ärztinnen und Ärzte)		8 telefonische Interviews
MFA	-	1 Fokusgruppe (6 bis 8 MFA)	1 Fokusgruppe (mit 4 MFA) und 6 telefonische Interviews
Gynäkologinnen und Gynäkologen	-	2 telefonische Interviews	2 telefonische Interviews
Kardiologinnen und Kardiologen	-	2 telefonische Interviews	keine Rückmeldung
Orthopädinnen und Orthopäden	-	2 telefonische Interviews	keine Rückmeldung
Nephrologinnen und Nephrologen	-	1 bis 2 telefonische Interviews	keine Rückmeldung
Rehabilitationseinrichtungen	-	1 bis 2 telefonische Interviews	haben nicht rekrutiert/sensibilisiert
Jobcenter und Arbeitsagenturen in SH	-	1 telefonisches Interview	1 telefonisches Interview
Jobcenter und Arbeitsagenturen in Hessen	-	1 telefonisches Interview	1 telefonisches Interview
Teilnehmende Krankenkassen	5 bis 10 telefonische Interviews		4 telefonische Interviews
Teilnehmende Kassenärztliche Vereinigungen	4 telefonische Interviews		2 telefonische Interviews
Versicherte	20 telefonische Interviews		6 telefonische Interviews

Tabelle 10: Fallzahlen und dazugehörige Erhebungsmethode der qualitativen Evaluation⁹³

⁹¹ Evaluationsbericht Kap. 4.15

⁹² Evaluationsbericht Kap. 4.15

⁹³ Evaluationsbericht Kap. 4.15.1

Auszugsweise sollen folgende Ergebnisse benannt werden:

- Reichweite (Reach)
 - Die Zielpopulation wurde verständlich definiert und richtig gewählt.⁹⁴
 - Eine der Herausforderungen im Hinblick auf die Ansprachen von potenziellen Teilnehmenden lag in der Tatsache, dass der Kontakt mit den Versicherten aus anderen Gründen erfolgte: Im Vordergrund stand nicht primär das Interesse an einer Lebensstiländerung, sondern z. B. akute Erkrankungen, herausfordernde Lebenslagen oder gesundheitliche Check-ups. Die Tatsache, dass ein anderes Anliegen vordergründig war, konnte dazu führen, dass die Versicherten keine zusätzliche Zeit aufwenden wollten oder konnten, um sich über Dimini informieren zu lassen.⁹⁵
- Anwendung und Umsetzung der Intervention
 - Viele der befragten Akteure hatten ein hohes fachliches und persönliches Interesse an Präventionsmaßnahmen und sahen insbesondere eine Notwendigkeit für einen solchen Ansatz im Bereich Diabetes. Das Programm bot in ihren Augen zudem eine Möglichkeit, Versicherte frühzeitig für das Thema zu sensibilisieren.⁹⁶
 - Hinsichtlich der Umsetzung bzw. Durchführung des FINDRISK-Tests im Praxisalltag äußerten sich die Befragten ausschließlich positiv.⁹⁷
 - Der Einsatz des FINDRISK-Tests (in Verbindung mit der anschließenden Labordiagnostik) wurde zudem positiv bewertet, da auf diese Weise unentdeckte DMT2-Fälle identifiziert wurden.⁹⁸
 - Die App wurde selten genutzt. Sowohl die Hausärztinnen und Hausärzte als auch die MFA betonten einen Zusammenhang zwischen dem Alter der Versicherten und dem Interesse an der App. Aber auch technische Probleme mit der App (Kompatibilitätsprobleme) und umständliches Handling führten zur Ablehnung der App. Insbesondere von den Vertreterinnen und Vertretern der Krankenkassen wurde jedoch hervorgehoben, dass die Einbindung von Apps im Rahmen von Lebensstilinterventionen durchaus sinnvoll sein kann. So könne durch Apps beispielsweise die Zeit zwischen den persönlichen Kontakten überbrückt werden. Apps sollten aber nicht als Einzelkomponente gesehen werden, sondern als integraler Bestandteil einer Lebensstilintervention.⁹⁹
 - Aufseiten der Befragten wurde hervorgehoben, dass der regelmäßige Arztkontakt im Rahmen der Kontrolltermine motivierend gewirkt habe. Insbesondere die MFA hoben hervor, wie wichtig es war, sich für die Anliegen der Dimini-Teilnehmenden ausreichend Zeit zu nehmen und hier motivierend zu unterstützen – auch im Rahmen der Coachings. Die MFA empfanden diese Tätigkeit als positive Aufwertung ihrer Rolle.¹⁰⁰
 - Die Ärztinnen und Ärzte sowie die MFA hoben hervor, dass viele der MFA besondere Zusatzqualifikationen aufwiesen, die es ihnen ermöglichten, die an sie delegierten Aufgaben kompetent durchzuführen. Einige Ärztinnen und Ärzte gaben an, alle Tätigkeiten, bis auf den Erstkontakt, an die MFA delegiert zu haben.¹⁰¹

⁹⁴ Evaluationsbericht Kap. 4.15.2.1

⁹⁵ Evaluationsbericht Kap. 4.15.2.4

⁹⁶ Evaluationsbericht Kap. 4.15.3.1

⁹⁷ Evaluationsbericht Kap. 4.15.3.2

⁹⁸ Evaluationsbericht Kap. 4.15.3.2

⁹⁹ Evaluationsbericht Kap. 4.15.3.4

¹⁰⁰ Evaluationsbericht Kap. 4.15.3.5

¹⁰¹ Evaluationsbericht Kap. 4.15.3.6

- Umsetzung der Intervention aus Sicht der Versicherten
 - Die im Rahmen der Studie befragten Teilnehmenden zeigten eine ausgeprägte Motivation für die Teilnahme an Dimini. Begründet wurde diese unter anderem in einer familiären Vorbelastung. Aber auch das Interesse an Lebensstilveränderungen und insbesondere an einer Gewichtsabnahme hat viele Versicherte zur Teilnahme bewegt.¹⁰²
- Umsetzungshürden
 - Die im Rahmen von Dimini anfallenden Tätigkeiten in den Praxisalltag zu integrieren, wurde zum Teil ebenfalls als Herausforderung wahrgenommen. Dies betraf insbesondere die Ressource Zeit aufseiten der Ärztinnen und Ärzte. Auch die MFA fanden die Tätigkeiten – insbesondere zu Beginn der Teilnahme – zum Teil sehr zeitaufwendig. Die initiale Herausforderung, die Tätigkeit in den Praxisablauf zu integrieren, sei teilweise mit Zeitdruck aufseiten der Dimini-Teilnehmenden kollidiert. Viele der zeitlichen und räumlichen Herausforderungen waren insbesondere durch den Studiencharakter von Dimini bedingt.¹⁰³
- Optimierungsbedarf
 - Das Startset sollte in mehreren Sprachen zur Verfügung stehen. Die App wurde insgesamt als wenig attraktiv bewertet.¹⁰⁴
 - Einer der am häufigsten erwähnten Kritikpunkte an Dimini war die relativ geringe Kontaktfrequenz bzw. die lange Zeitspanne zwischen den Kontakten.¹⁰⁵
- Ausgestaltung und Rahmenbedingungen der Überführung in die Regelversorgung
 - Insgesamt sahen die befragten Hausärztinnen und Hausärzte sowie die MFA Bedarf für eine Lebensstilintervention im Bereich Diabetesprävention auch in der Regelversorgung. Das Ziel von Dimini ist nach Einschätzung der Befragten gut, zum Teil wurde jedoch hervorgehoben, dass es an der Umsetzung im Alltag hapere und diese für eine Einführung in die Regelversorgung angepasst werden müsse.¹⁰⁶
 - Wiederholt wurde hervorgehoben, dass die Ausgestaltung des Versorgungspakets im Rahmen der Prävention in der Regelversorgung beispielsweise den Aufbau neuer Strukturen oder auch die Integration vorhandener Strukturen beinhalten müsste, beispielsweise:
 - Anbindung von Gesundheitscoaches und Ernährungsberaterinnen und -berater,
 - Anbindung von Apps,
 - Aufbau von spezialisierten Praxen mit dem Schwerpunkt Prävention,
 - Integration von Gruppenangeboten.¹⁰⁷
 - Vor allem im Kontext des FINDRISK-Tests wurde in den Interviews eine Auslagerung aus der hausärztlichen Praxis oft als ein möglicher Weg der Übertragung in die Regelversorgung diskutiert. Über die Integration vorhandener Strukturen, beispielsweise bei den Krankenkassen, könne der FINDRISK-Test in die Regelversorgung überführt und flächendeckend angeboten werden.¹⁰⁸

¹⁰² Evaluationsbericht Kap. 4.15.4.1

¹⁰³ Evaluationsbericht Kap. 4.15.5.4

¹⁰⁴ Evaluationsbericht Kap. 4.15.6.1

¹⁰⁵ Evaluationsbericht Kap. 4.15.6.2

¹⁰⁶ Evaluationsbericht Kap. 4.15.7.2

¹⁰⁷ Evaluationsbericht Kap. 4.15.7.2

¹⁰⁸ Evaluationsbericht Kap. 4.15.7.2

- Gefragt nach dem Nutzen bzw. dem Mehrwert des Dimini-Programms, wurde sehr häufig die konkrete Risikoidentifikation zu Beginn des Programms hervorgehoben. Ein solches Risikoscreening wurde von fast allen Befragten als ein Teil der Intervention erwähnt, der relativ leicht in die Regelversorgung überführbar wäre. Eine Anbindung des FINDRISK-Tests konnten sich die Befragten insbesondere im Rahmen von bereits angebotenen Gesundheitsuntersuchungen, wie dem Check-up, aber auch im Rahmen von Impfungen oder Vorstellungen im Zusammenhang mit Erkrankungen in der Praxis vorstellen.¹⁰⁹
- Bei einer Überführung von Dimini oder Komponenten von Dimini in die Regelversorgung sei es nach Ansicht vieler befragter Ärztinnen und Ärzte notwendig, die Vergütung angemessen anzupassen. Es dürfe nicht erwartet werden, dass die zusätzlichen Leistungen ohne zusätzliche Vergütung erbracht werden.¹¹⁰

Hinsichtlich der Beteiligung der Ärzte kann gesagt werden, dass – bei einem Potenzial von insgesamt 5.926 Ärzten in Hessen und Schleswig-Holstein – sich 236 Ärzte in das Programm einschrieben, davon 125 Ärzte aus Hessen und 111 aus Schleswig-Holstein. Nur 138 (58,5 %) Ärzte rekrutierten dann tatsächlich Versicherte: In Hessen gewannen 72 Ärzte insgesamt 2.203 Versicherte (65,8 %) für Dimini und in Schleswig-Holstein rekrutierten 66 Ärzte insgesamt 1.146 Versicherte (34,2 %). Die Anzahl an eingeschriebenen Teilnehmenden variierte zwischen den Praxen stark: Der Großteil der Praxen (n = 54) rekrutierte bis zu zehn Versicherte, in einer Praxis (mit nur einem teilnehmenden Arzt) wurden n = 411 Versicherte rekrutiert. Als Hauptgrund für die zurückhaltende aktive Umsetzung des Programms wurde die zeitliche Ressource einer Hausarztpraxis genannt.

6.16. Limitationen der Studie

Eine ausführliche Diskussion zu den Limitationen der Studie findet sich im Evaluationsbericht, Kap. 5.1. Auszugsweise seien genannt:

Es ist nicht auszuschließen, dass es durch das FINDRISK-Screening, die Übermittlung des Testergebnisses sowie die anschließenden Kontrolluntersuchungen zu Effekten (wie beispielsweise Veränderungen des Lebensstils) in der Kontrollgruppe kam, wodurch die Effekte der Lebensstilintervention im Vergleich sinken.

Zudem ist es möglich, dass die Messungen der anthropometrischen Daten (Körpergewicht, Taillenumfang) Schwankungen unterworfen waren. So ergeben sich beim Wiegen und Messen zum Beispiel unterschiedliche Werte, je nachdem, ob mit oder ohne Bekleidung gemessen bzw. gewogen wurde und welche Art von Bekleidung die Teilnehmenden jahreszeitlich bedingt zum Messzeitpunkt trugen.

Die eingesetzten Fragebögen für die Dimini-Teilnehmenden waren vermutlich zu umfangreich, was auch die geringen Rücklaufquoten erklären könnte. Weiterhin ist denkbar, dass Fragen nicht verstanden oder missverstanden wurden, was dazu geführt haben könnte, dass die Antwortkategorien nicht korrekt im Sinne der Erhebung gewählt wurden oder es zu Fehleinschätzungen kam. Die qualitative Befragung bestätigt diese Vermutung.

Die teilweise sehr geringe Rücklaufquote bei den Fragebögen beeinflusst die statistische Power, sodass es nur eingeschränkt möglich ist, signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen und im Verlauf aufzuzeigen. Zudem können die Ergebnisse durch einen Non-response Bias verzerrt sein, da nicht bekannt ist, inwiefern sich die Antworten zwischen den Personen, die die Fragebögen ausfüllten, im Vergleich zu denen, die keine Angaben machten, unterscheiden. Daneben kann es bei der Beantwortung der Fragen im Kontext der sozialen Erwünschtheit zu einer Verzerrung der Ergebnisse gekommen sein.

¹⁰⁹ Evaluationsbericht Kap. 4.15.7.3

¹¹⁰ Evaluationsbericht Kap. 4.15.7.5

Die Tatsache, dass keine Gründe für einen Drop-out erfasst wurden, führt in Kombination mit den fehlenden HbA1c-Messungen im Studienverlauf dazu, dass DMT2-Neudiagnosen im Verlauf nicht abschließend dokumentiert werden konnten.

Einschränkend ist darauf hinzuweisen, dass es im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie, die vor allem die Beobachtungszeitpunkte t_2 und t_3 betraf, zu Verzerrungen der Ergebnisse gekommen sein kann.

7. Beitrag für die Weiterentwicklung der GKV-Versorgung und Fortführung nach Ende der Förderung

Im Rahmen einer Lebensstilintervention in der RV könnten einige der Aspekte von Dimini übernommen werden, andere müssten ggf. adaptiert oder durch die Integration bereits bestehender Strukturen bereitgestellt werden (ausführliche Handlungsempfehlungen siehe Evaluationsbericht Kap. 5.4).

Der FINDRISK®-Test als integraler Bestandteil von Dimini stellt einen Mehrwert im Vergleich zur aktuellen RV dar: von den insgesamt 3.349 Personen mittleres FINDRISK® gescreenten Teilnehmern wurden 91 Personen (2,7 %) mit einem bislang unerkannten DMT2 identifiziert. Der FINDRISK®-Test wurde von den in der qualitativen Komponente der Evaluation Befragten hinsichtlich der Umsetzung bzw. Durchführung im Praxisalltag ausschließlich positiv bewertet. Er erwies sich demnach als praktikabel, einfach in den Praxisalltag integrierbar und leicht verständlich für Versicherte. Zudem konnte über die Befragung bisher nicht systematisch erfasstes zusätzliches Wissen generiert werden. Generell wurde ein Risikoscreening, beispielsweise mittels FINDRISK®, von fast allen Befragten als ein Teil der Intervention erwähnt, der relativ leicht in die RV überführbar wäre. Auch die im Rahmen der Evaluation befragten Vertreter der teilnehmenden KVen hoben die konkrete Risikoidentifikation durch den FINDRISK® zu Beginn des Programms hervor.

In der RV könnte der FINDRISK®-Test beispielsweise an bereits angebotene Gesundheitsuntersuchungen (z.B. die Check-up-Untersuchung, Hautkrebs-Checks oder andere Vorsorgeuntersuchungen) angebunden werden. Da diese Untersuchungen bereits Personen im jungen Alter angeboten wird (z.B. der Check-up ab 18 Jahren), könnte man so schon früh Risiken für eine Diabetes-Erkrankung erkennen.

Zur Überführung in die RV müsste die Durchführung, Auswertung und das Besprechen der Ergebnisse mit den Versicherten in der Vergütung im Rahmen des EBM abgebildet werden. Außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung könnte der FINDRISK®-Test auch in Apotheken, Schulen, bei Jugendarbeitsschutzuntersuchungen, im betrieblichen Gesundheitsmanagement, auf Internetseiten der KVen sowie in Apps zur Prävention oder Gesundheitsförderung eingesetzt werden. Auf diese Weise könnten auch Menschen erreicht werden, die nicht regelmäßig zum Arzt gehen.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Urheber des FINDRISK®-Bogens, Prof. Dr. Peter E. H. Schwarz (Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden) und die Deutsche Diabetes Stiftung, den Vorschlag und die geplanten Maßnahmen zur Aufnahme des FINDRISK®-Diabetesrisikofragebogens in die RV durch den Gemeinsamen Bundesausschuss, begrüßen und unterstützen.

Im Anschluss an den FINDRISK®-Test müssten den identifizierten Risikopersonen entsprechende präventive Maßnahmen angeboten werden. Hier können einige Aspekte von Dimini übernommen werden, andere müssen adaptiert oder durch die Integration bereits bestehender Strukturen bereitgestellt werden. So könnten über die Anbindung von Gesundheitscoaches und Ernährungsberatern, von digitalen Anwendungen und von (bestehenden) Gruppenangeboten bereits existierende Angebote in einen kohärenten Versorgungspfad integriert werden.

Um die Motivation und das Durchhaltevermögen in Bezug auf die Umsetzung einer Lebensstilintervention dauerhaft aufrechtzuerhalten, sollte eine engmaschigere Betreuung der Teilnehmenden stattfinden. Zusätzliche Gruppeninterventionen könnten einen Weg darstellen, um

die Kontaktfrequenz zu steigern, die in Dimini als zu gering zwischen den Kontroll- oder Coachingterminen wahrgenommen wurde.

Die Ergebnisse von Dimini zeigen, dass allgemein ein Potenzial für die Einbindung digitaler Anwendungen zur Unterstützung von Lebensstilinterventionen besteht. Im Zuge der Digitalisierung sollten somit z. B. auch präventionsspezifische DMT2-Apps intensiver genutzt werden, die dazu beitragen die Motivation aufrecht zu erhalten. Gerade in Zeiten einer Pandemie bieten solche Anwendungen die Möglichkeit, Gruppentreffen oder Interaktionen mit Ärzten oder Coaches digital durchzuführen. Die DiP-App im Rahmen von Dimini wurde als wenig ansprechend empfunden, sodass hier Optimierungsbedarf besteht. So könnten die Oberfläche ansprechender und intuitiver gestaltet und zusätzliche Funktionen integriert werden (z. B. Push-Nachrichten, spielerische Elemente, Challenges, Zielsetzungen, „Belohnungssysteme“ oder Kommunikationsmöglichkeiten mit anderen Nutzern). Gerade ältere Menschen müssten im Hinblick auf die Nutzung geschult werden, was innerhalb des Gruppensettings erfolgen könnte. Die App sollte dabei nicht losgelöst, sondern immer in Verbindung mit anderen Komponenten einer Lebensstilintervention eingesetzt werden. Grundsätzlich sollte die (Weiter-)Entwicklung von spezifischen Präventions-Apps zukünftig stärker in den Fokus rücken.

Zudem liefert Dimini erste Hinweise darauf, dass die Effektivität der Lebensstilintervention möglicherweise in einigen Subgruppen unterschiedlich ausfällt. Auch für die Diabetesprävention gilt: „One size does NOT fit all“. So ist es denkbar, dass Menschen mit Adipositas eine intensivere Betreuung benötigen als Menschen mit leicht erhöhtem BMI. Zudem könnten sich zusätzliche psychologische und verhaltenstherapeutische Elemente bei dieser Subgruppe als sinnvoll erweisen. Im Rahmen von Dimini gab es weiterhin Hinweise darauf, dass die Wirksamkeit der Intervention mit höherem Alter abnahm. Ältere Menschen leben schon länger mit festen Ernährungs- und Bewegungsroutinen und haben es deshalb ggf. schwerer, ihren Lebensstil zu verändern. Eine intensivere Betreuung könnte in dieser Gruppe deshalb ebenfalls angebracht sein. Auch eine subgruppenspezifische Anpassung des Informationsmaterials könnte hilfreich sein. So benötigen Menschen mit geringerem Bildungsstand Informationsmaterial, das dem Bildungsniveau entspricht, z. B. indem leichte Sprache verwendet wird. Ähnliches gilt für Menschen mit Migrationshintergrund. Neben der Darreichungsform könnte in einigen Subgruppen auch eine Adaptation der Präventionsinhalte an die jeweiligen Bedürfnisse für eine größere Effektivität sorgen. So stehen Berufstätige vor der Herausforderung, Lebensstiländerungen auch im Berufsalltag umzusetzen, z. B. in der Kantine beim gemeinsamen Mittagessen mit Kollegen. Sie könnten von kontextbezogenen Hilfestellungen besonders profitieren. Auch Eltern werden häufig mit Umsetzungsschwierigkeiten im Familienalltag konfrontiert. Familienbezogene Präventionsprogramme, die die ganze Familie einbeziehen und beispielsweise gesunde Familienrezepte oder Bewegungstipps für gemeinsame Aktivitäten geben und gleichzeitig die beschränkten zeitlichen Ressourcen von Eltern berücksichtigen, könnten hier besonders wichtig sein. Generell sollten die Lebenspartner idealerweise in das Präventionsprogramm einbezogen werden, um eine nachhaltige Veränderung im gemeinsamen Haushalt zu ermöglichen. Insgesamt ist jedoch eine sensible Vorgehensweise bei allen subgruppenspezifischen Anpassungen erforderlich, um Stigmatisierungseffekte zu vermeiden.

Die Notwendigkeit, subgruppen- bzw. clusterspezifische Prävention stärker in den Fokus zu rücken, ist dadurch gehemmt, dass das deutsche Gesundheitssystem auf Kuration ausgerichtet ist statt auf Gesundheitsförderung und Prävention. Da in erster Linie die KVen für die Behandlung von Krankheiten sowie für Prävention zuständig sind, müssen diese verstärkt ein Augenmerk auf die Früherkennung von Risikopersonen, z. B. anhand von Screeningmaßnahmen, sowie auf das Angebot anschließender gesundheitsfördernder und präventiver Maßnahmen legen. Dies schließt eine Umschichtung von Finanzmitteln hin zur Prävention ein. Es bedarf eines solchen Paradigmenwechsels, um insbesondere chronische Erkrankungen, wie DMT2, hinauszuzögern oder bestenfalls zu vermeiden. Dies gilt einerseits vor dem Hintergrund, dass DMT2 mit hohen Behandlungskosten – auch für Folgeerkrankungen – einhergeht, andererseits ist DMT2 durch Prävention maßgeblich beeinflussbar. Dabei sollte Prävention als Konzept verstanden werden, das auch außerhalb der Arztpraxen angesiedelt ist. In Bezug auf

lebensstilbezogene Faktoren sollte Prävention so früh wie möglich mitgedacht werden. Gesunde Ernährung und körperliche Aktivität könnten bereits in Kita und Schule verankert werden, was den Lebensstil im weiteren Lebensverlauf positiv beeinflussen könnte. Gemäß der Prämisse „präventiv vor kurativ“ sollte viel mehr in den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention investiert werden, was sich wiederum längerfristig auszahlt. Zudem muss der Präventionsgedanke noch stärker in die Lebenswelt integriert werden. Gesundheitsförderung und Prävention müssen als „sexy und hip“ wahrgenommen werden, um einen festen Platz in der Gesellschaft einzunehmen und das proaktive Interesse der Menschen an präventiven Maßnahmen sowie die dauerhafte Motivation aufrechtzuerhalten.

Empfehlung des Konsortiums

Bei der Überführung in die RV sollte darauf geachtet werden, dass in der Arztpraxis keine Bürokratie anfällt und wenig zeitliche Ressourcen in Anspruch genommen werden.

Der FINDRISK®-Bogen sollte Bestandteil von bereits im EBM verankerten Gesundheitsuntersuchungen (z.B. Check-up, EBM-GOP 01732) werden. Je nach Ergebnis (d.h. dem individuellen Risiko, an DMT2 zu erkranken) und individuellen Schwerpunkten (Subgruppe) sollte eine ärztliche Präventionsempfehlung nach § 25 SGB V und ein daran ausgerichtetes Präventionsangebot auf Basis § 20 Abs. 5 SGB V erfolgen.

So könnten die §§ 20 und 25 SGB V relativ einfach mit Leben gefüllt werden.

- ➔ Gemäß § 20 SGB V haben die KK in ihrer Satzung Leistungen zur Verhinderung und Verminderung von Krankheitsrisiken sowie zur Förderung des selbstbestimmten gesundheitsorientierten Handelns der Versicherten vorzusehen und dabei die vom Spitzenverband Bund der KK festgelegten einheitliche Handlungsfelder und Kriterien für die Leistungen zugrunde zu legen. Hierbei sind die Gesundheitsziele „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“ sowie „gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Souveränität der Patientinnen und Patienten stärken“ zu berücksichtigen.
- ➔ Gemäß § 25 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, Anspruch „auf (...) zielgruppengerechte ärztliche Gesundheitsuntersuchungen zur Erfassung und Bewertung gesundheitlicher Risiken und Belastungen, zur Früherkennung von bevölkerungsmedizinisch bedeutsamen Krankheiten und eine darauf abgestimmte präventionsorientierte Beratung (...). Die Gesundheitsuntersuchungen umfassen außerdem, sofern medizinisch angezeigt, eine Präventionsempfehlung für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Abs. 5 SGB V.“

8. Erfolgte bzw. geplante Veröffentlichungen

- **Diabetes verhindern**
AOK Hessen, bleib gesund, Ausgabe 04/2017
- **Dimini erhält Förderung aus dem Innovationsfonds**
KVSH Redaktion/PM, 6/2017, Nordlicht Aktuell
- **„Es gibt nichts Gutes, außer man tut es“**
Dr. Carsten Petersen, Anna Seidinger, 6/2017, Nordlicht Aktuell
- **Innovationsfondsprojekt Dimini**
Dr. Monika Schliffke, KVSH, 11/2017, Nordlicht Aktuell
- **eLearning und Zertifizierung**
Sven Seiller, Jakob Wilder, KVSH, 11/2017, Nordlicht Aktuell
- **Dimini: Extra-Vergütung**
Springer Medizin Verlag GmbH/AOK-Bundesverband, info praxisteam, Ausgabe 03/2018

- **Dimini – Diabetes mellitus? – Ich nicht! Vorstellung eines Versorgungskonzeptes zur Diabetesprävention im hausärztlichen Setting**
Petersen C, Bertram N, Püschner F, Schliffke M, Amelung VE, Göhl M, Binder S, Bergen S, Dimini-Konsortium, Poster Frühjahrskongress der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Berlin, Mai 2018
- **Informationen für Hausärzte**
Silke Utz, KVSH, 5/2018, Nordlicht Aktuell
- **Informationen für Gynäkologen, Orthopäden, Kardiologen und Nephrologen**
Silke Utz, KVSH, 6/2018, Nordlicht Aktuell
- **„Dimini ist Versorgung der Zukunft“**
Dr. Ulrich von Rath, Jakob Wilder, KVSH, 8/2018, Nordlicht aktuell
- **Rückenwind für die Diabetes-Prävention**
Melanie Kusch, Annabelle Scheffler, Janin Safsouf, 9/2018, Nordlicht Aktuell
- **Einschreibephase verlängert bis Mitte 2019!**
Silke Utz, KVSH, 12/2018, Nordlicht Aktuell
- **Mit Dimini Menschen vor Diabetes schützen**
Dirk Schnack, Ärzte Zeitung online, 21.08.2018
- **Diabetes? Ich doch nicht**
AOK Hessen, bleib gesund, Ausgabe 12/2018
- **Dimini – Diabetes mellitus? – Ich nicht! Vorstellung eines vom Innovationsfonds geförderten Versorgungskonzeptes zur Diabetesprävention**
Schliffke M, Püschner F, Bertram N, Petersen C, Amelung VE, Göhl M, Binder S, Bergen S, Dimini-Konsortium (2018). Poster, Kongress des Innovationsausschusses beim G-BA, Mai 2018, Berlin, Deutschland. Online unter: https://inav-berlin.de/wp-content/uploads/2020/05/schliffke_diminiposterifondskongress2018_inav_vw_20180504.pdf [abgerufen am: 26.08.2021].
- **Typ-2-Diabetes: Hausärzte identifizieren Risikopatienten**
Cornelia Kolbeck, Medical Tribune 08.01.2019, <https://www.medical-tribune.de/medizin-und-forschung/artikel/typ-2-diabetes-hausaerzte-identifizieren-risikopatienten/> [abgerufen am: 29.09.2021]
- **Typ-2-Diabetes - Anstieg verhindern**
NordWest FAKTOR, Ausgabe 03/2019
- **Endspurt für Einschreibungen beginnt!**
KVSH, 3/2019, Nordlicht Aktuell
- **Endspurt für Einschreibungen beginnt!**
KVSH, 4/2019, Nordlicht Aktuell
- **Dimini läuft!**
Dr. Carsten Petersen, 5/2019, Nordlicht Aktuell
- **Einschreibephase ist beendet – Eine Zwischenbilanz**
Silke Utz, KVSH, 9/2019, Nordlicht Aktuell
- **Gesundheitsatlas Schleswig-Holstein Diabetes mellitus**
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdo) Berlin 2019
- **Prävention des Diabetes ist erwachsen geworden**
Peter E. H. Schwarz, Patrick Timpel, Kerstin Kempf, Stephan Martin, Carsten Petersen, Katja Prax, Helmut Schlager, Kristina Friedland, Julia Hoffmann, Monika Spies, Julia Günther, Hans Hauner, Rüdiger Landgraf, Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2020 Verlag Kirchheim, Mainz 2019

- **Digitale Prävention Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes 2020 in Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes, S. 174**
Herausgeber: Bernhard Kulzer und Lutz Heinemann; Kirchheim-Verlag, Mainz 2020
- **Dimini – Diabetes mellitus? Ich nicht! Best Practice Beispiel anhand eines Diabetespräventionsprogrammes im Rahmen des Innovationsfonds**
Nick Bertram, Franziska Püschner, Sebastian Binder, Monika Schliffke, Martin Göhl und Carsten Petersen, U. Hahn, C. Kurscheid (Hrsg.), Intersektorale Versorgung, https://doi.org/10.1007/978-3-658-29015-3_16 Springer Nature 2020 (nicht open access).
- **Health Literacy in Germans with high risk for Diabetes mellitus Type 2. Baseline Results of the Lifestyle Intervention Dimini.**
Dubois C, Wetzel S, Schliffke M, Petersen C, Püschner F., Poster, Virtual I-SPOR Europe 2020, November 2020
- **Prävention, Remission oder Verzögerung der Typ-2-Diabetes-Manifestation – Teil 1** Rüdiger Landgraf, Diabetologie 2020; 15: 377–391 | © 2020. Thieme (nicht open access)
- **Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Risiko, an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken und Zusammenhänge mit dem Gesundheitszustand sowie verhaltensbezogenen Risikofaktoren**
Püschner F, Krotz J, Urbanski-Rini D, Schliffke M, Petersen C, für das Dimini-Konsortium (2021). Das Gesundheitswesen. In review.
- **The association between the risk of developing type 2 diabetes mellitus and health-related quality of life: baseline results from the Dimini lifestyle intervention**
Püschner F, Wetzel S, Urbanski D, Bertram N, Schliffke M, Göhl M, Petersen C, on behalf of the Dimini Consortium (2021). Springer Quality of Life Research. Quality of Life Research, <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02878-2>
- **Dimini – Diabetes mellitus? – Ich nicht! Aktivierung der Gesundheitskompetenz von Versicherten mit erhöhtem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 mittels Coaching in der Vertragsarztpraxis**
Püschner F, Urbanski-Rini D, Dubois C, Schliffke M, Göhl M, Petersen C, Dimini Konsortium (2021). Diabetologie. In Erstellung.
- **Dimini – Ergebnisse der Evaluation**
Dr. Franziska Püschner, Silke Utz, KVSH, Nordlicht Aktuell, in Planung

Dimini Newsletter

- **Wer sollte ins Dimini-Programm?** KVSH, 23.04.2018
- **Teilnahmeerklärungen**, KVSH, 07.05.2018
- **Abrechnung und Versicherten-Fragebogen**, KVSH, 15.06.2018
- **Material-Nachbestellung und Umfrage**, KVSH, 19.06.2018
- **Versicherten-Fragebogen und Dimini-Material**, KVSH, 04.07.2018
- **Abrechnung der Dimini-Leistungen** (nur Schleswig-Holstein), KVSH, 06.07.2018
- **Fact-Sheets**, KVSH, 16.07.2018
- **Dimini-Dynamik trotz Hochsommer**, KVSH, 06.08.2018
- **Web-Anwendung: Überarbeitete Patientenliste**, KVSH, 20.08.2018
- **Dimini-Teilnehmer mit FINDRISK-Score < 12**, KVSH, 04.09.2018

- **Betreuung der Versicherten in der Interventions- und Kontrollgruppe nach dem FINDRISK-Test**, KVSH, 11.09.2018
- **Dimini-Präventionsempfehlungen für die Teilnehmer der Kontrollgruppe**, KVSH, 30.10.2018
- **Verlängerung der Einschreibephase bis 30. Juni 2019!**, KVSH, 08.11.2018
- **High-Performer und Low-Performer**, KVSH, 11.12.2018
- **Dimini-Teilnehmer durch das Programm begleiten**, KVSH, 29.01.2019
- **Teilnahme-/Einwilligungserklärung in Hessen (nur Hessen)**, KVSH, 29.01.2019
- **Neue Funktion in der Dimini-Web-Anwendung**, KVSH, 05.02.2019
- **Endspurt**, KVSH, 09.04.2019
- **Die Einschreibephase ist beendet und Wie geht es weiter?**, KVSH, 25.07.2019
- **Dimini-Beauftragte MFA**, KVSH, 31.07.2019
- **Dimini geht in die letzte Runde**, KVSH, 23.10.2019
- **Es weihnachtet sehr...**, KVSH, 03.12.2019
- **Infos zu Dimini und gesundem Lebensstil**, Dr. C. Petersen, KVSH, 28.02.2020
- **Dimini, Corona und frohe Ostern**, KVSH, 07.04.2020
- **Dimini-Endspurt!**, KVSH, 09.06.2020
- **Dimini: Jetzt startet die wissenschaftliche Evaluation**, KVSH, 01.07.2020
- **Der letzte Dimini-Monat hat begonnen!**, KVSH, 03.09.2020
- **Wichtig: letzte Dimini ToDos und Abrechnung**, KVSH, 21.09.2020

9. Anlagen

Anlage 1: Literaturverzeichnis

Anlage 2: Vollständiger Evaluationsbericht

Anlage 3: Dimini-Materialien

- Plakat für die Coaching-Praxis
- Tischkarte für die Coaching-Praxis
- Flyer
- Flyer für Jobcenter und Arbeitsagenturen
- Gesprächsleitfaden Jobcenter und Arbeitsagenturen
- Empfehlungskarte Fachärzte
- Karte 1 (Allgemein)
- Karte 2 (Interventionsgruppe)
- Karte 3 (Kontrollgruppe)
- Leitfaden (Auszug)
- Tagebuch (Auszug)
- Lebensmittelliste (Auszug)
- Startset
- DiP-App
- Dimini-Video (Link)

Anlage 4: Dokumentation Web-Anwendung

Anlage 5: Fragebögen

Anlage 6: Interviewleitfäden

Anlage 7: Schulungsunterlagen

Anlage 8: Selektivvertrag

Anlage 1: Literaturverzeichnis

- AWMF (2013). Nationale Versorgungs Leitlinie. Therapie des Typ-2-Diabetes 4. Online unter: <https://www.leitlinien.de/themen/diabetes/archiv/pdf/therapie-des-typ-2-diabetes/dm-therapie-1aufl-vers4-lang.pdf> [abgerufen am: 29.05.2020].
- Aziz, Z., Absetz, P., Oldroyd, J., Pronk, N. P., Oldenburg, B. (2015). A systematic review of real-world diabetes prevention programs: learnings from the last 15 years. *Implement Sci*, 10:172.
- Belsley, D. A., Kuh, E., Welsh, R. E. (1980). Regression Diagnostics: Identifying Influential Data and Sources of Collinearity. Wiley Series in Probability and Mathematical Statistics. Aufl., S. 11–16). New York: John Wiley & Sons.
- BMG (2019). *Begriffe A-Z > P > Prävention*. Bundesministerium für Gesundheit. Online unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/praevention.html> [abgerufen am: 02.10.2020].
- Burke, L. A., Miller, M. K. (2001). Phone Interviewing as a Means of Data Collection: Lessons Learned and Practical Recommendations. 2001, 2(2).
- Chen, L., Magliano, D. J., Zimmet, P. Z. (2012). The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus—present and future perspectives. *Nature reviews endocrinology*, 8(4):228-236.
- Costa, B., Barrio, F., Cabré, J. J., Piñol, J. L., Cos, X., Solé, C., et al. (2012). Delaying progression to type 2 diabetes among high-risk Spanish individuals is feasible in real-life primary healthcare settings using intensive lifestyle intervention. *Diabetologia*, 55(5):1319-1328.
- Diabetes Prevention Program Research Group (2002). The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes care*, 25(12):2165-2171.
- Deutscher Bundestag (2020). Bundestag will mehr Prävention bei Adipositas und Diabetes mellitus. Online unter: <https://www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2020/kw27-de-diabetes-strategie-701742> [abgerufen am: 30.11.2020].
- Elsner, C., Hindricks, G., Berlib, M. (2001). Datenerhebungen in klinischen Studien: Papier, Handheld oder Browser? *Dtsch Arztebl International*, 98(41):23.
- Elze, S. (2019). Das Präventionsgesetz versagt bei der Primärprävention des Typ-2-Diabetes. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 14(4):403-406.
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e. V., 2020
- Gillett, M., Royle, P., Snaith, A., Scotland, G., Poobalan, A., Imamura, M., et al. (2012). Non-pharmacological interventions to reduce the risk of diabetes in people with impaired glucose regulation: a systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 16(33):1-236, iii-iv.
- GKV Spitzenverband (2015). Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 Abs. 1 S. 3 SGB V vom 1. Oktober 2013, in der Fassung vom 1. Januar 2015. Online unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/aerztliche_versorgung/bundesmantelvertrag/anlagen_zum_bundesmantelvertrag/einzelne_anlagen_zum_bmv/bmv_anlage_24_delegation.jsp [abgerufen am: 05.11.2020].
- GKV Spitzenverband (2020). *Präventionsbericht 2020. Berichtsjahr 2019*. Online unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_bgf/praeventionsbericht/praeventionsbericht.jsp [abgerufen am: 30.11.2020].
- Heidemann, C., Du, Y., Paprott, R., Haftenberger, M., Rathmann, W., Scheidt-Nave, C. (2016). Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997-1999 and 2008-2011. *Diabet Med*, 33(10):1406-1414.

Akronym: Dimini

Förderkennzeichen: 01NVF17012

- Hemmingsen, B., Gimenez-Perez, G., Mauricio, D., Roqué, I. F. M., Metzendorf, M. I., Richter, B. (2017). Diet, physical activity or both for prevention or delay of type 2 diabetes mellitus and its associated complications in people at increased risk of developing type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database Syst Rev*, 12(12):Cd003054.
- Icks, A., Rathmann, W., Rosenbauer, J., Giani, G. (2005). Themenheft 24 "Diabetes mellitus" (pp. 38): Robert Koch-Institut.
- International Diabetes Federation (2015). IDF Diabetes Atlas – Seventh Edition.
- International Diabetes Federation (2019). IDF Diabetes Atlas - Ninth Edition.
- Jacobs, E., Rathmann, W. (2017). Epidemiologie des Diabetes. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 12(06):437-446.
- Jordan, S., Starker, A., Krug, S., Manz, K., Moosburger, R., Schienkiewitz, A., et al. (2020). Health behaviour and COVID-19: Initial findings on the pandemic. *Journal of Health Monitoring*:2–14.
- Kosaka, K., Noda, M., Kuzuya, T. (2005). Prevention of type 2 diabetes by lifestyle intervention: a Japanese trial in IGT males. *Diabetes Res Clin Pract*, 67(2):152-162.
- Kuckartz, U., Rädiker, S. (2019). Datenaufbereitung und Datenbereinigung in der qualitativen Sozialforschung *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 441-456): Springer.
- Kulzer, B., Hermanns, N., Krichbaum, M., Gorges, D., Haak, T. (2014). Primäre Prävention des Typ-2-Diabetes durch Lebensstilmodifikation. *Der Diabetologe*, 10(4):276-285.
- Kulzer, B., Kröger, J. (2020). Digitalisierungs- und Technologiereport Diabetes 2020. Digitale Prävention. Online unter: <https://www.dut-report.de/2020/01/14/digitale-praevention/> [abgerufen am: 30.11.2020].
- Lehmer, D. H. (1948). On the Partition of Numbers into Squares. *The American Mathematical Monthly*, 55(8):476-481.
- Lindström, J., Neumann, A., Sheppard, K. E., Gilis-Januszewska, A., Greaves, C. J., Handke, U., et al. (2010). Take action to prevent diabetes--the IMAGE toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe. *Horm Metab Res*, 42 Suppl 1:37-55.
- Littig, B., Wallace, C. (1997). Möglichkeiten und Grenzen von Fokus-Gruppendiskussionen für die sozialwissenschaftliche Forschung. Online unter: https://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/22202/ssoar-1997-littig_et_al-moeglichkeiten_und_grenzen_von_fokus-gruppendiskussionen.pdf?sequence=1&isAllowed=y&lnkname=ssoar-1997-littig_et_al-moeglichkeiten_und_grenzen_von_fokus-gruppendiskussionen.pdf [abgerufen am 30.11.2020].
- Mayring, P., Fenzl, T. (2019). Qualitative inhaltsanalyse *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung* (S. 633-648): Springer.
- Nationale Diabetes-Surveillance am RKI (2019). *Diabetes in Deutschland – Bericht der Nationalen Diabetes-Surveillance 2019*. Robert Koch-Institut. Online unter: https://diabsurv.rki.de/SharedDocs/downloads/DE/DiabSurv/diabetesbericht2019.pdf?__blob=publicationFile&v=12 [abgerufen am: 26.11.2020].
- Paprott, R., Heidemann, C., Stühmann, L. M., Baumert, J., Du, Y., Hansen, S., et al. (2017). Erste Ergebnisse der Studie „Krankheitswissen und Informationsbedarfe – Diabetes mellitus (2017)“. (S3):23-62.
- Perkins, G. H., Yuan, H. (2001). A comparison of web-based and paper-and-pencil library satisfaction survey results. *College & Research Libraries*, 62(4):369-377.
- Pohontsch, N. J., Müller, V., Brandner, S., Karlheim, C., Jünger, S., Klindtworth, K., et al. (2018). Gruppendiskussionen in der Versorgungsforschung – Teil 1: Einführung und Überlegungen zur Methodenwahl und Planung. *Gesundheitswesen*, 80(10):864-870.

- Reichardt, A. (2020). *Enttäuschung über „Light“-Version der Diabetesstrategie*. Deutsches Ärzteblatt. Online unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/114122/Enttaeuschung-ueber-Light-Version-der-Diabetesstrategie#comments> [abgerufen am: 30.11.2020].
- Rosenbauer, J., Neu, A., Rothe, U., Seufert, J., Holl, R. W. (2019). Diabetestypen sind nicht auf Altersgruppen beschränkt: Typ-1-Diabetes bei Erwachsenen und Typ-2-Diabetes bei Kindern und Jugendlichen. *Journal of Health Monitoring*, 4(2):31--53.
- Saito, T., Watanabe, M., Nishida, J., Izumi, T., Omura, M., Takagi, T., et al. (2011). Lifestyle modification and prevention of type 2 diabetes in overweight Japanese with impaired fasting glucose levels: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 171(15):1352-1360.
- Schaeffer, D., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Kolpatzik, K. H. (2018). *Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz. Die Gesundheitskompetenz in Deutschland stärken*. KomPart. Online unter: <https://www.nap-gesundheitskompetenz.de/> [abgerufen am: 30.10.2020].
- Schmoor, C. (2008). *Die Problematik von Subgruppenanalysen in klinischen Studien: Eine hypothetische klinische Studie beim Mammakarzinom*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.
- Schnell, R., Hill, P. B., Esser, E. (2018). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. Berlin, Boston: De Gruyter Oldenbourg.
- Schuette, W., Eberhardt, W. E., Waller, C., Schirmacher, P., Dietel, M., Zirrgiebel, U., et al. (2016). Subgroup Analysis of the Non-interventional REASON Study: PFS and OS According to Age, Smoking History, Gender, and Histology in NSCLC Patients Treated with Gefitinib or Chemotherapy. *Pneumologie*, 70(9):579-588.
- Schulz, K. F., Grimes, D. A. (2007). Reihe Epidemiologie 8: Verblindung in randomisierten Studien: Wie man verdeckt, wer was erhalten hat. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen-German Journal for Quality in Health Care*, 101(9):630-637.
- Schulz, M., Mack, B., Renn, O. (2012). *Fokusgruppen in der empirischen Sozialwissenschaft: Von der Konzeption bis zur Auswertung*: Springer-Verlag.
- Schunk, M., Reitmeir, P., Schipf, S., Völzke, H., Meisinger, C., Thorand, B., et al. (2012). Health-related quality of life in subjects with and without Type 2 diabetes: pooled analysis of five population-based surveys in Germany. *Diabet Med*, 29(5):646-653.
- Schwarz, P. E. (2012). Prediabetes: high risk factor for diabetes mellitus type 2? - Successful prevention with early interventions for lifestyle modification. *Dtsch Med Wochenschr*, 137(37):1788.
- Secginli, S., Erdogan, S., Monsen, K. A. (2014). Attitudes of health professionals towards electronic health records in primary health care settings: a questionnaire survey. *Inform Health Soc Care*, 39(1):15-32.
- Schleswig-Holsteinischer Zeitungsverlag GmbH & Co. KG – SHZ 12/2017
- Tamayo, T., Rosenbauer, J., Wild, S. H., Spijkerman, A. M., Baan, C., Forouhi, N. G., et al. (2014). Diabetes in Europe: an update. *Diabetes Res Clin Pract*, 103(2):206-217.
- Tönnies, T., Röckl, S., Hoyer, A., Heidemann, C., Baumert, J., Du, Y., et al. (2019). Projected number of people with diagnosed Type 2 diabetes in Germany in 2040. *Diabet Med*, 36(10):1217-1225.
- Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J. G., Valle, T. T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., et al. (2001). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *N Engl J Med*, 344(18):1343-1350.
- Tuttas, C. A. (2015). Lessons Learned Using Web Conference Technology for Online Focus Group Interviews. *Qualitative Health Research*, 25(1):122-133.
- Vissenberg, C., Nierkens, V., Uitewaal, P. J. M., Middelkoop, B. J. C., Stronks, K. (2017). Recruitment and retention in a 10-month social network-based intervention promoting

Akronym: Dimini

Förderkennzeichen: 01NVF17012

diabetes self-management in socioeconomically deprived patients: a qualitative process evaluation. *BMJ Open*, 7(7):e012284.

Wagner, R., Fritsche, A. (2020). Prädiabetes und Diabetessubphänotypen – Konsequenzen für die Prävention. *Der Diabetologe*, 16(3):234-238.

Anlage 2: Vollständiger Evaluationsbericht

Die Anlage ist über den folgenden Link abrufbar: https://innovationsfonds.g-ba.de/downloads/abschluss-dokumente/126/2022-01-22_Dimini_Evaluationsbericht.pdf

Akronym: Dimini

Förderkennzeichen: 01NVF17012

Anlage 3: Dimini-Materialien

Übersicht:

Plakat für die Coaching-Praxis

Tischkarte – Seite 1

Tischkarte – Seite 2

Dimini-Flyer

Dimini-Flyer für Jobcenter und Arbeitsagenturen

Gesprächsleitfaden Jobcenter und Arbeitsagenturen – Seite 1

Gesprächsleitfaden Jobcenter und Arbeitsagenturen – Seite 2

Empfehlungskarte Fachärzte

Karte 1 (Allgemein)

Karte 2 (Interventionsgruppe)

Karte 3 (Kontrollgruppe)

Leitfaden

Tagebuch

Lebensmittelliste

Startset

DiP-App

Dimini-Video

The poster features a red banner at the top with the text 'Gesundheit ist mir wichtig.' and 'Ich mache mit!' in white and red script. Below this, a red apple is wrapped in a measuring tape, and a pair of silver dumbbells is also wrapped in a measuring tape. The Dimini logo is in the top right corner. The main text at the bottom reads 'Dimini - unsere Praxis ist dabei!' followed by 'Sprechen Sie mit Ihrem Arzt und machen Sie den Diabetes-Risiko-Test!' and three questions: 'Kennen Sie Ihr persönliches Diabetes-Risiko? Kommt Diabetes in Ihrer Familie vor? Bewegen Sie sich im Alltag eher wenig? Haben Sie Probleme mit Ihrem Körpergewicht?' The bottom section contains logos for various partner organizations, categorized by region: Schleswig-Holstein (KSH, AOK NordWest, BARMER, DAK Gesundheit, and a small blue logo), Hessen (KVL and AOK), and both regions (docEvent, DDG, DGPR, a red triangle logo, inav, and MSD). A small vertical logo '© 2014, 2015, 2016' is on the right side.

Gesundheit ist mir wichtig.

Ich mache mit!

Dimini
Für meine Gesundheit.

Dimini - unsere Praxis ist dabei!
Sprechen Sie mit Ihrem Arzt und machen Sie den Diabetes-Risiko-Test!

Kennen Sie Ihr persönliches Diabetes-Risiko? Kommt Diabetes in Ihrer Familie vor? Bewegen Sie sich im Alltag eher wenig? Haben Sie Probleme mit Ihrem Körpergewicht?

Partner in Schleswig-Holstein: **KSH**, **AOK NordWest**, **BARMER**, **DAK Gesundheit**

Partner in Hessen: **KVL**, **AOK**

Partner in beiden Regionen: **docEvent**, **DDG**, **DGPR**, **inav**, **MSD**

© 2014, 2015, 2016

Diabetesrisiko senken mit dem Dimini-Projekt



Versicherte mit folgendem Risikoprofil kommen für Dimini
in Frage:

- ✓ Erkennbare abdominelle Adipositas
- ✓ Positive Familienanamnese
- ✓ Bewegungsarmer Lebensstil
- ✓ Älter als 18 Jahre
- ✓ Versichert bei einer der teilnehmenden Krankenkassen.

Schleswig-Holstein:

AOK NORDWEST, BARMER, DAK-Gesundheit, TK

Hessen:

AOK Hessen



**Testen Sie das Risiko Ihrer Patienten
mit dem FINDRISK-Test**



Dimini ist ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des Innovationsfonds geförderter Programm zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes. Mittels eines modular aufgebauten und ärztlich gestützten Coachings wird die Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes gestärkt, und die Entstehung von Typ-2-Diabetes verzögert oder sogar verhindert. Zum Nachweis der Wirksamkeit des Programms wird eine randomisierte Studie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen durchgeführt. Unter der Konsortialführung der Kassenzentralen Vereinigung Schleswig-Holstein haben sich für das Projekt unter anderem führende Krankenkassen, ein forschendes Pharmaunternehmen sowie mehrere große Fachgesellschaften zusammengeschlossen.

Dimini-Flyer

Die 3. gute Nachricht:
Wir unterstützen Sie dabei, den Diabetes zu vermeiden.
An dem Programm Dimini (Diabetes mellitus - Ich nicht!) können Sie 2018 kostenlos teilnehmen. Insgesamt 5.000 Versicherte in Schleswig-Holstein und Hessen werden gebeten, den Findrisk-Test in ihrer Hausarztpraxis durchzuführen. Ist bei Ihnen ein erhöhtes Risiko nachweisbar, erhalten Sie spezielle Beratungen und Hinweise, mit welch wenigen Mitteln ein Diabetes verzögert oder verhindert werden kann.



Sie haben die Chance, eine lebenslange Erkrankung zu vermeiden.

Dimini
Für meine Gesundheit.

Dimini gibt Ihnen jede Unterstützung.



Dimini
Für meine Gesundheit.



STAND: NOVEMBER 2017

Gesundheit ist mir wichtig!

Ich mache mit!

Dimini
Für meine Gesundheit.



- Kennen Sie Ihr persönliches Diabetes-Risiko?
- Kommt Diabetes in Ihrer Familie vor?
- Bewegen Sie sich im Alltag eher wenig?
- Haben Sie Probleme mit Ihrem Körpergewicht?

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt und machen Sie den Diabetes-Risiko-Test!

*1 schlechte
3 gute Nachrichten*

Die schlechte Nachricht:
Fast jeder 10. Bundesbürger ist bereits an Diabetes, der Zuckerkrankheit, erkrankt. Die Tendenz ist leider steigend. Immer mehr Menschen in immer jüngeren Jahren erkranken an Typ-2-Diabetes, den man früher umgangssprachlich auch Altersdiabetes nannte. Viele Menschen sind bereits Diabetiker, ohne dies zu wissen. Denn Diabetes tut nicht weh. Dennoch ist bereits die Basis gelegt für spätere Blutgefäß- und Nervenschäden und das Risiko für Herzinfarkte, Schlaganfälle, Erblindungen ist erhöht.





Die 2. gute Nachricht:
Der Typ-2-Diabetes ist bei den meisten Menschen vermeidbar - selbst bei einem erhöhten Risiko.
Fast jeder 3. Mensch in Deutschland hat eine Veranlagung zu Typ-2-Diabetes. Viele erkranken aber nicht daran. Sie laufen ihm im wahrsten Sinne des Wortes davon. Denn selbst wenn man gefährdet ist, kann man durch tägliche Bewegung einen Krankheitsausbruch verhindern. Und nebenbei: überflüssige Pfunde lassen sich damit auch leichter abbauen.

Die 1. gute Nachricht:
In nur 2 Minuten erfahren Sie, ob Sie gefährdet sind, an Diabetes zu erkranken.
Sie wollen wissen, ob Sie gefährdet sind, an Diabetes zu erkranken? Nichts leichter als das! Mit einem kurzen Fragebogen läßt sich Ihr Risiko für einen Zeitraum von 10 Jahren sicher vorhersagen.

Einfacher geht es nicht! Sprechen Sie Ihre Hausarztpraxis an und machen Sie den Findrisk®-Test.



Dimini-Flyer für Jobcenter und Arbeitsagenturen



Diabetes

handeln Sie jetzt!

Kennen Sie Ihr Risiko?
Kommt Diabetes in Ihrer Familie vor?
Bewegen Sie sich im Alltag eher wenig?
Haben Sie Probleme mit dem Körpergewicht?

Teilnehmende Ärzte des neuen Dimini-Projektes können Ihnen helfen, Ihr Risiko für Diabetes zu erkennen und zu senken. Diese Unterstützung erleichtert eine erfolgreiche Änderung Ihres Lebensstils – mehr bewegen und gesünder essen.

Mehr Informationen erhalten Sie bei teilnehmenden Ärzten des Dimini-Projektes. Eine Übersicht teilnehmender Ärzte ist diesem Flyer beigelegt. Zudem finden Sie die Übersicht teilnehmender Ärzte hier: www.dimini.org/arztfinder

Nutzen Sie die Gelegenheit.
Werden Sie **jetzt** aktiv für Ihre Gesundheit!



Partner in Schleswig-Holstein

Partner in Hessen

Partner in beiden Regionen

Dimini ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Innovationsfonds gefördertes Programm zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes; Mittels eines modular aufgebauten und ärztlich gestützten Coachings wird die Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes gestärkt, und die Entstehung von Typ-2-Diabetes verzögert oder sogar verhindert. Zum Nachweis der Wirksamkeit des Programms wird eine randomisierte Studie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen durchgeführt. Unter der Konsortialführung der Kassenerärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein haben sich für das Projekt unter anderem führende Krankenkassen, ein forschendes Pharmaunternehmen sowie mehrere große Fachgesellschaften zusammengeschlossen.

GESPRÄCHSLEITFADEN

für die Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter in der Agentur für Arbeit/im Jobcenter für eine Beratung zum Dimini-Projekt

Hintergrundinformationen zum Projekt

Mit dem Versorgungsstärkungsgesetz sollen neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen, und Versorgungsforschungsprojekte, die auf einen Erkenntnisgewinn zur Verbesserung der bestehenden Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgerichtet sind, gefördert werden. Übergeordnetes Ziel des Innovationsfonds ist eine qualitative Weiterentwicklung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland.

Das Dimini-Projekt ist eine über den Innovationsfond geförderte Ergänzung der Vorsorgeuntersuchung „Check-up“. Bei diesem sollen häufig auftretende Krankheiten wie z. B. Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Nierenerkrankungen bzw. deren Risikofaktoren frühzeitig erkannt werden.

Die Bundesagentur für Arbeit unterstützt das Projekt. Erwerbslose Menschen, deren Gesundheitszustand deutlich schlechter ist als der von Erwerbstätigen nehmen Gesundheitsförderangebote nur unterdurchschnittlich in Anspruch. Durch eine gezielte und vorteilsübersetzende Ansprache sollen KundInnen und Kunden im Jobcenter zur freiwilligen Nutzung motiviert werden. Dies dient auch der Verbesserung ihrer Integrationsfähigkeit.

Mögliche Gesprächsanlässe während der Beratung

- Die KundIn/Der Kunde thematisiert im Beratungsgespräch offen und von sich aus gesundheitliche Einschränkungen aufgrund eines zu hohen Körpergewichts oder Bewegungsmangel oder äußert, dass Diabetes-Erkrankungen in seiner Familie vorkommen.
- Die Integrations-/Beratungs-/Vermittlungsfachkraft erkennt durch das sensible und aufmerksame Lesen eines ärztlichen Gutachtens Hinweise, die eine Ansprache zum Dimini-Projekt sinnvoll erscheinen lassen. Dies können beispielsweise Hinweise zu möglichen Funktionsstörungen des Stoffwechsels, zu einem krankheitswertigen Übergewicht oder das Anraten der Reduzierung des Körpergewichts sein.
- Die Integrations-/Beratungs-/Vermittlungsfachkraft nimmt offenkundige Risikofaktoren wahr (z. B. Übergewicht) und spricht die KundIn/den Kunden aktiv an.



Partner in Schleswig-Holstein: KSH, DIMINI, BARMER, DIAR, K

Partner in Hessen: K, AOK, DIMINI, DDG, PPS, A, Inav, MSD

Partner in Baden-Württemberg: DIMINI, DDG, PPS, A, Inav, MSD

Dimini ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Innovationsfonds geförderter Program zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes. Mittels eines modular aufgebauten und flexibel gesteuerten Coachings wird die Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes gestärkt, und die Entstehung von Typ-2-Diabetes verzögert oder sogar verhindert. Zum Nachweis der Wirksamkeit des Programms wird eine randomisierte Studie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen durchgeführt. Unter der Konzeptionsführung der Kasselerischen Vereinigung Schleswig-Holstein haben sich für das Projekt unter anderem Kliniken, Krankenkassen, ein Forschungsinstitut sowie mehrere große Fachgesellschaften zusammengeschlossen.

Möglicher Ablauf des Gesprächsteils zum Dimini-Programm

- Starten Sie den Dimini-bezogenen Gesprächsteil bspw. mit der Darstellung des Zusammenhangs von Arbeitslosigkeit und Gesundheit.
- Erwähnen Sie kurz das Thema Diabetes.
- Zeigen Sie die mögliche Hilfestellung durch das Projekt Dimini auf.
- Händigen Sie den Dimini-Flyer mit beigelegter Liste am Programm teilnehmender Ärztinnen/Ärzte aus. Eine regelmäßig aktualisierte Liste über alle am Programm teilnehmenden Ärztinnen/Ärzte finden Sie unter folgendem Link: www.dimini.org/arztfinder
- Weisen Sie die Kundin/den Kunden, darauf hin, dass eine Teilnahme nur möglich ist, wenn sie/er Mitglied der Krankenkasse auf dem Flyer ist
- Bitten Sie die Kundin/den Kunden den Flyer zum Arztbesuch mitzunehmen.

Achtung:

Bei der Ansprache der Kundinnen und Kunden sind die gültigen datenschutzrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Es dürfen **keine** Diagnosen und Befunde erhoben werden.

Die Teilnahme an Dimini ist freiwillig und nicht Bestandteil der Eingliederungsvereinbarung.



Empfehlungskarte Fachärzte

DIMINI – ANLAGE 5 INFORMATIONSBLETT EMPFEHLUNG

Empfehlung für die Teilnahme am Projekt „Dimini“

Für die/den Versicherte(n): _____

Sehr geehrte Versicherte, sehr geehrter Versicherter,

Beim Facharzt bzw. im Rehazentrum wurden Sie auf die Risiken einer möglichen Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 angesprochen. Eine Teilnahme am Dimini-Projekt wurde Ihnen empfohlen.

Das Dimini-Projekt wird in hausärztlichen Praxen durchgeführt. In folgender Dimini-Praxis wurde mit Ihnen ein Termin vereinbart, um Ihr individuelles Diabetesrisiko zu testen und Ihnen dann, je nach Ergebnis, eine Teilnahme am Dimini-Projekt zu ermöglichen.

(Name, ggf. Anschrift und Telefonnummer) _____

Für Sie wurde folgender Termin in der oben genannten Dimini-Praxis vereinbart:

Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag, den _____, um _____ Uhr.

Bitte händigen Sie dieses Formular an die Mitarbeiter der Dimini-Praxis aus.



Dimini ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des Innovationsfonds gefördertes Programm zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes: Mittels eines modular aufgebauten und ärztlich gestützten Coachings wird die Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes gestärkt, und die Entstehung von Typ-2-Diabetes verzögert oder sogar verhindert. Zum Nachweis der Wirksamkeit des Programms wird eine randomisierte Studie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen durchgeführt. Unter der Konsortialführung der Kassennärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein haben sich für das Projekt unter anderem führende Krankenkassen, ein forschendes Pharmaunternehmen sowie mehrere große Fachgesellschaften zusammengeschlossen.

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nummer	Arzt-Nr.	Datum

DIMINI – ANLAGE 5 INFORMATIONSBLETT EMPFEHLUNG
 Empfehlung für die Teilnahme
 am Projekt „Dimini“

Für die/den weiterbehandelnde(n) Ärztin/Arzt:

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, am _____ habe ich die/den o. a. Versicherte(n)

über das Projekt Dimini aufgeklärt und eine Teilnahme am Dimini-Projekt empfohlen. Bitte führen Sie mit der/dem Versicherten die weiteren Maßnahmen im Rahmen des Projektes durch.

Vielen Dank

Mit kollegialen Grüßen

 Datum, Unterschrift

Stempel Vertragsarzt/Rehabilitationszentrum

Bitte ankreuzen:

- FA für Gynäkologie
- FA für Kardiologie
- FA für Nephrologie
- FA für Orthopädie
- Rehabilitationszentrum



Karte 1 (Allgemein)

**Gesundheit ist mir wichtig!
 Ich mache mit!**

Sprechen Sie gleich mit Ihrem Arzt und machen Sie den Diabetes-Risiko-Test!

Dimini
 Für meine Gesundheit.

**Kennen Sie Ihr persönliches Diabetes-Risiko?
 Kommt Diabetes in Ihrer Familie vor?
 Bewegen Sie sich im Alltag eher wenig?
 Haben Sie Probleme mit Ihrem Körpergewicht?**

Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, schreiben Sie sich in das Dimini-Programm ein und machen Sie gleich einen Diabetes-Risiko-Test.

In Deutschland tickt eine Zeitbombe. Ihr Name ist Diabetes. Mittlerweile leidet fast jeder zehnte Erwachsene an dieser Volkskrankheit. Nach wie vor sind vor allem ältere Menschen betroffen. Doch Diabetes wird zunehmend auch zur Krankheit der Jüngeren. Am Anfang der Erkrankung treten selten Beschwerden auf. Manchmal wird Diabetes deshalb erst dann erkannt, wenn bereits schwerwiegende Folgeerkrankungen an Herz, Nieren, Nerven und Augen entstanden sind.

Entschärfen Sie die Zeitbombe. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt, schreiben Sie sich in das Dimini-Programm zur Diabetes-Prävention ein und machen Sie den Diabetes-Risiko-Test. Ihr Arzt hilft Ihnen dabei. Der Test besteht aus acht Fragen, er dauert nur wenige Minuten und Sie erfahren sofort, wie hoch Ihr persönliches Diabetes-Risiko ist.



Partner in Schleswig-Holstein



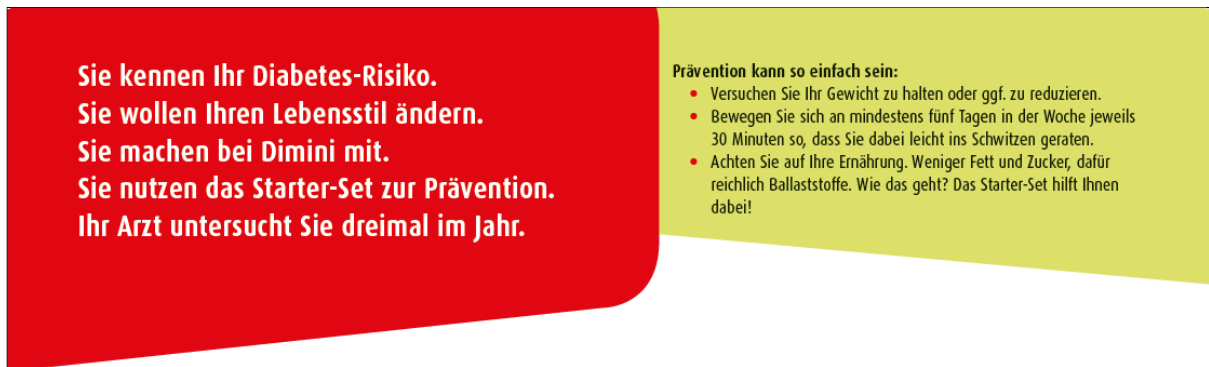
Partner in Hessen



Partner in in beiden Regionen



Karte 2 (Interventionsgruppe)



Jeder weiß: Nichts ist schwieriger, als seine Lebensgewohnheiten zu ändern. Doch es ist möglich. Lassen Sie sich nicht entmutigen, wenn Sie bei der Diabetes-Prävention einmal von Ihrem Weg abkommen. Wenn Sie mit Ihrem Auto einen Umweg fahren, lassen Sie sich doch auch nicht von Ihrem Ziel abbringen.

zu erkranken. Studien haben gezeigt, dass das Diabetes-Risiko schon durch relativ einfache Maßnahmen um ca. 60 Prozent sinkt – allein durch gesunde Ernährung und durch regelmäßige körperliche Aktivität.

Diabetes mellitus Typ 2 ist vermeidbar. Der Aufwand dafür ist nicht hoch und Sie gewinnen ein deutliches Plus an Gesundheit. Etwas ausgewogener essen, trinken und mehr Bewegung sind einfache Erfolgsrezepte, um nicht

Ihr behandelnder Arzt hilft Ihnen gern. Das Starter-Set zur Prävention unterstützt Sie.



Karte 3 (Kontrollgruppe)



**Sie kennen Ihr Risiko.
 Sie wollen Ihren Lebensstil ändern.
 Ihr Arzt unterstützt Sie dabei.**

Prävention kann so einfach sein:

- Versuchen Sie Ihr Gewicht zu halten oder ggf. zu reduzieren.
- Bewegen Sie sich an mindestens fünf Tagen in der Woche jeweils 30 Minuten so, dass Sie dabei leicht ins Schwitzen geraten.
- Achten Sie auf Ihre Ernährung. Weniger Fett und Zucker, dafür reichlich Ballaststoffe.

Jeder weiß: Nichts ist schwieriger, als seine Lebensgewohnheiten zu ändern. Doch es ist möglich. Lassen Sie sich nicht entmutigen, wenn Sie bei der Diabetes-Prävention einmal von Ihrem Weg abkommen. Wenn Sie mit Ihrem Auto einen Umweg fahren, lassen Sie sich doch auch nicht von Ihrem Ziel abbringen.

zu erkranken. Studien haben gezeigt, dass das Diabetes-Risiko schon durch relativ einfache Maßnahmen um ca. 60 Prozent sinkt – allein durch gesunde Ernährung und durch regelmäßige körperliche Aktivität.

Diabetes mellitus Typ 2 ist vermeidbar. Der Aufwand dafür ist nicht hoch und Sie gewinnen ein deutliches Plus an Gesundheit. Etwas ausgewogener essen, trinken und mehr Bewegung sind einfache Erfolgsrezepte, um nicht

Ihr behandelnder Arzt unterstützt und berät Sie gern.



Partner in Schleswig-Holstein



Partner in Hessen



Partner in in beiden Regionen



Leitfaden (Auszug; Quelle: docevent GmbH)



Diabetes Typ 2 Ich nicht!

Mein Dimini-Leitfaden

www.dimini.org

Wie messe ich meinen Taillenumfang? Das richtige Maß

Wieso ist die Größe des Taillenumfanges so wichtig? Das Körperfett, das sich im Bauchraum befindet, verursacht zu einem großen Anteil die Entstehung von Diabetes Typ 2. Hier werden viele Stoffe und Hormone gebildet, die den Zuckerhaushalt des Körpers stören. Und das in zunehmenden Maße. Jeder Zentimeter (und jedes Kilo) weniger hilft, diese Entwicklung zu bremsen und wieder zurückzudrehen.

Im Laufe des Programmes zeigt der Taillenumfang Ihre Fortschritte am schnellsten, da das Fettgewebe an der Taille schneller abgebaut wird als am Gesäß oder den Beinen.

Zum Messen legen Sie das beigelegte Maßband um Ihren Bauch. Halten Sie es parallel zum Fußboden, etwa auf der Mitte zwischen Ihrer untersten Rippe und dem obersten Knochenteil Ihres Beckenkamms (siehe Abbildung). Dann lesen Sie das Ergebnis auf dem Maßband ab und schreiben den Wert in Ihr Tagebuch. Einmal pro Woche reicht!



Rippenbogen
Beckenkamm

Die Startwoche Vorerst alles beim Alten

In der ersten Woche ändert sich zunächst nicht viel. Sie nehmen die gewohnten Speisen und Getränke zu sich und ändern Ihre Ernährungsgewohnheiten noch nicht. Allerdings übertragen Sie jedes verzehrte Lebensmittel auf Basis der Kaps und mithilfe der Lebensmittelliste in Ihr Tagebuch. Indem Sie die Kaps eines Tages mit 50 multiplizieren, erhalten Sie einen Überblick über Ihre tägliche Kalorienzufuhr.


Nehmen Sie sich in der ersten Woche Zeit. Berechnen, bewerten und beobachten Sie in Ruhe Ihren „Ist“-Zustand. Wenn Sie Gewicht abnehmen möchten: Wo und wie können Sie Energie einsparen? Mit jedem Kap, den Sie einsparen, haben Sie theoretisch 7 g Gewicht abgenommen. Bei 5 Kaps sind das schon ca. 35g. Das hört sich nach wenig an, aber nach 10 Tagen macht das fast 350 g Gewichtsabnahme aus.

Damit kommen Sie auf 1 Kilo weniger pro Monat und sind genau bei der Geschwindigkeit, mit der eine Gewichtsabnahme langfristig erfolgreich sein kann. Der Körper braucht die Zeit, um mit der Veränderung Schritt zu halten!

Bitte versuchen Sie nicht, durch Hungern oder eine Crash-Diät abzunehmen. Das Gewicht geht zwar rasch runter, aber dies ist nur von kurzer Dauer. Sobald Sie zu Ihrer gewohnten Ernährung zurückkehren, ist das frühere Gewicht genauso schnell wieder drauf. Und unter Umständen sogar mehr als vorher – der berühmte Jo-Jo-Effekt!

ALSO: gezielt und geplant gleichmäßig Fett abbauen und die Muskelmasse erhalten. Eben besser essen und mehr bewegen!

Tagebuch (Auszug; Quelle: docevent GmbH)



Diabetes Typ 2 Ich nicht!

Mein Dimini-Tagebuch

www.dimini.org

Persönliches Wochenziel:						Woche 4 / 12		
erfüllt	neutral	hoch	x 50 - Verbrauch in kcal	Bewegung	Schritte	Bemerkungen		
Mo.	●	●	●	=	●●●	●		
Di.	●	●	●	=	●●●	●		
Mi.	●	●	●	=	●●●	●		
Do.	●	●	●	=	●●●	●		
Fr.	●	●	●	=	●●●	●		
Sa.	●	●	●	=	●●●	●		
So.	●	●	●	=	●●●	●		
Gewicht _____ kg			Taillenumfang _____ cm		Wochen-Ergebnis: _____			

Persönliches Wochenziel:						Woche 5 / 12		
erfüllt	neutral	hoch	x 50 - Verbrauch in kcal	Bewegung	Schritte	Bemerkungen		
Mo.	●	●	●	=	●●●	●		
Di.	●	●	●	=	●●●	●		
Mi.	●	●	●	=	●●●	●		
Do.	●	●	●	=	●●●	●		
Fr.	●	●	●	=	●●●	●		
Sa.	●	●	●	=	●●●	●		
So.	●	●	●	=	●●●	●		
Gewicht _____ kg			Taillenumfang _____ cm		Wochen-Ergebnis: _____			

Lebensmittelliste (Auszug; Quelle: docevent GmbH)



Diabetes Typ 2 Ich nicht!

Meine Dimini-Lebensmittelliste

www.dimini.org

Eier	Portionsgröße	Kaps
Hühnerei, roh oder gekocht	1 großes Ei, 70 g	●●
Pfannkuchen, Grapes, Eierkuchen	1 Portion, 190 g	●●●●●●
Waffeln	1 Waffel, 100 g	●●●●●●
Rührei aus 2 Eiern und etwas Butter	1 Portion, 130 g	●●●●●●
Spiegelei	2 Eier, 130 g	●●●●●●
Omelett aus 3 Eiern und 10 g Butter	1 Portion, 200 g	●●●●●●

Eier – hohe biologische Wertigkeit

Was macht Eier so gesund? Sie verfügen über hochwertiges Eiweiß. Durch den Verzehr von Eiern kann unser Körper viel eigenes Körperprotein herstellen. Zusätzlich enthalten Eier viele Vitamine und Mineralstoffe. Leider liegt der Fettgehalt eines Eies mit Gewichtsklasse M bei ca. 6 g. Deshalb kann ein Sonntagsfrühstück bestehend aus Rührei, Brötchen, Butter und Konfitüre den Kalorienbedarf eines halben Tages decken.

Reis gekocht	Portionsgröße	Kaps
Naturreis	3 EL, 45 g	●
Reis, poliert	3 EL, 45 g	●
Wildreis Mischung	3 EL, 45 g	●

Das tägliche Brot Asiens

In Deutschlands Supermärkten erhält man nur wenige Reissorten als Naturreis. Die meisten Reissorten sind geschält. Naturreis enthält mehr Vitamine, Mineralstoffe und Ballaststoffe als weißer bzw. geschälter Reis. Eine nährstoffreichere Alternative zum weißen Reis stellt der Parboiled Reis dar. In seiner Herstellung wird Rohreis eingeweicht und dann mit heißem Dampf behandelt, sodass ein Anteil an Vitaminen und Mineralstoffen ins Innere des Korns wandert. Später wird dieser Reis getrocknet, geschält und poliert.

Nudeln und andere Teigwaren, gekocht	Portionsgröße	Kaps
Polenta, Grieß	2 EL, 70 g	●
Nudeln, z. B. Spaghetti, Penne, Spirelli	80 g, als Beilage	●●
Vollkornnudeln	80 g, als Beilage	●●
Couscous	2 EL, 40 g	●
Quinoa	3 EL, 60 g	●
Ravioli, vegetarisch, gekocht	1 Portion, 260 g	●●●●●●
Semmelknödel	2 Knödel, 180 g	●●●●●●
Schupfnudeln	1 Portion, 120 g, als Beilage	●●●
Spätzle	1 Portion, 200 g	●●●●●●

Pasta & Co.

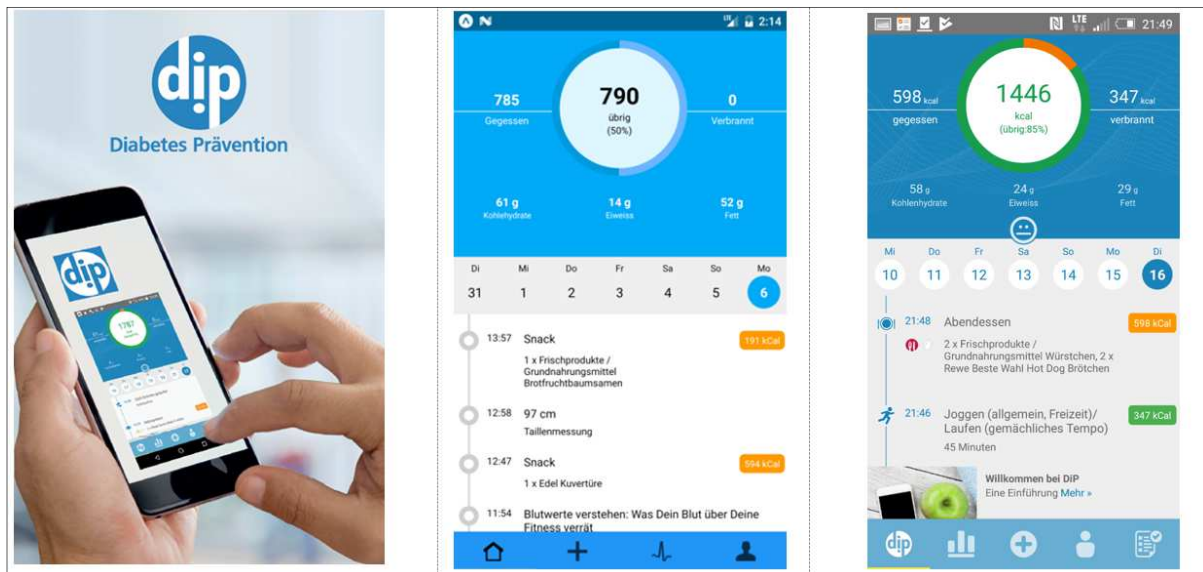
Die Übeltäter der Gerichte mit Nudeln, Spaghetti, Spätzle und Co. sind die Soßen – denn Käsesoßen und Pestos haben es in sich! Tomatensoßen sind dagegen meist sehr fettarm. Fertige Käsesoßen lassen sich zum Beispiel mit fettarmer Milch verlängern. Selbst gemachte Käsesoßen gelangen auch mit fettarmen Käsesorten, ohne das Geschmack verloren geht. Tipp: Füllen Sie sich nur kleine Portionen auf den Teller – Pasta mit Käsesoße sättigt schnell.

Kartoffeln und Kartoffelprodukte	Portionsgröße	Kaps
Salzkartoffeln, gekocht	2,5 Stück, 180 g	●●●●
Pelalkartoffeln, gekocht	3 Stück, 220 g	●●●●
Felinkartoffeln, gekocht	1 Stück, 300 g	●●●●
Süßkartoffeln (Batate)	1 Stück, 90 g	●●
Gnocchi, frisch	1 Portion, 200 g	●●●●●●
Kartoffelpüree	3 EL, 90 g	●
Kartoffelknödel	2 Knödel, 200 g	●●●●
Kartoffelpuffer, Röstl, TK	1 Puffer, 65 g	●●
Kroketten, TK	5 Kroketten, 100 g	●●●●●●
Pommes frites, frittiert	1 Portion, 125 g	●●●●●●

Startset (eigene Darstellung)



DiP-App



(Auszug; Quelle: [DITG GmbH \(2020\)](#), DiP-App [Mobile app]. Google App Store.)

Die Inhalte der DiP App wurden von der Deutsche Diabetes Stiftung in Partnerschaft mit dem Dimini-Konsortium entwickelt und von der curalie Berlin GmbH technisch umgesetzt.

Die App konnte von Dimini-Teilnehmern im google Playstore und apple app store heruntergeladen und nach Eingabe eines Tokens genutzt werden.

Eine Schnittstelle zu anderen Geräten oder die Freigabe der Daten für Dritte (bspw. die Coaching-Arztpraxis) stand nicht zur Verfügung.

Inhaltlich standen den Nutzern das Dimini-Tagebuch sowie die Lebensmittelliste, die es beide alternativ in Papierform gab, zur Verfügung.

Dimini-Video

<https://www.youtube.com/watch?v=AVLY7kKJMi4>

Anlage 4: Dokumentation Web-Anwendung

Für die elektronische Dokumentation wurde von der KVSH eine Web-Anwendung unter Nutzung folgender technischer Komponenten programmiert:

- Frontend mit JavaServerFaces implementiert mit Apache My Faces
- Restservice mit Java-Framework SpringBoot
- Alle Server mit Ubuntu-Linux, Standort: KVSH

Der Zugriff auf die Web-Anwendung wurde den teilnehmenden Ärzten und MFA ausschließlich über KV-Safenet und Benutzerauthentifizierung mittels OAuth2 ermöglicht (siehe auch Anlage 7i Seiten 4 und 8 bis 13).

Digitale Prozesskette

Zeitpunkt	Eingabe Arzt/MFA	Output*	
Erstkontakt	Patientenaufnahme	Daten bei KV	
	FINDRISK und Randomisierung (automatisiert)	Daten bei KV	
	Laborergebnisse	Daten bei KV	
t ₀	Arztdokumentation Teil 1	Daten bei KV	
	<ul style="list-style-type: none"> • Dimini-Startset (IG) • Zielvereinbarung (IG) 		<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie (KG)
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Soziodemographischer Fragebogen ○ Fragebogen zur Gesundheitskompetenz ○ Fragebogen zur Lebensqualität 		
t ₁	Arztdokumentation Teil 2	Daten bei KV	
	Arztdokumentation Coaching 1 (IG)	-	Daten bei KV
t ₂	Arztdokumentation Teil 3	Daten bei KV	
	Arztdokumentation Coaching 2 (IG)	-	Daten bei KV
t ₃	Arztdokumentation Teil 4	Daten bei KV	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Soziodemographischer Fragebogen ○ Fragebogen zur Gesundheitskompetenz ○ Fragebogen zur Lebensqualität 		
1/Monat	Abholung der Daten** vom KVSH-sftp-Server durch inav GmbH	Daten bei inav	

* Nach Speicherung durch Arzt/MFA (keine Änderungen mehr möglich)

** Zur Abholung bereit gestellt wurden ausschließlich pseudonymisierte Daten (Fallnummer statt Patientenklardaten, Praxis-ID statt LANR/BSNR)

Dokumentations-Items*Anlegen des Versicherten – Arztdokumentation (KVSH Webportal)*

Anlegen des Versicherten zum Zeitpunkt t ₀			
Frage	Antwort	Hinweis	
1) Hat der Versicherte in der Vergangenheit am aha!-Programm teilgenommen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn der/die Versicherte am aha!-Programm teilgenommen hat oder sich noch im Programm befindet, dann ist für ihn/sie die Registrierung und Teilnahme am Dimini-Programm ausgeschlossen.	
2) Erfüllt der/die Versicherte die Einschlusskriterien und kann somit an der Studie teilnehmen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Einschluss: ≥ 18 Jahre Wohnort in teiln. KV Region Versichert bei teiln. Krankenkasse Übergewicht/Adipositas Familiäre Disposition für DMT2 Anamnestisch erhöhter Glukosewert	Ausschluss: bekannter DMT2 nicht geeignet (laut Arzt) vorliegende Mangelernährung psychiatrische Erkrankung Teilnahme an klinischer Studie Schwangerschaft
3) Wurde der/die Versicherte von einem anderen Leistungserbringer empfohlen und hatte ein Empfehlungsschreiben dabei?	<input type="checkbox"/> Nein, der Versicherte kam von sich aus. <input type="checkbox"/> Ja, er wurde empfohlen von: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gynäkologe <input type="checkbox"/> Kardiologe <input type="checkbox"/> Orthopäde <input type="checkbox"/> Rehasentrum <input type="checkbox"/> Sonstige ärztliche Einrichtung <input type="checkbox"/> Jobcenter/Arbeitsagentur <input type="checkbox"/> anderer Empfehler (optional; Freitext) 		
4) Vorname	(Freitext)		
5) Nachname	(Freitext)		
6) eGK Nr	(Freitext)		
7) Geburtsdatum	(Freitext)		
8) Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		
9) Krankenkasse	<input type="checkbox"/> AOK Hessen <input type="checkbox"/> AOK NORDWEST <input type="checkbox"/> BARMER <input type="checkbox"/> DAK-Gesundheit <input type="checkbox"/> Techniker Krankenkasse		
10) Hat der/die Versicherte die Teilnehmererklärung unterzeichnet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein		
11) Ergebnis der Randomisierung	<input type="checkbox"/> Interventionsgruppe (IG) <input type="checkbox"/> Kontrollgruppe (KG)		

FINDRISK-Test – Arztdokumentation (KVSH Webportal)

FINDRISK- Fragebogen zum Zeitpunkt t ₀													
Frage	Antwort (Punktzahl)												
1) Wie ist bei Ihnen das Verhältnis von Körpergröße zu Körpergewicht (Body-Mass-Index)?	<input type="checkbox"/> unter 25 (0 Punkte) <input type="checkbox"/> 25 bis 30 (1 Punkt) <input type="checkbox"/> über 30 (3 Punkte)												
2) Wie alt sind Sie?	<input type="checkbox"/> unter 35 Jahren (0 Punkte) <input type="checkbox"/> 35 bis 44 Jahre (1 Punkte) <input type="checkbox"/> 45 bis 54 Jahre (2 Punkte) <input type="checkbox"/> 55 bis 64 Jahre (3 Punkte) <input type="checkbox"/> älter als 64 Jahre (4 Punkte)												
3) Wurde bei mindestens einem Mitglied Ihrer Verwandtschaft Diabetes diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> nein (0 Punkte) <input type="checkbox"/> ja, in der entfernten Verwandtschaft (3 Punkte) bei leiblichen Großeltern, Tanten, Onkeln, Cousinen oder Cousins <input type="checkbox"/> ja, in der nahen Verwandtschaft (5 Punkte) bei leiblichen Eltern, Kindern, Geschwistern												
4) Welchen Taillen-Umfang messen Sie auf Höhe des Bauchnabels?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Frau</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Mann</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Unter 80 cm</td> <td><input type="checkbox"/> unter 94 cm</td> <td>(0 Punkte)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 80-88 cm</td> <td><input type="checkbox"/> über 94-102 cm</td> <td>(3 Punkte)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> über 88 cm</td> <td><input type="checkbox"/> über 102 cm</td> <td>(4 Punkte)</td> </tr> </table>	Frau	Mann		<input type="checkbox"/> Unter 80 cm	<input type="checkbox"/> unter 94 cm	(0 Punkte)	<input type="checkbox"/> 80-88 cm	<input type="checkbox"/> über 94-102 cm	(3 Punkte)	<input type="checkbox"/> über 88 cm	<input type="checkbox"/> über 102 cm	(4 Punkte)
Frau	Mann												
<input type="checkbox"/> Unter 80 cm	<input type="checkbox"/> unter 94 cm	(0 Punkte)											
<input type="checkbox"/> 80-88 cm	<input type="checkbox"/> über 94-102 cm	(3 Punkte)											
<input type="checkbox"/> über 88 cm	<input type="checkbox"/> über 102 cm	(4 Punkte)											
5) Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung?	<input type="checkbox"/> ja..... (0 Punkte) <input type="checkbox"/> nein (2 Punkte)												
6) Wie oft essen Sie Obst, Gemüse oder dunkles Brot (Roggen- oder Vollkornbrot)?	<input type="checkbox"/> jeden Tag.....(0 Punkte) <input type="checkbox"/> nicht jeden Tag (2 Punkte)												
7) Wurden Ihnen schon einmal Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet?	<input type="checkbox"/> ja..... (0 Punkte) <input type="checkbox"/> nein (2 Punkte)												
8) Wurden bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein..... (0 Punkte) <input type="checkbox"/> ja (5 Punkte)												
Ergebnis des FINDRISK-Tests	<input type="checkbox"/> Einschluss (Score ≥ 12) <input type="checkbox"/> Ausschluss (Score < 12)												

Quelle: FINDRISK-Evaluation (2007) .

Soziodemographischer Fragebogen – Arztdokumentation (KVSH Webportal)

Soziodemographischer Fragebogen zum Zeitpunkt t ₀ , bei Änderungen im Verlauf	
Fragen	Antwort
1) Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?	<input type="checkbox"/> keinen Abschluss <input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss

Soziodemographischer Fragebogen zum Zeitpunkt t_0 , bei Änderungen im Verlauf	
Fragen	Antwort
	<input type="checkbox"/> Fachhochschul- oder Hochschulreife <input type="checkbox"/> Sonstiges (optional; Freitext)
2) Wie ist Ihre Wohnsituation zurzeit?	<input type="checkbox"/> Allein <input type="checkbox"/> mit Partner <input type="checkbox"/> allein mit Kind(ern) <input type="checkbox"/> mit Partner und Kind(ern) <input type="checkbox"/> mit (Schwieger-) Eltern <input type="checkbox"/> andere (optional; Freitext)
3) Postleitzahl	(Freitext)
4) Haben Sie Kinder?	<input type="checkbox"/> Ja (optional Anzahl; Freitext) <input type="checkbox"/> Nein
5) Wie ist Ihr Familienstand?	<input type="checkbox"/> keine Partnerschaft <input type="checkbox"/> mit Partner, unverheiratet <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> sonstiges (optional; Freitext)
6) Haben Sie einen Migrationshintergrund?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7) Welche Staatsangehörigkeit(en) besitzen Sie?	(Freitext)
8) Haben Sie eine Behinderung?	<input type="checkbox"/> Ja (optional Grad der Behinderung; Freitext) <input type="checkbox"/> Nein
9) Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (optional: Haben Sie in der Vergangenheit geraucht? ja/nein)
10) Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> Ja (optional Häufigkeit in der Woche; Freitext) <input type="checkbox"/> Nein (optional: Haben Sie in der Vergangenheit regelmäßig Alkohol konsumiert? ja/nein)
11) Sind Sie berufstätig?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
optional 11a) Falls Sie nicht berufstätig sind, sind Sie:	<input type="checkbox"/> Schüler/in <input type="checkbox"/> Student/in <input type="checkbox"/> Rentner/in, Pensionär/in <input type="checkbox"/> im Vorruhestand, frühberentet <input type="checkbox"/> arbeitslos <input type="checkbox"/> arbeitssuchend <input type="checkbox"/> dauerhaft erwerbsunfähig <input type="checkbox"/> berufsunfähig <input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann <input type="checkbox"/> sonstiges (optional; Freitext)
12) Haben Sie einen Antrag auf Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
13) Haben Sie einen Antrag auf Frühberentung gestellt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Gesundheitsuntersuchungs- oder Präventionsrichtlinie – Arztdokumentation (KVSH Webportal) Kontrollgruppe

Fragen zur Empfehlung der Gesundheitsuntersuchungs- oder Präventionsrichtlinie zum Zeitpunkt t ₀	
Frage	Antwort
1) Haben Sie dem/der Versicherten eine Präventionsempfehlung ausgehändigt (Muster 36)?	<input type="checkbox"/> ja (optional: Welche Bewegungsgewohnheiten, Ernährung, Stressmanagement, Suchtmittelkonsum, Sonstige) <input type="checkbox"/> nein (optional: Warum nicht?; Freitext)

Dimini-Startset Ausgabe – Arztdokumentation (KVSH Webportal) Interventionsgruppe

Fragen zum Dimini-Startset zum Zeitpunkt t ₀	
Frage	Antwort
1) Haben Sie dem/der Versicherten das Dimini-Startset zur Lebensstilintervention ausgehändigt und die Inhalte erklärt?	<input type="checkbox"/> Ja, Dimini-Startset ohne Dip App ausgehändigt <input type="checkbox"/> Ja, Dimini-Startset mit Dip App ausgehändigt <input type="checkbox"/> Nein (optional: Grund: Freitext)
2) Möchte der/die Versicherte das Dimini-Startset zur Lebensstilintervention nutzen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (optional: Grund: Freitext)

Zielvereinbarung – Arztdokumentation (KVSH Webportal) Interventionsgruppe

Zielvereinbarungsbogen zum Zeitpunkt t ₀	
Frage	Antwort
Bitte vereinbaren Sie gemeinsam mit dem/der Versicherten die persönlichen Gesundheitsziele für die nächsten 15 Monate. Mindestens zwei der folgenden konkreten persönlichen Ziele möchte ich in den kommenden 15 Monaten erreichen:	
3) Gewichtsreduktion bei Übergewicht (mittelfristig sollte eine Reduktion um 5 % des derzeitigen Körpergewichts erreicht werden).	Zielgewicht (innerhalb 15 Monate) in kg (Freitext)
4) Reduktion des Taillenumfanges (mittelfristig sollte eine Reduktion um 5 % des derzeitigen Taillenumfanges erreicht werden).	Zielwert (innerhalb 15 Monate) in cm (Freitext)
5) Erreichung von mind. 30 Minuten körperlicher Aktivität/Tag (mind. 150 Min. pro Woche)	Aktivitätsziel erreichen
6) Falls keine persönlichen Gesundheitsziele mit dem/der Versicherten vereinbart wurden, was war der Grund dafür?	(Freitext)
7) Haben Sie dem/der Versicherten eine Schulung/einen Präventionskurs zur Ernährung gemäß § 20 SGB V empfohlen?	<input type="checkbox"/> ja (optional: Name der Schulung; Freitext) <input type="checkbox"/> nein

Zielerreichung zum Zeitpunkt t_3	
Frage	Antwort
1) Veränderung des Gewichts	Differenz in kg; Differenz in %; Angabe erreicht/nicht erreicht
2) Veränderung des Taillenumfangs	Differenz in cm; Differenz in %; Angabe erreicht/nicht erreicht
3) Wurde das Ziel Sport/Aktivität erreicht?	<input type="checkbox"/> Ja: Mindestens 30 Minuten körperliche Aktivität am Tag (mind. 150 Minuten pro Woche) erreicht <input type="checkbox"/> Nein: Mindestens 30 Minuten körperliche Aktivität am Tag (mind. 150 Minuten pro Woche) nicht erreicht <input type="checkbox"/> Teilweise erreicht, wie lange? (Freitext)

Terminvergaben – Arztdokumentation (KVSH Webportal)

Terminvergaben zum Zeitpunkt t_0	
Erinnerung	Hinweis
Zu t_0 : Vereinbaren von folgenden Terminen mit dem/der Versicherten: (Nüchtern-)Blutentnahme (zeitnah)	Entscheiden Sie patientenindividuell welcher Bluttest bei dem/der Teilnehmer/in notwendig ist. Sobald Sie die Laborergebnisse des/der Versicherten erhalten haben und Sie die/den Versicherte/n wieder in der Webanwendung öffnen, tragen Sie bitte im nächsten Schritt den HbA1c-Wert ein.
Zu t_0 : Vereinbaren von folgenden Terminen mit dem/der Versicherten: Kontrolltermin 1 (in 3 Monaten)	

Laborergebnisse – Arztdokumentation (KVSH Webportal)

Laborergebnisse zu t_0, t_3	
Frage	Antwort
1) Bitte tragen sie den HbA1c Wert ein	<input type="checkbox"/> HbA1c Wert in % (Freitext) <input type="checkbox"/> HbA1c Wert in mmol/mol (wird automatisch berechnet)
2) Haben Sie bei dem/der Versicherten einen DMT2 diagnostiziert?	<input type="checkbox"/> Ja (optional: Haben Sie die/den Versicherte/n darüber informiert und sie/ihn ins DMP eingeschrieben? ja/nein) <input type="checkbox"/> Nein

Kontrolltermine – Arztdokumentation (KVSH Webportal)

Fragen zu den Kontrollterminen (IG) zu den Zeitpunkten t_1, t_2, t_3	
Frage	Antwort
1) Ist der/die Versicherte zum vereinbarten Kontrolltermin 1 erschienen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
2) Haben sich die persönlichen Daten des/der Versicherten (z. B. ihre Wohnsituation, Arbeitssituation, Familienstand, etc.) in der Zwischenzeit verändert?	<input type="checkbox"/> Ja (optional: Änderungen; Freitext) <input type="checkbox"/> Nein

Fragen zu den Kontrollterminen (IG) zu den Zeitpunkten t_1 , t_2 , t_3	
Frage	Antwort
3) Körpergröße	<input type="checkbox"/> _____ in cm
4) Gewicht	<input type="checkbox"/> _____ in kg
5) BMI	<input type="checkbox"/> _____
6) Nutzt der/die Versicherte das Dimini- - Startset? <i>nur für die Interventionsgruppe</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7) Nutzt der/die Versicherte die DiP-App? <i>nur für die Interventionsgruppe</i>	<input type="checkbox"/> Ja (optional: Hat der/die Versicherte Ihnen die Daten aus der DiP-App zur Verfügung gestellt?; ja/nein) <input type="checkbox"/> Nein
8) Ist der Versicherte mind. 30 Minuten körperlich aktiv pro Tag (mind. 150 Minuten pro Woche)? <i>nur für die Interventionsgruppe</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
9) Nutzt der/die Versicherte einen Schrittzähler? <i>nur für die Interventionsgruppe</i>	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, das Pedometer des Dimini-Startset <input type="checkbox"/> Ja, folgenden (optional: Alternativer Schrittzähler; Freitext)
10) Hat der/die Versicherte an einer Schulung/einem Präventionskurs zur Ernährung gemäß § 20 SGB V teilgenommen? (nur in der IG) <i>nur für die Interventionsgruppe</i>	<input type="checkbox"/> Ja (optional: Name der Schulung; Freitext) <input type="checkbox"/> Nein, ist geplant <input type="checkbox"/> Nein, ist nicht geplant
11) Wurde mit dem/der Versicherten ein Zwischencoachingtermin in 3 Monaten vereinbart? (nur in der IG) <i>nur für die Interventionsgruppe</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (optional: Warum nicht?; Freitext)
12) Wurde mit dem/der Versicherten ein Termin in Ihrer Praxis im Rahmen von Dimini in 6 Monaten vereinbart?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (optional: Warum nicht?; Freitext)
13) Wurden die Ziele der individuellen Zielvereinbarung erreicht? <i>nur zu t_3</i> <i>nur für die Interventionsgruppe</i>	<input type="checkbox"/> Veränderung des Gewichts: Bitte geben Sie oben das aktuelle Gewicht an. <input type="checkbox"/> Veränderung des Taillenumfangs: Bitte geben Sie oben den aktuellen Taillenumfang an. <input type="checkbox"/> Wurde das Ziel Sport/Aktivität erreicht? <input type="checkbox"/> Ja: Mindestens 30 Minuten körperliche Aktivität am Tag (mind. 150 Minuten pro Woche) erreicht <input type="checkbox"/> Nein: Mindestens 30 Minuten körperliche Aktivität am Tag (mind. 150 Minuten pro Woche) nicht erreicht <input type="checkbox"/> Teilweise erreicht, wie lange?

Akronym: Dimini

Förderkennzeichen: 01NVF17012

Inanspruchnahme des Coachings – Arztdokumentation (KVSH Webportal) Interventionsgruppe

Fragen nach Zwischencoachings zu t ₂ , t ₃	
Frage	Antwort
Hat der/die Versicherte das Zwischencoaching in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Ja, in der Praxis <input type="checkbox"/> Ja, telefonisch <input type="checkbox"/> Nein, kennen Sie den Grund? (Freitext)

Anlage 5: Fragebögen*HLS-EU-Q16 – Versichertenfragebogen zur Gesundheitskompetenz*

HLS-EU-Q16 zum Zeitpunkt t_0 , t_3	
Frage	Antwort
Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen genau ein Kästchen an, das Sie persönlich am besten beschreibt.	
1) Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach/schwierig ist es Ihrer Meinung nach ...	
a. ... Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/> Sehr einfach <input type="checkbox"/> Ziemlich einfach
b. ... herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Arzt, Apotheker, Psychologe)	<input type="checkbox"/> Ziemlich schwierig <input type="checkbox"/> Sehr schwierig <input type="checkbox"/> Weiß nicht
c. ... zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	
d. die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	
e. ... zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	
f. ... mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	
g. ... den Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zu folgen?	
h. ... Informationen über Unterstützungsmöglichkeiten bei psychischen Problemen, wie Stress oder Depression, zu finden?	
i. ... Gesundheitswarnungen vor Verhaltensweisen wie Rauchen, wenig Bewegung oder übermäßigem Trinken zu verstehen?	
j. ... zu verstehen, warum Sie Vorsorgeuntersuchungen brauchen? (Krebsfrüherkennung, Blutzuckertest, Blutdruck)	
k. ... zu beurteilen, ob die Informationen über Gesundheitsrisiken in den Medien vertrauenswürdig sind? (Fernsehen, Internet oder andere Medien)	
l. ... aufgrund von Informationen aus den Medien zu entscheiden, wie Sie sich vor Krankheiten schützen können? (Zeitungen, Broschüren, Internet oder andere Medien)	
m. ... Informationen über Verhaltensweisen zu finden, die gut für Ihr psychisches Wohlbefinden sind? (Meditation, körperliche Bewegung, Spazierengehen, Pilates etc.)	
n. ... Gesundheitsratschläge von Familienmitgliedern oder Freunden zu verstehen?	
o. ... Informationen in den Medien darüber, wie Sie Ihren Gesundheitszustand verbessern	

HLS-EU-Q16 zum Zeitpunkt t_0 , t_3	
Frage	Antwort
Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen genau ein Kästchen an, das Sie persönlich am besten beschreibt.	
1) Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach/schwierig ist es Ihrer Meinung nach ...	
können, zu verstehen? (Internet, Zeitungen, Zeitschriften)	
p. ... zu beurteilen, welche Alltagsgewohnheiten mit Ihrer Gesundheit zusammenhängen? (Trink- und Essgewohnheiten, Bewegung etc.)	

Quelle: HLS-EU Consortium (2012)

Gesundheitskompetenz Arztfragebogen

Fragen zur Gesundheitskompetenz der Ärzte zum Zeitpunkt t_0 , t_3	
Frage	Antwort
1) Ich verstehe, was es für DMT2-Risikopatientinnen/ DMT2- Risikopatienten bedeutet, über eine niedrige Gesundheitskompetenz zu verfügen.	<input type="checkbox"/> Trifft nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft weitgehend nicht zu <input type="checkbox"/> Trifft eher nicht zu
2) Ich sehe einen Zusammenhang zwischen dem Nicht-Erreichen gesundheitsrelevanter Ziele und einer niedrigen Gesundheitskompetenz der DMT2-Risikopatientinnen/ DMT2- Risikopatienten.	<input type="checkbox"/> Trifft eher zu <input type="checkbox"/> Trifft weitgehend zu <input type="checkbox"/> Trifft völlig zu
3) Ich bin gut darin, Patientinnen und Patienten mit einer niedrigen Gesundheitskompetenzen zu identifizieren.	
4) Ich achte darauf, ob meine Patientinnen und Patienten verstehen, was ich Ihnen bezüglich der Änderung Ihres Lebensstiles empfehle.	
5) Im Patientengespräch verwende ich eine einfach nicht-medizinische Sprache.	
6) Ich greife auf Veranschaulichung (z. B. Zeichnungen, Modelle) zurück, um Sachverhalte zu erklären.	
7) Ich limitiere die Menge der Informationen, die ich den Patientinnen und Patienten mitteile und wiederhole wichtige Inhalte.	
8) Ich überprüfe, ob Patientinnen und Patienten Informationen bezüglich einer Veränderung des Lebensstils verstanden haben, indem ich vermittelte Informationen von den Patientinnen und Patienten erklären oder zeigen lasse.	

Diabetesspezifische Gesundheitskompetenz – Versichertenfragebogen

Fragen zur diabetesspezifischen Gesundheitskompetenz zum Zeitpunkt t ₀ , t ₃	
Frage	Antwort
1) Ich betrachte das Risiko, an Diabetes zu erkranken, als:	<input type="checkbox"/> Unbedeutend <input type="checkbox"/> Sehr niedrig <input type="checkbox"/> Niedrig <input type="checkbox"/> Weder niedrig noch hoch <input type="checkbox"/> Hoch <input type="checkbox"/> Sehr hoch
2) Ich betrachte Diabetes als:	<input type="checkbox"/> Keine ernsthafte Erkrankung <input type="checkbox"/> Eine mäßig ernsthafte Erkrankung <input type="checkbox"/> Eine ernsthafte Erkrankung <input type="checkbox"/> Eine sehr ernsthafte Erkrankung <input type="checkbox"/> Keine Meinung

Quelle: HLS-EU Consortium (2012); Adaptiert nach (Adriaanse et al., 2003).

SF-12 – Versichertenfragebogen zur Lebensqualität

Fragen zur Lebensqualität zu den Zeitpunkten t ₀ , t ₃	
<p>In diesem Fragebogen geht es um die Beurteilung Ihres Gesundheitszustandes. Der Bogen ermöglicht es, im Zeitverlauf nachzuvollziehen, wie Sie sich fühlen und wie Sie im Alltag zurechtkommen.</p>	
Frage	Antwort
Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie genau eine Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.	
1) ...Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?	<input type="checkbox"/> Ausgezeichnet <input type="checkbox"/> Sehr gut <input type="checkbox"/> Gut <input type="checkbox"/> Weniger gut <input type="checkbox"/> Schlecht
<p>Im Folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einem normalen Tag ausüben. Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</p>	
2) Mittelschwere Tätigkeiten, z. B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	<input type="checkbox"/> Ja, stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> Ja, etwas eingeschränkt <input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
3) Mehrere Treppenabsätze steigen	<input type="checkbox"/> Ja, stark eingeschränkt <input type="checkbox"/> Ja, etwas eingeschränkt <input type="checkbox"/> Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
<p>Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?</p>	
4) Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Fragen zur Lebensqualität zu den Zeitpunkten t_0 , t_3	
5) Ich konnte nur bestimmte Dinge tun.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hatten Sie in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z. B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	
6) Ich habe weniger geschafft als ich wollte.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
7) Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
8) Inwieweit haben Schmerzen Sie in den vergangenen 4 Wochen bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	<input type="checkbox"/> Überhaupt nicht <input type="checkbox"/> Ein bisschen <input type="checkbox"/> Mäßig <input type="checkbox"/> Ziemlich <input type="checkbox"/> Sehr
In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen in den vergangenen 4 Wochen gegangen ist. Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile genau eine Antwortmöglichkeit an, die Ihrem Befinden am ehesten entspricht.	
Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen ...	
9) ... ruhig und gelassen?	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie
10) ... voller Energie?	
11) ... entmutigt und traurig?	
12) Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den vergangenen 4 Wochen Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	<input type="checkbox"/> Immer <input type="checkbox"/> Meistens <input type="checkbox"/> Ziemlich oft <input type="checkbox"/> Manchmal <input type="checkbox"/> Selten <input type="checkbox"/> Nie

Quelle: (Morfeld et al., 2011).

FEV – Versichertenfragebogen zum Ernährungsverhalten

Fragen zur Lebensqualität zu den Zeitpunkten t_0 , t_3	
Lesen Sie bitte die Aussagen genau durch und beantworten Sie bitte jede Frage sorgfältig und möglichst schnell. Lassen Sie keine Frage aus! Bei den folgenden Fragen bitte Zustimmung oder Ablehnung ankreuzen:	
Frage	Antwort
1) Ich kann mich bei einem leckeren Duft nur schwer vom Essen zurückhalten, auch wenn ich vor kurzer Zeit erst gegessen habe.	<input type="checkbox"/> Trifft zu <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu
2) Ich esse gewöhnlich zuviel, wenn ich in Gesellschaft bin, z. B. bei Festen und Einladungen.	
3) Ich bin meistens so hungrig, dass ich öfter zwischen den Mahlzeiten esse.	

Fragen zur Lebensqualität zu den Zeitpunkten t_0 , t_3

- 4) Wenn ich die Kalorienmenge erreicht habe, die ich mir als Grenze gesetzt habe, gelingt es mir meistens, mit dem Essen aufzuhören.
- 5) Weil ich zu großen Appetit habe, fällt es mir schwer, eine Diät einzuhalten.
- 6) Ich esse absichtlich kleine Portionen, um nicht zuzunehmen.
- 7) Manchmal schmeckt es mir so gut, dass ich weiter esse, obwohl ich schon satt bin.
- 8) Manchmal wünsche ich mir, dass mir ein Fachmann sagt, ob ich satt bin oder noch mehr essen darf.
- 9) Wenn ich ängstlich oder angespannt bin, fange ich oft an zu essen.
- 10) Das Leben ist zu kurz, um sich auch noch mit Diät herumzuschlagen.
- 11) Ich habe schon mehr als einmal eine Schlankheitsdiät gemacht.
- 12) Oft habe ich ein so starkes Hungergefühl, dass ich einfach etwas essen muss.
- 13) Wenn ich mit jemandem zusammen bin, der kräftig isst, esse ich meistens zuviel.
- 14) Bei den üblichen Nahrungsmitteln kenne ich ungefähr den Kaloriengehalt.
- 15) Wenn ich mal mit dem Essen begonnen habe, kann ich manchmal nicht mehr aufhören.
- 16) Mir fällt es nicht schwer, Essensreste einfach übrigzulassen.
- 17) Zu den üblichen Essenszeiten bekomme ich automatisch Hunger.
- 18) Wenn ich während einer Diät „sündige“, dann halte ich mich anschließend beim Essen zurück, um wieder auszugleichen.
- 19) Wenn andere in meiner Gegenwart essen, möchte ich mitessen.
- 20) Wenn ich Kummer habe, esse ich oft zuviel.
- 21) Essen macht mir viel Spaß und ich will es mir nicht durch Kalorienzählen oder Gewichtskontrollen verderben.
- 22) Wenn ich leckere Dinge sehe, kriege ich häufig solchen Appetit, dass ich sie sofort esse.
- 23) Häufig höre ich auf zu essen, obwohl ich noch gar nicht richtig satt bin.
- 24) Mein Magen kommt mir oft wie ein „Fass ohne Boden“ vor.
- 25) In den letzten zehn Jahren hat sich mein Gewicht so gut wie gar nicht verändert.
- 26) Da ich ständig Appetit habe, fällt es mir schwer, mit dem Essen aufzuhören, bevor der Teller leer ist.
- 27) Wenn ich mich einsam fühle, tröste ich mich mit Essen.
- 28) Ich halte mich beim Essen bewusst zurück, um nicht zuzunehmen.

Fragen zur Lebensqualität zu den Zeitpunkten t_0 , t_3	
29) Spätabends oder in der Nacht bekomme ich manchmal großen Hunger. 30) Ich esse alles, was ich möchte und wann ich es will. 31) Ich esse eher langsam, ohne groß darüber nachzudenken. 32) Ich zähle Kalorien, um mein Gewicht unter Kontrolle zu halten. 33) Bestimmte Nahrungsmittel meide ich, weil sie dick machen. 34) Ich könnte zu jeder Tageszeit essen, da ich ständig Appetit habe. 35) Ich achte sehr auf meine Figur. 36) Wenn ich während einer Diät etwas „Unerlaubtes“ esse, dann denke ich oft „Jetzt ist es auch egal“, und dann lange ich erst recht zu.	
Bei den folgenden Fragen bitte ankreuzen, was am ehesten auf Sie zutrifft:	
37) Haben Sie auch zwischen den Essenszeiten Hungergefühle? 38) Wenn Sie zu viel gegessen haben, bringen Sie Gewissensbisse dazu, sich eher zurückzuhalten? 39) Wäre es schwierig für Sie, eine Mahlzeit mitendrin zu unterbrechen und dann vier Stunden lang nichts mehr zu essen? 40) Achten Sie darauf, dass Sie keinen Vorrat an verlockenden Lebensmitteln haben? 41) Kaufen Sie häufig kalorienarme Lebensmittel? 42) Essen Sie kontrolliert, wenn Sie mit anderen zusammen sind, und lassen Sie sich dann gehen, wenn Sie allein sind? 43) Essen Sie bewusst langsam, um Ihre Nahrungsaufnahme einzuschränken? 44) Wie oft verzichten Sie auf Nachtisch, weil Sie keinen Appetit mehr haben? 45) Wie häufig kommt es vor, dass Sie bewusst weniger essen, als Sie gern möchten? 46) Kommt es vor, dass Sie Essen verschlingen, obwohl Sie nicht hungrig sind?	<input type="checkbox"/> Immer (1) <input type="checkbox"/> Oft (2) <input type="checkbox"/> Selten (3) <input type="checkbox"/> Nie (4)
47) Trifft diese Aussage auf Ihr Essverhalten zu? „Morgens halte ich noch Diät, aber durch die Tagesereignisse bin ich am Abend so weit, dass ich wieder esse, was ich will. Ich nehme mir dann vor, ab morgen standhaft zu bleiben.“ 48) Würden Sie Ihre Lebensweise ändern, wenn Sie eine Gewichtsveränderung von fünf Pfund feststellten? 49) Achten Sie darauf, was Sie essen?	<input type="checkbox"/> Sehr (1) <input type="checkbox"/> Ziemlich (2) <input type="checkbox"/> Etwas (3) <input type="checkbox"/> Nein (4)
50) Kreuzen Sie an, was auf Ihr Essverhalten zutrifft (nur eine Antwort):	<input type="checkbox"/> Ich esse, was ich will, wann ich will. (1) <input type="checkbox"/> Ich esse gewöhnlich, was ich will, wann ich will. (2)

Fragen zur Lebensqualität zu den Zeitpunkten t_0 , t_3	
	<input type="checkbox"/> Ich esse oft, was ich will, wann ich will. (3) <input type="checkbox"/> Ich halte mich ebenso oft zurück wie ich nachgebe. (4) <input type="checkbox"/> Ich halte mich gewöhnlich zurück, gebe selten nach. (5) <input type="checkbox"/> Ich halte mich durchweg zurück, gebe nicht nach. (6)
51) Wie häufig haben Sie bereits Schlankheitsdiäten gemacht?	<input type="checkbox"/> 1 – 3mal (1) <input type="checkbox"/> 4 – 8mal (2) <input type="checkbox"/> 9 – 15mal (3) <input type="checkbox"/> Mehr als 15mal (4) <input type="checkbox"/> In regelmäßigen Abständen (5) <input type="checkbox"/> Ich halte so gut wie immer Diät (6) <input type="checkbox"/> Noch nie (7)
52) Was bereitet Ihnen in Ihrem Essverhalten die größten Schwierigkeiten? Es sind mehrere Antworten möglich.	<input type="checkbox"/> Verlangen nach Süßem <input type="checkbox"/> Alkoholische Getränke <input type="checkbox"/> Essen in Gesellschaft <input type="checkbox"/> Langeweile <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Plötzlicher Heißhunger <input type="checkbox"/> Ständiges Kalorienzählen <input type="checkbox"/> Ich traue mich nicht, mich satt zu essen <input type="checkbox"/> Ich habe keine Schwierigkeiten

Quelle: (Pudel, 1989).

IPAQ – Versichertenfragebogen zum Bewegungsverhalten

IPAQ-Fragebogen	
<p>Fragen zur körperlichen Aktivität</p> <p>Wir sind daran interessiert herauszufinden, welche Arten von körperlichen Aktivitäten Menschen in ihrem alltäglichen Leben vollziehen. Die Befragung bezieht sich auf die Zeit, die Sie während der letzten 7 Tage in körperlicher Aktivität verbracht haben. Bitte beantworten Sie alle Fragen (auch wenn Sie sich selbst nicht als aktive Person ansehen). Bitte berücksichtigen Sie die Aktivitäten</p> <ul style="list-style-type: none"> – im Rahmen Ihrer Arbeit, – in Haus und Garten, – um von einem Ort zum anderen zu kommen und – in Ihrer Freizeit für Erholung, Leibesübungen und Sport. <p>Denken Sie an all Ihre anstrengenden und moderaten Aktivitäten in den vergangenen 7 Tagen. Anstrengende Aktivitäten bezeichnen Aktivitäten, die starke körperliche Anstrengungen erfordern und bei denen Sie deutlich stärker atmen als normal. Moderate Aktivitäten bezeichnen Aktivitäten mit moderater körperlicher Anstrengung bei denen Sie ein wenig stärker atmen als normal.</p>	
Frage	Antwort
Bitte beantworten Sie jede Frage, indem Sie genau eine Antwortmöglichkeit ankreuzen, die am besten auf Sie zutrifft.	
1) Denken sie nur an die körperlichen Aktivitäten, die Sie für mindestens 10 Minuten ohne Unterbrechung verrichtet haben. An wie vielen der vergangenen 7 Tage haben Sie anstrengende körperliche Aktivitäten wie Aerobic, Laufen, schnelles Fahrradfahren oder schnelles Schwimmen verrichtet?	<input type="checkbox"/> ___ Tage pro Woche <input type="checkbox"/> Keine anstrengenden Aktivitäten (→ Frage 3)

IPAQ-Fragebogen	
2) Wie viel Zeit haben Sie für gewöhnlich an einem dieser Tage mit anstrengender körperlicher Aktivität verbracht?	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> Minuten pro Tag <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht/ bin nicht sicher
3) Denken Sie erneut nur an die körperlichen Aktivitäten, die Sie für <i>mindestens 10 Minuten</i> ohne Unterbrechung verrichtet haben. An wie vielen der vergangenen 7 Tage haben sie moderate körperliche Aktivitäten, wie das Tragen leichter Lasten, Fahrradfahren bei gewöhnlicher Geschwindigkeit oder Schwimmen bei gewöhnlicher Geschwindigkeit verrichtet? Hierzu zählt nicht zu Fuß gehen.	<input type="checkbox"/> Tage pro Woche <input type="checkbox"/> Keine moderaten Aktivitäten (→ Frage 5)
4) Wie viel Zeit haben Sie für gewöhnlich an <i>einem</i> dieser Tage mit moderater körperlicher Aktivität verbracht?	<input type="checkbox"/> Tage pro Woche <input type="checkbox"/> Keine moderaten Aktivitäten (→ Frage 5)
5) Wie viel Zeit haben Sie für gewöhnlich an <i>einem</i> dieser Tage mit moderater körperlicher Aktivität verbracht?	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> Minuten pro Tag <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht/ bin nicht sicher
6) An wie vielen der vergangenen 7 Tage sind Sie <i>mindestens 10 Minuten</i> ohne Unterbrechung zu Fuß gegangen? Dieses beinhaltet Gehstrecken daheim oder in der Arbeit, gehen, um von einem Ort zu einem anderen zu gelangen, sowie alles andere Gehen zur Erholung, Bewegung oder Freizeit.	<input type="checkbox"/> Tage pro Woche <input type="checkbox"/> Keine entsprechenden Wege zu Fuß (→ Frage 7)
7) Wie viel Zeit haben Sie für gewöhnlich an <i>einem</i> dieser Tage mit Gehen verbracht?	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> Minuten pro Tag <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht/ bin nicht sicher
8) Wie viel Zeit haben Sie in den vergangenen 7 Tagen an einem Wochentag mit Sitzen verbracht? Dies kann Zeit beinhalten wie Sitzen am Schreibtisch, Besuchen von Freunden, vor dem Fernseher sitzen oder liegen und auch sitzen in einem öffentlichen Verkehrsmittel.	<input type="checkbox"/> Stunden pro Tag <input type="checkbox"/> Minuten pro Tag <input type="checkbox"/> Ich weiß nicht/ bin nicht sicher

Quelle: IPAQ Group 2002.

Anlage 6: Interviewleitfäden

Interviewleitfaden Versicherte – telefonische Interviews

Begrüßung und Anmoderation

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute mit mir über Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Programm „Dimini – Diabetes mellitus - ich nicht!“ zu sprechen.

Mein Name ist XXX und ich arbeite für das inav. Das inav ist das Institut für angewandte Versorgungsforschung mit Sitz in Berlin und für die wissenschaftliche Bewertung von Dimini verantwortlich.

Ich werde das Interview heute mit Ihnen durchführen. Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen gerne noch kurz den Hintergrund dieser Befragung vorstellen. Ziel ist es, einen Einblick in Ihre Erfahrungen mit der Umsetzung von Dimini zu erlangen. Ihre Erfahrungen sind sehr wertvoll für uns, um zu erfahren, was in dem Programm gut läuft und was ggf. noch verbessert werden kann.

Das Interview wird in etwa 30 Minuten dauern. Die Teilnahme diesem Interview ist selbstverständlich freiwillig und Sie haben das Recht, das Interview jederzeit abzubrechen. Damit wir unser Interview für die Auswertung anschließend auch verschriftlichen können, wird unser Gespräch tonaufgezeichnet. Sie können sich aber sicher sein, dass wir die Inhalte unseres Gesprächs hochvertraulich behandeln und sie pseudonymisiert weiterverarbeiten. Das bedeutet, dass schlussendlich keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person für Dritte möglich sein werden.

Haben Sie noch Fragen, die wir im Vorfeld klären sollten? Ansonsten schlage ich vor, dass wir mit dem Interview beginnen. (AUDIO starten und ankündigen!)

Ich hätte noch drei kurze Fragen an Sie vorab:

- 1) Wann haben Sie mit Dimini begonnen? (Sie müssen kein genaues Datum nennen, ein grober Zeitraum reicht uns auch aus)
- 2) Wohnen Sie in einer Stadt oder eher ländlich?
- 3) Wie alt sind Sie?

Ansprache und Motivation

- 4) Warum haben Sie sich für eine Teilnahme an Dimini entschieden? (Was haben Sie sich von einer Teilnahme an Dimini erhofft?)
- 5) Wer hat Sie auf Dimini aufmerksam gemacht?

Dimini-Startset und Beginn der Intervention

Vor Beginn des Programms haben Sie gemeinsam mit dem Arzt oder einer/m Arzthelfer/in/en einen Risikotest (den FINDRISK-Test) gemacht.

- 6) Wenn Sie sich zurückerinnern: Hat Sie das Testergebnis überrascht? Wurde Ihnen erklärt, was das Testergebnis für Sie bedeutet?
- 7) Hätten Sie sich mehr persönliche Erläuterungen zum Test gewünscht? Wenn ja, welche?

Zum Start haben Sie sich, zusammen mit dem Arzt, in einer Zielvereinbarung ein oder mehrere Ziele gesetzt (z. B. Gewichtsreduktion).

- 8) Hat diese Zielvereinbarung Sie motiviert, im Verlauf des Programms aktiv dran zu bleiben?
- 9) Haben Sie ihr Ziel bzw. Ihre Ziele erreicht?

Sie erhielten zudem ein Starter-Set (Taillemaßband, ein Fitnessband und ein Pedometer). Außerdem erhielten Sie ein Tagebuch, einen Leitfaden und eine Lebensmittelliste.

- 10) Konnten Sie entscheiden, ob Sie zur Unterstützung eine App nutzen oder ob Sie die Dokumente papierbasiert erhalten?
- 11) Für welche Option haben Sie sich entschieden?
- 12) Warum? Was sprach für Sie für/gegen, die App zu nutzen?

Dimini-App [nur, falls die Versicherten vorher angeben, die App genutzt zu haben!]

- 13) Wenn Sie sich zurückerinnern: Wie gut fanden Sie sich zu Programmbeginn mit der App zurecht? (bei Problemen gerne nachhaken: was war problematisch und warum, wie sind sie damit umgegangen?)

- 14) Haben Sie vor dem Programm Dimini bereits Gesundheits-Apps genutzt, also Apps, in denen es z. B. um Ernährung oder Bewegung geht? (wenn nicht ggf. über: Nutzen Sie ansonsten Apps auf Ihrem Smartphone? Wie regelmäßig?)
- 15) Haben Sie die Dimini-App regelmäßig genutzt? (ggf. Nachfragen: War dies zu Beginn von Dimini häufiger?)
- 16) Wofür haben Sie die App genutzt? Welche Daten haben Sie in die App eingetragen? (und wie häufig?)
- 17) In der App hatten Sie die Möglichkeit, die von Ihnen eingegebenen Daten mit Ihrem Arzt zu teilen. Haben Sie diese Möglichkeit genutzt? (wenn nein: warum nicht?)
- 18) Wenn ja: Haben Sie diese Daten dann mit dem Arzt besprochen? War das hilfreich?
- 19) Welche Funktionen der Dimini-App fanden Sie zum Erreichen Ihrer Ziele besonders hilfreich?
- 20) Gibt es weitere Funktionen, die Sie sich in der App gewünscht hätten?
- 21) Wenn ja: Haben Sie diese Daten dann mit dem Arzt besprochen? War das hilfreich?
- 22) Welche Funktionen der Dimini-App fanden Sie zum Erreichen Ihrer Ziele besonders hilfreich?
- 23) Gibt es weitere Funktionen, die Sie sich in der App gewünscht hätten?
- 24) Wie zufrieden waren sie zusammenfassend mit der App?

Dimini Umsetzung allgemein

Nach dem Erhalt des Starter-Sets ging es also los mit dem Programm.

- 25) Wenn Sie an diese erste Zeit zurückdenken: Wie ist Ihnen der Einstieg in das Programm gelungen?
- 26) Wie hilfreich fanden Sie das Starter-Set (das bestand aus: Taillenmaßband, Fitnessband, Pedometer, Leitfaden, Tagebuch, Lebensmittelliste)?
- 27) Konnten Sie die Änderungen im Ernährungs- und Bewegungsverhalten gut in Ihrem Alltag umsetzen? (Gab es Probleme? Wenn ja: welche? Hat sich etwas daran geändert? Wurde es leichter?)
- 28) Gab es Rückschläge oder wollten Sie auch mal aufhören? (Wenn ja, wie sind Sie diesen begegnet?)

Im Verlauf des Programms waren drei Kontrolltermine beim Arzt angedacht. Zudem konnten Sie zwischen diesen Terminen zwei Coachings erhalten.

- 29) Haben Sie diese drei Termine wahrgenommen? (ggf. warum haben Sie diese wahrgenommen? Was waren die Beweggründe? Lief es grade nicht so gut?)
- 30) Was haben Sie im Rahmen dieser Kontrolltermine besprochen?
- 31) Haben Sie zwischen den Kontrollterminen zwei weitere Coachings erhalten?
- 32) Wie lief dieses Coaching ab? Wurden Sie angerufen oder kamen sie dafür in die Praxis?
- 33) Welche Themen haben Sie besprochen?
- 34) Waren diese regelmäßigen Termine hilfreich, um „dranzubleiben“? (ggf. was war besonders hilfreich?)

Hindernisse und Bewertung

- 35) Was waren für Sie zurückblickend die größten Hürden und Herausforderungen, um Dimini umzusetzen? (ggf. nachfragen: ausreichend unterstützt? Ausreichend informiert?)
- 36) Was haben Sie an Ihrem Umgang mit Ernährung und Bewegung durch Dimini geändert?
- 37) Glauben Sie, dass das Sie diese Änderungen auch langfristig beibehalten können?

Abschlussfragen

- 38) Wie lautet Ihr persönliches Fazit zu Dimini?
- 39) Haben Sie noch Fragen an mich oder habe ich einen wichtigen Punkt übersehen?

Interviewleitfaden Sensibilisierer – telefonische Interviews

Begrüßung und Anmoderation

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute mit mir über Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Programm „Dimini – Diabetes mellitus - ich nicht!“ zu sprechen.

Mein Name ist XXX und ich arbeite für das inav. Das inav ist das Institut für angewandte Versorgungsforschung mit Sitz in Berlin und für die wissenschaftliche Bewertung von Dimini verantwortlich.

Ich werde das Interview heute mit Ihnen durchführen. Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen gerne noch kurz den Hintergrund dieser Befragung vorstellen. Ziel ist es, einen Einblick in Ihre Erfahrungen mit der Umsetzung von Dimini zu erlangen. Ihre Erfahrungen sind sehr wertvoll für uns, um zu erfahren, was in dem Programm gut läuft und was ggf. noch verbessert werden kann.

Das Interview wird in etwa 30 Minuten dauern. Die Teilnahme diesem Interview ist selbstverständlich freiwillig und Sie haben das Recht, das Interview jederzeit abzubrechen. Damit wir unser Interview für die Auswertung anschließend auch verschriftlichen können, wird unser Gespräch tonaufgezeichnet. Sie können sich aber sicher sein, dass wir die Inhalte unseres Gesprächs hochvertraulich behandeln und sie pseudonymisiert weiterverarbeiten. Das bedeutet, dass schlussendlich keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person für Dritte möglich sein werden.

Haben Sie noch Fragen, die wir im Vorfeld klären sollten? Ansonsten schlage ich vor, dass wir mit dem Interview beginnen. (AUDIO starten und ankündigen!)

Einführung/ Erfahrungen

Im Rahmen der Lebensstilintervention Dimini hatten Sie sich bereit erklärt, Personen, die für eine Teilnahme in Frage kommen, auf das Programm anzusprechen. Die potenziellen Teilnehmer sollten somit für Dimini sensibilisiert werden.

Als erstes würde mich interessieren:

- 1) Haben Sie vor Dimini schon mal Personen für Gesundheitsprogramme sensibilisiert bzw. angesprochen?
[je nach Umfang der Antwort: wenn ja, in welchem Rahmen? Was genau waren Ihre persönlichen Berührungspunkte und Aufgaben?]

Themenfeld: Motivation

- 2) Wie haben Sie von Dimini erfahren?
- 3) Was hat Sie motiviert, an Dimini teilzunehmen?
[ggf.: Worin sehen Sie die Relevanz von Programmen wie Dimini?]

Themenfeld: Sensibilisierung von Versicherten

- 4) Inwiefern fühlten Sie sich ausreichend darüber aufgeklärt, wer genau die Zielpopulation ist und wen Sie ansprechen könnten?
[Welche Informationen/ Materialien lagen Ihnen zur Unterstützung vor? An wen konnten Sie sich bei Fragen wenden?]
- 5) Wonach haben Sie die Personen ausgewählt?
- 6) Was schätzen Sie: wie viele Personen haben sie ca. über Dimini informiert?
- 7) Wie haben die Personen auf Ihre Ansprache reagiert?
[ggf. nachhaken in die Richtung: Wie begegnet man den Zweiflern der Versicherten an so einem Programm?]
- 8) Wer war außer Ihnen in Ihrer Praxis noch dafür verantwortlich, Personen anzusprechen? (ggf. auch MFA?), Frage für Bundesagentur für Arbeit: Wer genau wurde eingewiesen, Personen auf Dimini anzusprechen? (eine bestimmte Abteilung, alle Mitarbeiter/innen?) Wie erfolgte diese Einweisung?

Themenfeld: Optimierungsbedarf

Im Projektverlauf hat sich gezeigt, dass der Großteil der Programmteilnehmer direkt über die Hausärzte rekrutiert wurden. Nur wenige Versicherte konnten über andere Wege – bspw. Fachärzte oder die Bundesagentur für Arbeit – für eine Programmteilnahme gewonnen werden.

- 9) Woran könnte das Ihrer Meinung nach gelegen haben?
- 10) Wie aufwändig war es für Sie, Personen über Dimini aufzuklären? Hatten Sie ausreichend Zeit dafür? (Nicht bei der Bundesagentur für Arbeit)
- 11) Haben Sie irgendeine Rückmeldung darüber erhalten, ob die von Ihnen angesprochenen Personen sich auch wirklich für das Programm Dimini beim Hausarzt eingeschrieben haben?
(Je nach Gesprächsverlauf: Was hätte Ihrer Meinung nachgeholfen, um mehr Personen für Dimini zu rekrutieren?)

Themenfeld: Überführung in die Regelversorgung

Das Ziel ist es, Dimini bzw. Komponenten von Dimini in die Regelversorgung zu übertragen. Gerne würde ich Ihnen hierzu noch einige Fragen stellen.

12)	Können Sie sich vorstellen, auch in Zukunft Versicherte auf ein Lebensstilprogramm wie Dimini anzusprechen bzw. aufmerksam zu machen?
13)	Welchen Optimierungsbedarf sehen Sie mit Blick auf die Übertragung in die RV? (ggf. konkretisieren: Wie könnte die Rekrutierung/ Sensibilisierung in der Regelversorgung ausgestaltet sein?)
Abschlussfragen	
14)	Wie lautet Ihr persönliches Fazit zu Dimini?
15)	Haben Sie noch Fragen an mich oder habe ich einen wichtigen Punkt übersehen?

Interviewleitfaden Kassenärztliche Vereinigung – telefonische Interviews

Begrüßung und Anmoderation	
<p>Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute mit mir über Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Programm „Dimini – Diabetes mellitus - ich nicht!“ zu sprechen.</p> <p>Mein Name ist XXX und ich arbeite für das inav. Das inav ist das Institut für angewandte Versorgungsforschung mit Sitz in Berlin und für die wissenschaftliche Bewertung von Dimini verantwortlich.</p> <p>Ich werde das Interview heute mit Ihnen durchführen. Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen gerne noch kurz den Hintergrund dieser Befragung vorstellen. Ziel ist es, einen Einblick in Ihre Erfahrungen mit der Umsetzung von Dimini zu erlangen. Ihre Erfahrungen sind sehr wertvoll für uns, um zu erfahren, was in dem Programm gut läuft und was ggf. noch verbessert werden kann.</p> <p>Das Interview wird in etwa 30 Minuten dauern. Die Teilnahme diesem Interview ist selbstverständlich freiwillig und Sie haben das Recht, das Interview jederzeit abzubrechen. Damit wir unser Interview für die Auswertung anschließend auch verschriftlichen können, wird unser Gespräch tonaufgezeichnet. Sie können sich aber sicher sein, dass wir die Inhalte unseres Gesprächs hochvertraulich behandeln und sie pseudonymisiert weiterverarbeiten. Das bedeutet, dass schlussendlich keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person für Dritte möglich sein werden.</p> <p>Haben Sie noch Fragen, die wir im Vorfeld klären sollten? Ansonsten schlage ich vor, dass wir mit dem Interview beginnen. (AUDIO starten und ankündigen!)</p>	
Einführung	
1)	Wie sind Sie mit der Lebensstilintervention Dimini in Kontakt gekommen?
2)	Welche Erwartungen hatte Ihre KV an die Teilnahme an Dimini?
Themenfeld: Erfahrungen	
3)	Welche Erfahrungen haben Sie mit der Lebensstilintervention Dimini gemacht? [Was lief gut, was lief nicht so gut?]
4)	Wie kam Dimini bei den Leistungserbringern an? Welches Feedback haben Sie zu Dimini erhalten?
5)	Was sind die größten Schwierigkeiten, die Sie in der alltäglichen Umsetzung von Dimini auf Seiten der Leistungserbringer sehen/sahen?
Themenfeld: Nutzen	
6)	Welchen Mehrwert hat die Lebensstilintervention Ihrer Meinung nach gegenüber anderen Lebensstilinterventionen? (für die Arbeit der Leistungserbringer, für die Patientenversorgung)
Themenfeld: Überführung in die Regelversorgung	
Und nun würde ich Sie bitten, einmal an die Zeit nach dem Innovationsfonds zu denken.	
7)	Welche Komponenten von Dimini könnten Ihrer Meinung nach realistisch in die Regelversorgung übertragen werden?
8)	Was ist Ihre Meinung zu digitalen Anwendungen (wie der angebotenen App) als Ergänzung bzw. Unterstützung von Lebensstilinterventionen in der Regelversorgung? (Stichpunkte: Arztentlastung, Abrechnung?)
9)	Wie hoch müsste Ihrer Meinung nach die Vergütung der Ärzte für die Durchführung der Lebensstilintervention bzw. der Komponente x (je nachdem, was gesagt wurde) sein?
10)	Wie hoch ist typischerweise die Vergütung für das Umsetzen einer Lebensstilintervention bzw. Komponente x in der Regelversorgung?
11)	Nehmen wir den FINDRISK als Beispiel: wie könnte die Durchführung dieses Tests nach Ende der Projektlaufzeit von Dimini vergütet werden?

12)	Wie könnte Dimini/ die Komponenten von Dimini an die aktuelle Regelversorgung eingebunden sein? (als Beispiel: In welchem Kontext könnte der FINDRISK durchgeführt werden?)
13)	Wie müssten die Rahmenbedingungen gestaltet sein, um Dimini (oder Komponenten von Dimini) in die Regelversorgung zu überführen?
14)	[Welche rechtlichen Rahmenbedingungen müssten gegeben sein? Wie könnte die Vergütung ausgestaltet sein?]
Abschlussfragen	
15)	Wie lautet Ihr persönliches Fazit zu Dimini? [Womit sind oder waren Sie besonders zufrieden im Hinblick auf Dimini? /Womit sind oder waren Sie unzufrieden?]
16)	Haben Sie noch Fragen an mich oder habe ich einen wichtigen Punkt übersehen?

Interviewleitfaden Krankenkasse – telefonische Interviews

Begrüßung und Anmoderation

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute mit mir über Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Programm „Dimini – Diabetes mellitus - ich nicht!“ zu sprechen.

Mein Name ist XXX und ich arbeite für das inav. Das inav ist das Institut für angewandte Versorgungsforschung mit Sitz in Berlin und für die wissenschaftliche Bewertung von Dimini verantwortlich.

Ich werde das Interview heute mit Ihnen durchführen. Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen gerne noch kurz den Hintergrund dieser Befragung vorstellen. Ziel ist es, einen Einblick in Ihre Erfahrungen mit der Umsetzung von Dimini zu erlangen. Ihre Erfahrungen sind sehr wertvoll für uns, um zu erfahren, was in dem Programm gut läuft und was ggf. noch verbessert werden kann.

Das Interview wird in etwa 30 Minuten dauern. Die Teilnahme diesem Interview ist selbstverständlich freiwillig und Sie haben das Recht, das Interview jederzeit abubrechen. Damit wir unser Interview für die Auswertung anschließend auch verschriftlichen können, wird unser Gespräch tonaufgezeichnet. Sie können sich aber sicher sein, dass wir die Inhalte unseres Gesprächs hochvertraulich behandeln und sie pseudonymisiert weiterverarbeiten. Das bedeutet, dass schlussendlich keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person für Dritte möglich sein werden.

Haben Sie noch Fragen, die wir im Vorfeld klären sollten? Ansonsten schlage ich vor, dass wir mit dem Interview beginnen. (AUDIO starten und ankündigen!)

Einführung

Als erstes würde mich interessieren:

- 1) Wie bzw. warum sind Sie mit der Lebensstilintervention Dimini in Kontakt gekommen?
- 2) Hatten Sie persönlich vor Dimini schon mal Berührungspunkte mit Lebensstilinterventionen, die in der Regelversorgung umgesetzt werden?

Themenfeld: Erfahrungen

- 3) Welche Erwartungen hatte ihre Krankenkasse an die Teilnahme an Dimini?

Themenfeld: Rekrutierung von Versicherten

- 4) Im Rahmen von Dimini wurden die Versicherten über die Hausarztpraxen rekrutiert, aber auch von anderen Arztgruppen und der Bundesagentur für Arbeit angesprochen und für die Lebensstilintervention sensibilisiert.
- 5) Was sind die Herausforderungen bei der Ansprache von Versicherten für Lebensstilprogramme?
- 6) In welchem Rahmen ist Ihre Krankenkasse bei der Ansprache von Versicherten für Lebensstilprogrammen beteiligt?
- 7) Wie könnte die Ansprache der Versicherten in der Regelversorgung ausgestaltet sein?

Themenfeld: Nutzen

- 8) Welchen Mehrwert hat die Lebensstilintervention Dimini Ihrer Meinung nach gegenüber anderen, bereits von Ihrer Krankenkasse angebotenen Lebensstilinterventionen?

Themenfeld: Überführung in die Regelversorgung

Und nun würde Ich Sie bitten, einmal an die Zeit nach dem Innovationsfonds zu denken.

- 9) Konkret mit Blick auf Dimini: Welche Komponenten der Lebensstilintervention könnte Ihre Krankenkasse den Versicherten anbieten?

10) Welche rechtlichen Voraussetzungen müssten erfüllt sein?
11) Welche weiteren Kriterien müssten erfüllt sein, damit sich Ihre Krankenkasse entscheidet, dies Ihren Versicherten anzubieten?
12) Was ist Ihre Meinung zu digitalen Anwendungen (wie der angebotenen App) als Ergänzung bzw. Unterstützung von Lebensstilinterventionen in der Regelversorgung? (Stichpunkte: Arztentlastung, Abrechnung?)
13) Würde Ihre Krankenkasse die Kosten für so eine Lebensstilintervention bzw. die Komponente x (je nachdem, was gesagt wurde) ganz oder teilweise übernehmen?
14) Wenn ja: können Sie einschätzen, in welchem Bereich die für so eine Lebensstilintervention bzw. Komponente x liegen würden?
15) Wenn nicht zuvor erwähnt: Nehmen wir den FINDRISK als Beispiel: wie könnte die Durchführung dieses Tests nach Ende der Projektlaufzeit von Dimini vergütet werden?
16) Welche konkrete Rolle würde Ihre Krankenkasse übernehmen, wenn Dimini in die Regelversorgung überführt würde? Was wären die Aufgaben auf Seiten der Krankenkasse?
Abschlussfragen
17) Wie lautet Ihr persönliches Fazit zu Dimini?
18) [Womit sind oder waren Sie besonders zufrieden im Hinblick auf Dimini? /Womit sind oder waren Sie unzufrieden?]
19) Haben Sie noch Fragen an mich oder habe ich einen wichtigen Punkt übersehen?
20) Gibt es in Ihrer Krankenkasse noch weitere Personen, die wir zu den Erfahrungen mit Dimini und der Umsetzung in die Regelversorgung befragen sollten?

Interviewleitfaden MFA – telefonische Interviews

Begrüßung und Anmoderation

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute mit mir über Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Programm „Dimini – Diabetes mellitus - ich nicht!“ zu sprechen.

Mein Name ist XXX und ich arbeite für das inav. Das inav ist das Institut für angewandte Versorgungsforschung mit Sitz in Berlin und für die wissenschaftliche Bewertung von Dimini verantwortlich.

Ich werde das Interview heute mit Ihnen durchführen. Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen gerne noch kurz den Hintergrund dieser Befragung vorstellen. Ziel ist es, einen Einblick in Ihre Erfahrungen mit der Umsetzung von Dimini zu erlangen. Ihre Erfahrungen sind sehr wertvoll für uns, um zu erfahren, was in dem Programm gut läuft und was ggf. noch verbessert werden kann.

Das Interview wird in etwa 30 Minuten dauern. Die Teilnahme diesem Interview ist selbstverständlich freiwillig und Sie haben das Recht, das Interview jederzeit abzubrechen. Damit wir unser Interview für die Auswertung anschließend auch verschriftlichen können, wird unser Gespräch tonaufgezeichnet. Sie können sich aber sicher sein, dass wir die Inhalte unseres Gesprächs hochvertraulich behandeln und sie pseudonymisiert weiterverarbeiten. Das bedeutet, dass schlussendlich keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person für Dritte möglich sein werden.

Haben Sie noch Fragen, die wir im Vorfeld klären sollten? Ansonsten schlage ich vor, dass wir mit dem Interview beginnen. (AUDIO starten und ankündigen!)

Einführung

- 1) Ihre Praxis hatte sich entschieden, an Dimini teilzunehmen. Was hat Sie selbst motiviert, Dimini gemeinsam mit Ihrem Arzt umzusetzen?
- 2) Haben Sie bereits vor Dimini Lebensstilprogramme (bspw. zur Gewichtsreduktion oder zur Steigerung der Gesundheitskompetenz) zusammen mit Ihrem Arzt umgesetzt?

Themenfeld: Aufgaben

Ihre Rolle als medizinische Fachangestellte im Dimini-Projekt nicht abschließend festgelegt. Ihre genauen Aufgaben variieren womöglich je nach dem, was die jeweiligen Ärzte entschieden haben, zu delegieren. Mich würde daher interessieren:

- 3) Welche Aufgaben haben Sie im Rahmen von Dimini übernommen?

Ansprache

Wenn nicht schon angesprochen bzw. an diesem Punkt der Diskussion dann nachhaken:

- 4) Inwiefern waren Sie an der Ansprache von Versicherten für das Programm beteiligt? Fiel Ihnen die Ansprache leicht? Wie haben Sie Versicherten verständlich gemacht, dass ihnen ein Lebensstilprogramm wie Dimini guttun würde?
- 5) Inwiefern fühlten Sie sich ausreichend darüber informiert, welche Zielgruppe für das Lebensstilprogramm infrage kommt? Wie wurden Sie darüber informiert? Fühlten Sie sich gut informiert?
- 6) Wonach haben Sie die Versicherten ausgewählt, die Sie auf den FINDRISK-Test angesprochen haben?

Verlaufsmanagement (Kontrolltermine/Coaching)

Wenn nicht schon angesprochen bzw. an diesem Punkt der Diskussion dann nachhaken:

- 7) Eingeschlossene Versicherte hatten die Möglichkeit, sich im Verlauf des Programms von ihrem Arzt Tipps einzuholen (sog. Zwischencoachings). Darüber hinaus fanden insgesamt drei Kontrolltermine (3, 9, 15 Monate) mit den Versicherten statt. Inwiefern waren Sie in die Kontrolltermine und das Coaching involviert? Welche Aufgaben haben Sie übernommen? Wie zeitaufwändig war die Betreuung der Versicherten?
- 8) Wie liefen die Coachings ab? Telefonisch oder kamen die Patienten in die Praxis? War dies aus Ihrer Sicht hilfreich für die Versicherten? Welche Fragen wurden von den Versicherten gestellt, welche Themengebiete in den Coachings bearbeitet? Inwiefern war es für Sie im Rahmen des Arbeitsalltags umsetzbar?

Dokumentation

Wenn nicht schon angesprochen bzw. an diesem Punkt der Diskussion dann nachhaken:

Die Dokumentation im Rahmen von Dimini lief über die Webanwendung der KVSH.

- 9) Haben Sie Daten in der Webanwendung dokumentiert?
- 10) Wie hilfreich war die Webanwendung für die Aufgaben, die Sie im Dimini übernommen haben? Welche Komponenten fanden Sie besonders hilfreich? Welche Schwierigkeiten oder Probleme gab es bei der Anwendung der Webplattform? Hatten Sie ausreichend Unterstützung bei technischen Problemen?

Themenfeld: Programmitierung

Gehen wir nun noch einmal auf die Zeit direkt vor bzw. zu Beginn von Dimini ein.

- 11) Wir haben bereits über die Ansprache von Versicherten gesprochen. Nun würde mich interessieren, wie Sie auf die Umsetzung von Dimini vorbereitet wurden?
Welche Informationen haben Sie zum Programmablauf erhalten? War das ausreichend? Haben Sie ggf. Verbesserungsvorschläge? Wer waren Ihre Ansprechpartner falls Sie mal Fragen hatten?
- 12) Haben Sie die sog. Starter-Sets an die Versicherten ausgegeben?
Sind auf Seiten der Versicherten diesbezüglich Fragen aufgekommen? Welche waren das? Haben Sie die Versicherten auch auf die App aufmerksam gemacht? Welche Rückmeldung haben Sie bezüglich der App von den Versicherten bekommen?
- 13) Sie erhielten im Programmverlauf von der KV Dimini-Newsletter. Wie bewerten Sie diese Newsletter? Waren sie informativ? Was sagen Sie zur Frequenz der Newsletter?

Themenfeld: Hindernisse und Bewertung

- 14) Was waren für Sie zurückblickend die größten Hürden und Herausforderungen im Programmverlauf von Dimini?

Themenfeld: Überführung in die Regelversorgung

Und nun würde ich Sie bitten, einmal an die Zeit nach der Studie Dimini zu denken.

- 15) Halten Sie es für sinnvoll, dass Dimini auch nach Abschluss der Studie angeboten werden sollte? Warum?
- 16) Als Sie Dimini-Teilnehmer eingeschlossen und betreut haben, haben Sie sich an der einen oder anderen Stelle gedacht: Moment – das läuft so nicht optimal und müsste eigentlich anders laufen? Was müsste Ihrer Meinung nach anders laufen?

Abschlussfragen:

- 17) Wie lautet Ihr persönliches Fazit zu Dimini?

- 18) Denken Sie, dass die Teilnehmer von Dimini profitiert haben?
 19) Haben Sie noch Fragen an mich oder habe ich einen wichtigen Punkt übersehen?

Interviewleitfaden Ärzte – telefonische Interviews

Begrüßung und Anmoderation

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, heute mit mir über Ihre persönlichen Erfahrungen mit dem Programm „Dimini – Diabetes mellitus - ich nicht!“ zu sprechen.

Mein Name ist XXX und ich arbeite für das inav. Das inav ist das Institut für angewandte Versorgungsforschung mit Sitz in Berlin und für die wissenschaftliche Bewertung von Dimini verantwortlich.

Ich werde das Interview heute mit Ihnen durchführen. Bevor wir mit dem Interview beginnen, möchte ich Ihnen gerne noch kurz den Hintergrund dieser Befragung vorstellen. Ziel ist es, einen Einblick in Ihre Erfahrungen mit der Umsetzung von Dimini zu erlangen. Ihre Erfahrungen sind sehr wertvoll für uns, um zu erfahren, was in dem Programm gut läuft und was ggf. noch verbessert werden kann.

Das Interview wird in etwa 30 Minuten dauern. Die Teilnahme diesem Interview ist selbstverständlich freiwillig und Sie haben das Recht, das Interview jederzeit abzubrechen. Damit wir unser Interview für die Auswertung anschließend auch verschriftlichen können, wird unser Gespräch tonaufgezeichnet. Sie können sich aber sicher sein, dass wir die Inhalte unseres Gesprächs hochvertraulich behandeln und sie pseudonymisiert weiterverarbeiten. Das bedeutet, dass schlussendlich keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person für Dritte möglich sein werden.

Haben Sie noch Fragen, die wir im Vorfeld klären sollten? Ansonsten schlage ich vor, dass wir mit dem Interview beginnen. (AUDIO starten und ankündigen!)

Einführung

- 1) Was hat Sie motiviert, an Dimini teilzunehmen?

Themenfeld: Ansprache und FINDRISK/ Risikostratifizierung

Als Nächstes möchte ich gerne Näheres zur Ansprache der Versicherten auf das Programm und zum Screening-Verfahren mittels FINDRISK-Tests erfahren. [Hintergrundinfo: Bestimmung des Risikos, innerhalb der nächsten 10 Jahre an DMT2 zu erkranken]

- 2) Hat das Versorgungsprogramm Ihrer Einschätzung nach die richtige Population angesprochen?

[hier auch ggf. auf die Einschlusskriterien eingehen; wurden diese bei der Ansprache erfüllt?]

- 3) Ist der FINDRISK-Test Ihrer Meinung nach sinnvoll, um Versicherte mit einem Risiko, an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, zu identifizieren?

[Stichpunkte: war der Test gut umsetzbar, war der Test verständlich, gibt es alternative Tests, die besser wären, wie haben die Versicherten auf das Ergebnis reagiert?]

- 4) Mit Blick auf die Regelversorgung: Inwiefern ließe sich der FINDRISK-Test im Versorgungsalltag einbinden?

[Stichpunkte: Anbinden an den Check-Up 35?, evtl. Nachfrage: Wäre dies sinnvoll in der Regelversorgung?]

Themenfeld: Dimini-Startset und Lebensstilintervention/ Coaching

Zu Beginn der Lebensstilintervention schlossen die Versicherten eine Zielvereinbarung ab. In dieser deklarierten Sie, wie viel Gewicht sie verlieren wollten. Außerdem erhielten die Versicherten ein Dimini-Startset, entweder papierbasiert oder per App.

Dieses Startset enthielt: den Dimini-Leitfaden, eine Lebensmittelliste, ein Tagebuch, ein Fitnessband mitsamt Übungsposter, ein Maßband zum Messen des Taillenumfangs und auch Pedometer.

- 5) Wie bewerten Sie die Zielvereinbarung und das Startset für die Versicherten?
 6) Welche Form der Bereitstellung der Informationen haben die Versicherten präferiert: die App oder das Papierbasierte?
 7) Was ist Ihre Meinung zu digitalen Anwendungen (wie der angebotenen App) als Ergänzung bzw. Unterstützung von Lebensstilinterventionen in der Regelversorgung? (Stichpunkte: Arztentlastung, Abrechnung?)

Nach Erhalt des Startsets kamen die Versicherten 3 Mal im Rahmen von Kontrollterminen zu Ihnen. Zudem sollten die Versicherten zwischen den Kontrollterminen Coachings erhalten.

- 8) Wer hat bei Ihnen das Coaching durchgeführt? (Sie selbst, die MFA)
 9) Wie lief das Coaching ab?

<p>[telefonisch oder kamen die Patienten in die Praxis? War dies aus Ihrer Sicht hilfreich für die Versicherten? Welche Fragen wurden von den Versicherten gestellt, welche Themengebiete in den Coachings bearbeitet? Inwiefern war es für Sie im Rahmen des Versorgungsalltags umsetzbar? Wie bewerten Sie diese Komponenten?]</p> <p>Ganz allgemein:</p> <p>10) Wie kam Dimini bei den Versicherten an? Welches Feedback haben sie zu Dimini erhalten?</p> <p>11) Warum haben Ihrer Meinung nach nicht alle Versicherten Dimini wie vereinbart umgesetzt oder umsetzen können?</p>
Themenfeld: Webanwendungen und Delegation
<p>Kommen wir nun auf weitere Aspekte der konkreten Umsetzung von Dimini im Rahmen ihres Arbeitsalltags zu sprechen. So mussten Sie den kompletten Prozess in der Webanwendung der KV Daten dokumentieren</p> <p>12) Wie hilfreich war die Webplattform, um Dimini im Praxisalltag umzusetzen? [Stichpunkte: Welche Komponenten fanden Sie besonders hilfreich? Welche Schwierigkeiten oder Probleme gab es bei der Anwendung der Webplattform? Hatten Sie ausreichend Unterstützung bei technischen Problemen?]</p> <p>Ein weiterer Teil des Konzepts von Dimini beinhaltet – wenn gewünscht – die Delegation einiger Tätigkeiten, die im Rahmen des Lebensstilprogramms anfallen, an die Medizinischen Fachangestellten (MFA)/ oder ggf. Diabetesassistenten/-berater.</p> <p>13) Welche Aufgaben haben Sie in Ihrer Praxis im Rahmen von Dimini an nichtärztliches Personal delegiert? [Inwieweit waren Sie zurückhaltend und warum?]</p> <p>14) Wie könnte die Rolle der MFA in einer Lebensstilintervention wie Dimini in der Regelversorgung aussehen?</p>
Themenfeld: Programmitiierung
<p>Gehen wir doch nun auf die Zeit direkt vor bzw. zu Beginn von Dimini ein.</p> <p>15) Wie wurden Sie auf die Umsetzung von Dimini vorbereitet? [Stichpunkte für die Diskussion: e-learning, bereitgestellte Informationen, was das auszeichnend? Verbesserungsvorschläge? Wer war Ansprechpartner bei Fragen?]</p> <p>16) Sie erhielten im Programmverlauf von der KV den Dimini-Newsletter. Wie bewerten Sie diese Newsletter? (Waren sie informativ? Was sagen Sie zur Frequenz der Newsletter?)</p>
Themenfeld: Programmitiierung
<p>17) Was waren für Sie zurückblickend die größten Hürden und Herausforderungen bei der Umsetzung des Lebensstilprogramms?</p>
Themenfeld: Überführung in die Regelversorgung
<p>Und nun würde Ich Sie bitten, einmal an die Zeit nach dem Innovationsfonds zu denken.</p> <p>18) Während der Umsetzung der Lebensstilintervention Dimini, haben Sie sich an der einen oder anderen Stelle gedacht: in der Regelversorgung müsste oder sollte das anders ablaufen? [Welche Komponenten müssten Ihrer Meinung nach optimiert oder verändert werden?]</p> <p>19) Welche Rahmenbedingungen braucht es Ihrer Meinung nach, damit Sie auch künftig Dimini bzw. Bestandteile von Dimini in ihren Praxisalltag integrieren können? [Welche rechtlichen Rahmenbedingungen müssten ggf. angepasst werden, um Dimini in die Regelversorgung zu übertragen? Wie könnte die Vergütung für die Leistungen im Rahmen von Dimini ausgestaltet sein?]</p> <p>20) Sehen sie den Bedarf für ein Programm wie Dimini in der Regelversorgung?</p>
Abschlussfragen:
<p>21) Wie lautet Ihr persönliches Fazit zu Dimini?</p> <p>22) Haben Sie noch Fragen an mich oder habe ich einen wichtigen Punkt übersehen?</p>

Interviewleitfaden MFA – Fokusgruppe

Begrüßung und Anmoderation

Herzlich willkommen zu unserer virtuellen Fokusgruppe und vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, heute gemeinsam mit Ihren Kolleginnen über Ihre Erfahrungen mit dem Lebensstilprogramm „Dimini – Diabetes Mellitus - ich nicht!“ zu sprechen.

Mein Name ist XXX, ich bin als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für angewandte Versorgungsforschung (kurz inav) tätig, das mit der Evaluation von Dimini beauftragt wurde. Ich werde unsere Fokusgruppe heute moderieren; XXX wird uns als Zweitmoderatorin begleiten und unser Gespräch protokollieren. Bevor wir beginnen, möchte ich Ihnen gerne noch einmal kurz den Hintergrund dieser Befragung zusammenfassen.

Ziel der Fokusgruppe ist es, gemeinsam mit Ihren Kolleginnen über Ihre Erfahrungen bei der Umsetzung von Dimini zu diskutieren, also gemeinsam zu schauen, was gut lief und was womöglich noch verbessert werden kann. Ihre Erfahrungen helfen uns dabei, schlussendlich darüber zu entscheiden, wie Dimini nach Abschluss der Studie bestmöglich weiterlaufen kann.

Unsere Fokusgruppe wird maximal 120 Minuten dauern. Bei Bedarf werden wir zwischendurch eine kurze Pause von 10 Minuten einlegen.

Grundsätzlich würde ich Sie darum bitten, während der Diskussionen einander aussprechen zu lassen. Wenn Sie während des Redebeitrags einer anderen Person etwas sagen wollen, heben Sie bitte die Hand – ich werde dann schnellstmöglich auf Sie zurückkommen.

Die Teilnahme an dieser Fokusgruppe ist selbstverständlich freiwillig und Sie haben die Möglichkeit, jederzeit auszusteigen. Damit wir die Ergebnisse der Diskussion für die Auswertung anschließend auch verschriftlichen können, wird die Fokusgruppe tonaufgezeichnet. Sie können sich aber sicher sein, dass wir die Inhalte hochvertraulich behandeln und schlussendlich keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person für Dritte möglich sein werden.

Für die Aufwandentschädigung in Höhe von 80 Euro pro Person werden wir Ihnen im Anschluss an die Fokusgruppe einen Vordruck zukommen lassen. Darauf notieren Sie Ihre Kontonummer und wir überweisen den Betrag, sobald Ihr ausgefüllter Vordruck bei uns eingegangen ist.

Haben Sie noch Fragen, die wir im Vorfeld klären sollten? Ansonsten schlage ich vor, dass wir nun mit der Diskussion beginnen.

Einführung

Als erstes würde ich Sie bitten, sich kurz vorzustellen:

- 1) Ihre Praxis hatte sich entschieden, an Dimini teilzunehmen. Was hat Sie selbst motiviert, Dimini gemeinsam mit Ihrem Arzt umzusetzen?
- 2) Haben Sie bereits vor Dimini Lebensstilprogramme (bspw. zur Gewichtsreduktion oder zur Steigerung der Gesundheitskompetenz) zusammen mit Ihrem Arzt umgesetzt? *Welche Erfahrungen haben Sie damit gemacht?*

Themenfeld: Aufgaben

Ihre Rolle als medizinische Fachangestellte im Dimini-Projekt nicht abschließend festgelegt. Ihre genauen Aufgaben variierten womöglich je nach dem, was die jeweiligen Ärzte entschieden haben, zu delegieren. Mich würde daher interessieren:

- 3) Welche Aufgaben haben Sie im Rahmen von Dimini übernommen? Nachfragen: Waren die Aufgaben bei allen gleich? Woran könnte es liegen, dass Sie unterschiedliche Aufgaben übernommen haben?

Ansprache

Wenn nicht schon angesprochen bzw. an diesem Punkt der Diskussion dann nachhaken:

- 4) Inwiefern waren Sie an der Ansprache von Versicherten für das Programm beteiligt? Fiel Ihnen die Ansprache leicht? Wie haben Sie Versicherten verständlich gemacht, dass ihnen ein Lebensstilprogramm wie Dimini guttun würde?
- 5) Inwiefern fühlten Sie sich ausreichend darüber informiert, welche Zielgruppe für das Lebensstilprogramm infrage kommt? Wie wurden Sie darüber informiert? Fühlten Sie sich gut informiert?
- 6) Wonach haben Sie die Versicherten ausgewählt, die Sie auf den FINDRISK-Test angesprochen haben?

Verlaufsmanagement (Kontrolltermine/Coaching)

Wenn nicht schon angesprochen bzw. an diesem Punkt der Diskussion dann nachhaken:

<p>7) Eingeschlossene Versicherte hatten die Möglichkeit, sich im Verlauf des Programms von ihrem Arzt Tipps einzuholen (sog. Zwischencoachings). Darüber hinaus fanden insgesamt drei Kontrolltermine (3, 9, 15 Monate) mit den Versicherten statt. Inwiefern waren Sie in die Kontrolltermine und das Coaching involviert? Welche Aufgaben haben Sie übernommen? Wie zeitaufwändig war die Betreuung der Versicherten?</p> <p>8) Wie liefen die Coachings ab? Telefonisch oder kamen die Patienten in die Praxis? War dies aus Ihrer Sicht hilfreich für die Versicherten? Welche Fragen wurden von den Versicherten gestellt, welche Themengebiete in den Coachings bearbeitet? Inwiefern war es für Sie im Rahmen des Arbeitsalltags umsetzbar?</p> <p><i>Dokumentation</i> <i>Wenn nicht schon angesprochen bzw. an diesem Punkt der Diskussion dann nachhaken:</i> Die Dokumentation im Rahmen von Dimini lief über die Webanwendung der KVSH.</p> <p>9) Haben Sie Daten in der Webanwendung dokumentiert?</p> <p>10) Wie hilfreich war die Webanwendung für die Aufgaben, die Sie im Dimini übernommen haben? Welche Komponenten fanden Sie besonders hilfreich? Welche Schwierigkeiten oder Probleme gab es bei der Anwendung der Webplattform? Hatten Sie ausreichend Unterstützung bei technischen Problemen?</p>
<p>Bei Bedarf: Kurze Pause von 5-10 Minuten</p>
<p>Themenfeld: Programmitiierung</p>
<p>Gehen wir nun noch einmal auf die Zeit direkt vor bzw. zu Beginn von Dimini ein.</p> <p>11) Wir haben bereits über die Ansprache von Versicherten gesprochen. Nun würde mich interessieren, wie Sie auf die Umsetzung von Dimini vorbereitet wurden? Welche Informationen haben Sie zum Programmablauf erhalten? War das ausreichend? Haben Sie ggf. Verbesserungsvorschläge? Wer waren Ihre Ansprechpartner falls Sie mal Fragen hatten?</p> <p>12) Haben Sie die sog. Starter-Sets an die Versicherten ausgegeben? Sind auf Seiten der Versicherten diesbezüglich Fragen aufgekommen? Welche waren das? Haben Sie die Versicherten auch auf die App aufmerksam gemacht? Welche Rückmeldung haben Sie bezüglich der App von den Versicherten bekommen?</p> <p>13) Sie erhielten im Programmverlauf von der KV den Dimini-Newsletter. Wie bewerten Sie diese Newsletter? Waren sie informativ? Was sagen Sie zur Frequenz der Newsletter?</p>
<p>Themenfeld: Hindernisse und Bewertung</p>
<p>14) Was waren für Sie zurückblickend die größten Hürden und Herausforderungen im Programmverlauf von Dimini?</p>
<p>Themenfeld: Überführung in die Regelversorgung</p>
<p>Und nun würde ich Sie bitten, einmal an die Zeit nach der Studie Dimini zu denken.</p> <p>15) Halten Sie es für sinnvoll, dass Dimini auch nach Abschluss der Studie angeboten werden sollte? Warum?</p> <p>16) Als Sie Dimini-Teilnehmer eingeschlossen und betreut haben, haben Sie sich an der einen oder anderen Stelle gedacht: Moment – das läuft so nicht optimal und müsste eigentlich anders laufen? Was müsste Ihrer Meinung nach anders laufen?</p>
<p>Abschlussfragen</p>
<p>17) Wie lautet Ihr persönliches Fazit zu Dimini?</p> <p>18) Denken Sie, dass die Teilnehmer von Dimini profitiert haben?</p> <p>19) Haben Sie noch Fragen an mich oder habe ich einen wichtigen Punkt übersehen?</p>

Akronym: Dimini

Förderkennzeichen: 01NVF17012

Anlage 7 Schulungsunterlagen

Übersicht

Lfd.Nr.	Schulung	Medium	Unterlagen	Eigenentwicklung
1.	Eingangsschulung f. Ärzte und MFA	Vor-Ort-Schulung eLearning	Siehe Anlage 7a	Inhalte: ja
3.	Dimini-Ablauf f. Ärzte und MFA	Erklärvideo	Siehe Anlage 7b	Inhalte: ja
4.	Dimini-Weiterbetreuung f. Ärzte und MFA	Erklärvideo	Siehe Anlage 7c	
5.	Dimini-Ablauf f. Versicherte	Erklärvideo ohne Untertitel	Siehe Anlage 7d	
6.		Erklärvideo ohne Untertitel	Siehe Anlage 7e	
7.	Dimini-Manual	Handout	Siehe Anlage 7f	
8.	MFA-Schulung	Fact-Sheets	Siehe Anlage 7g	Ja
9.	MFA-Schulung	Handouts	Siehe Anlage 7h	Ja
10.	MFA-Schulung	Handout	Siehe Anlage 7i	Ja
11.	MFA-Schulung	Handout	Siehe Anlage 7j	Ja

Akronym: Dimini

Förderkennzeichen: 01NVF17012

Anlage 7a – Eingangsschulung für Ärzte und MFA

Die Eingangsschulung für Ärzte und MFA konnte als Vor-Ort-Schulung sowie als eLearning absolviert werden.

Die Inhalte der Schulung wurden vom Konsortialpartner docevent GmbH entwickelt.

Im Anschluss an die Eingangsschulung mussten die Ärzte zehn Fragen beantworten. Bei sieben und mehr richtigen Antworten erhielten die Ärzte die Berechtigung zur Teilnahme am Dimini-Programm sowie das Fortbildungszertifikat und einen cme-Punkt.

Für die technische Umsetzung des eLearnings wurden das Fraunhofer Institutszentrum Birlinghoven (IZB)¹ sowie die DITG GmbH² gewonnen. Für das Projekt wurde ein Zertifikat zur Nutzung der eLearning-Plattform erworben, welches im August 2020 auslief.

Das eLearning war für die Projektphase der Einschreibung für die Ärzte und MFA unter dem folgenden Link erreichbar: <https://elearning.dimini.kvsh.de/>

¹ Fraunhofer Institutszentrum Birlinghoven (IZB)
Institut für Angewandte Informationstechnik (FIT)
FIT.LIFE/BioMOS
53754 Sankt Augustin

² DITG GmbH Deutsches Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung
Kölner Landstr. 11
40591 Düsseldorf

Anlage 7a – Eingangsschulung für Ärzte und MFA

Die Eingangsschulung für Ärzte und MFA konnte als Vor-Ort-Schulung sowie als eLearning absolviert werden.

Die Inhalte der Schulung wurden vom Konsortialpartner docevent GmbH entwickelt.

Im Anschluss an die Eingangsschulung mussten die Ärzte zehn Fragen beantworten. Bei sieben und mehr richtigen Antworten erhielten die Ärzte die Berechtigung zur Teilnahme am Dimini-Programm sowie das Fortbildungszertifikat und einen cme-Punkt.

Für die technische Umsetzung des eLearnings wurden das Fraunhofer Institutszentrum Birlinghoven (IZB)¹ sowie die DITG GmbH² gewonnen. Für das Projekt wurde ein Zertifikat zur Nutzung der eLearning-Plattform erworben, welches im August 2020 auslief.

Das eLearning war für die Projektphase der Einschreibung für die Ärzte und MFA unter dem folgenden Link erreichbar: <https://elearning.dimini.kvsh.de/>

¹ Fraunhofer Institutszentrum Birlinghoven (IZB)
Institut für Angewandte Informationstechnik (FIT)
FIT.LIFE/BioMOS
53754 Sankt Augustin

² DITG GmbH Deutsches Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung
Kölner Landstr. 11
40591 Düsseldorf



Online-Fortbildung/eLearning

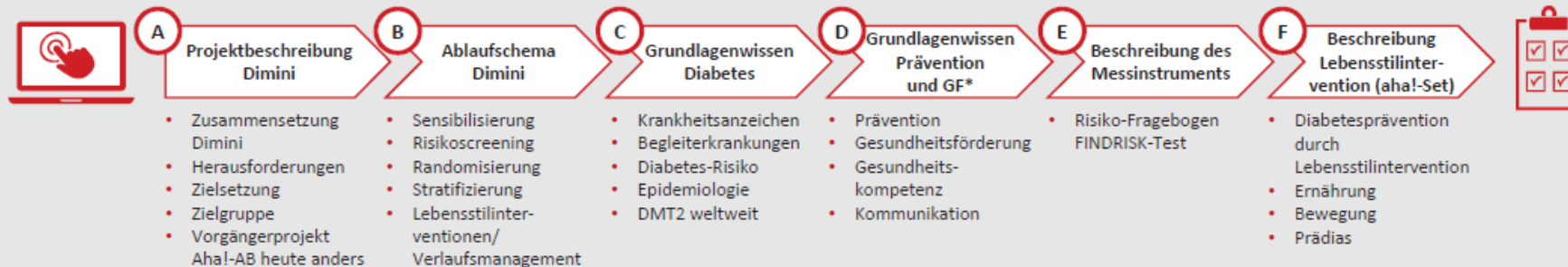
Online-Fortbildungsmaßnahme / E-Learning

Ablauf des E-Learnings



Ziel der Online-Fortbildung (eLearning) ist die teilnehmenden Ärzte und Medizinischen Fachangestellten zu befähigen am Dimini Projekt teilzunehmen.

Das E-Learning ist in **sechs Module** unterteilt und beginnt für die teilnehmenden Hausärzte mit einem **Fragebogen zum Thema Gesundheitskompetenz**, diese Ergebnisse sind für den weiteren Verlauf notwendig.



- Zusammensetzung Dimini
- Herausforderungen
- Zielsetzung
- Zielgruppe
- Vorgängerprojekt Aha!-AB heute anders

- Sensibilisierung
- Risikoscreening
- Randomisierung
- Stratifizierung
- Lebensstilinterventionen/Verlaufsmanagement

- Krankheitsanzeichen
- Begleiterkrankungen
- Diabetes-Risiko
- Epidemiologie
- DMT2 weltweit

- Prävention
- Gesundheitsförderung
- Gesundheitskompetenz
- Kommunikation

- Risiko-Fragebogen FINDRISK-Test

- Diabetesprävention durch Lebensstilintervention
- Ernährung
- Bewegung
- Prädiab



- Zum Bestehen des E-Learnings müssen min. 70% der Fragen von den teilnehmenden Ärzten und MFAs richtig beantwortet werden
- Nach erfolgreicher Teilnahme wird automatisch ein Zertifikat generiert und zum Download zur Verfügung gestellt
- Die Gutschreibung der CME-Punkte erfolgt durch die KV

*Gesundheitsförderung Fragebogen Registrierung

Willkommen



Die folgenden Hinweise zur Navigation helfen Ihnen dabei, sich im Schulungstool zurechtzufinden:

Klicken Sie bitte auf die roten Pfeile, um zwischen den einzelnen Kapiteln zu wechseln:



Klicken Sie auf die schwarzen Pfeile, um die Inhalte der einzelnen Kapitel aufzurufen:



Inhaltsverzeichnis

1. Kapitel: Projekt Dimini
2. Kapitel: Ablaufschema
3. Kapitel: Grundlagenwissen Diabetes mellitus
4. Kapitel: Grundlagenwissen Prävention
5. Kapitel: Der FINDRISK®-Test zur Bestimmung des Diabetes-Risikos
6. Kapitel: Lebensstilintervention als präventive Maßnahme



Dimini – „Diabetes mellitus? Ich nicht!“

Autoren: Dr. Carsten Petersen, Insa Meister
docevent GmbH

Partner in Schleswig-Holstein: KSH, AOK NordWest, BARMER, BAK Gesundheit, TK

Partner in Hessen: KKH, AOK

Partner in beiden Regionen: docevent, DDG, DGPR, inav, MSD



Lernziele

Nach der Lektüre dieses Beitrags können Sie...

- ... einen Überblick über Dimini geben,
- ... den Ablauf von Dimini wiedergeben,
- ... Risikofaktoren und Symptome eines Diabetes mellitus Typ 2 darstellen,
- ... Gesundheitskompetenz definieren,
- ... das Instrument FINDRISK® vorstellen,
- ... erläutern, welche Instrumente bei Dimini verwendet werden, um Menschen mit einem erhöhten Risiko für Diabetes mellitus Typ 2 zu einer gesunden und ausgewogenen Ernährungsweise und einer Steigerung der körperlichen Aktivität zu motivieren.



Projekt Dimini

Überblick
Zielgruppe



Projekt Dimini

Überblick

Dimini ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des **Innovationsfonds** gefördertes Programm zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes: Mittels eines modular aufgebauten und ärztlich gestützten Coachings wird die **Gesundheitskompetenz** von Personen mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes gestärkt und die **Entstehung von Typ-2-Diabetes verzögert oder sogar verhindert**.



Ziele

Das Ziel des Projekts Dimini ist die **Steigerung der Gesundheitskompetenz** von Personen mit erhöhtem Diabetes mellitus Typ 2-Risiko. Dies soll zur **Verzögerung oder Vermeidung** der Entstehung eines Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2) beitragen.



Beschreibung der Intervention

Versicherte mit einem erhöhten Diabetesrisiko werden im Rahmen von Dimini über **15 Monate** betreut. Sie nehmen an Kontroll- und bei Bedarf an Coachingterminen teil.

Die Teilnehmer der **Interventionsgruppe** erhalten das sogenannte **Starterset**. Sie erhalten...

- ... gesundheitsrelevante Informationen,
- ... ein Ernährungs- und Bewegungstagebuch (digital oder in Papierform),
- ... einen Schrittzähler und ein Theraband,
- ... ein Maßband zum messen des Taillenumfangs,
- ... ein „Coaching“ in einer teilnehmenden Arztpraxis zum Thema „Aktivierung der Gesundheitskompetenz“,
- ... regelmäßige Kontrolltermine in Arztpraxen zur Überprüfung des Programmfortschritts und der gesetzten Ziele sowie der damit verbundenen Schwierigkeiten.



Projekt Dimini

Überblick

Dimini ist ein vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen des **Innovationsfonds** gefördertes Programm zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes: Mittels eines modular aufgebauten und ärztlich gestützten Coachings wird die **Gesundheitskompetenz** von Personen mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes gestärkt und die **Entstehung von Typ-2-Diabetes verzögert oder sogar verhindert**.



Vergütung

Dimini wird in **hausärztlichen** (allgemeinmedizinischen und internistischen) **Praxen** durchgeführt. Kardiologen/-innen, Orthopäden/-innen, Gynäkologen/-innen und Rehakliniken können Versicherte mit (Verdacht auf) Diabetesrisiko an Dimini-Praxen verweisen. Die einzelnen Leistungen wie Kontrolltermine oder Coaching können im Rahmen von Dimini abgerechnet werden.



Studie

Zum Nachweis der Wirksamkeit des Programms wird eine **randomisierte Studie** in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen mit einer Laufzeit von drei Jahren durchgeführt. Bei dieser werden identifizierte Personen in eine **Kontroll- und eine Interventionsgruppe** eingeteilt.



Zusammensetzung des Dimini-Teams

Unter der Konsortialführung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein haben sich für das Projekt unter anderem führende Krankenkassen, ein forschendes Pharmaunternehmen sowie mehrere Fachgesellschaften zusammengeschlossen.



Pharmakovigilanz

Mit Dimini soll die Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Diabetes mellitus Typ 2-Risiko gesteigert werden. Dies soll einer Verzögerung oder Vermeidung der Entstehung eines Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2) beitragen. Auch wenn bei der Intervention kein Arzneimittel zum Einsatz kommt, ist bei der Durchführung der Studie auf die akkurate Handhabung etwaiger Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen entsprechend der Berufsordnung zu achten. Weitere Informationen finden Sie im Praxismanual.

Projekt Dimini

Zielgruppe



Das Projekt richtet sich an Personen mit einem **erhöhten Diabetesrisiko**, welches anhand des sogenannten FINDRISK®-Tests ermittelt wird. Das Messinstrument wird im weiteren Verlauf der Schulung vorgestellt.



Zielgruppe

Zielgruppe von Dimini sind **Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen*** über 18 Jahren in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen, die **folgende Risikofaktoren** aufweisen:

- Übergewicht / Adipositas
- geringe körperliche Aktivität
- bekannte familiäre Disposition für DMT2
- ein zurückliegend festgestellter erhöhter Glukosewert, z.B. Zustand nach Gestationsdiabetes



Ausschlusskriterien

Von der Intervention ausgeschlossen werden Personen, die folgende Kriterien erfüllen wie:

- einem bekannten Diabetes
- einer vorliegenden Mangelernährung
- einer psychiatrischen Erkrankung
- einer aktuellen Teilnahme an einer klinischen Studie
- einer Schwangerschaft

* Versicherte aus Schleswig-Holstein der Krankenkassen AOK Nord West, BARMER, DAK-Gesundheit und Techniker Krankenkasse und aus Hessen der Krankenkasse AOK Hessen



Ablaufschema

1. Sensibilisierung und Zuweisung
2. Risikoscreening
3. Randomisierung
4. Stratifizierung
5. Lebensstilintervention
6. Verlaufsmanagement



Projekt Dimini

Ablaufschema

1 Sensibilisierung, Zuweisung

Es werden „neue“ und vielfältige Zugangswege genutzt, um Personen mit erhöhtem Diabetesrisiko zu identifizieren:

1. Fachärzte

- Gynäkologen/-innen
- Orthopäden/-innen
- Kardiologen/-innen

Überweisung an
teilnehmende Hausarztpraxen

2. Reha-Zentren

3. Jobcenter

Information zum Dimini-Projekt und Verweis auf teilnehmende Hausarztpraxen

4. Teilnehmende Hausarztpraxen

Direkte Ansprache bei teilnehmenden / zertifizierten Hausarztpraxen



Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung (TE) /Einwilligungserklärung (EWE)
durch Versicherte/-n

Projekt Dimini

Ablaufschema



Projekt Dimini

Ablaufschema



2

Risikoscreening

Nachdem der Versicherte/die Versicherte einer teilnehmenden Hausarztpraxis zugewiesen wurde, wird anhand des **FINDRISK®-Tests** das Diabetesrisiko ermittelt. Der FINDRISK®-Test sollte vom Arzt/ von der Ärztin an eine speziell **ausgebildete Dimini-Mitarbeiterin** delegiert werden.



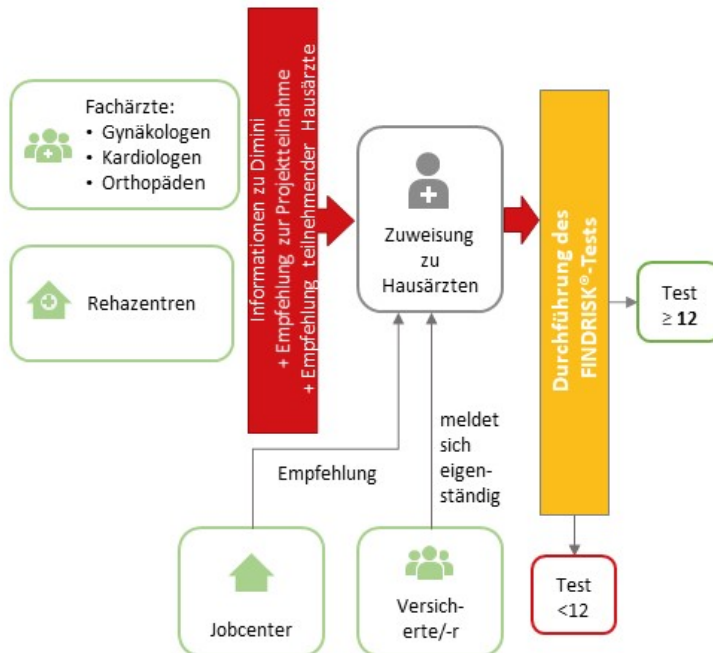
Der FINDRISK®-Test ermittelt das Risiko innerhalb der nächsten 10 Jahre einen DMT2 zu entwickeln anhand eines Summscores.



In Dimini eingeschlossen werden Personen mit einem Summscore von ≥ 12

Projekt Dimini

Ablaufschema



Projekt Dimini

Ablaufschema



3

Randomisierung

Zuordnung der Studienpopulation:

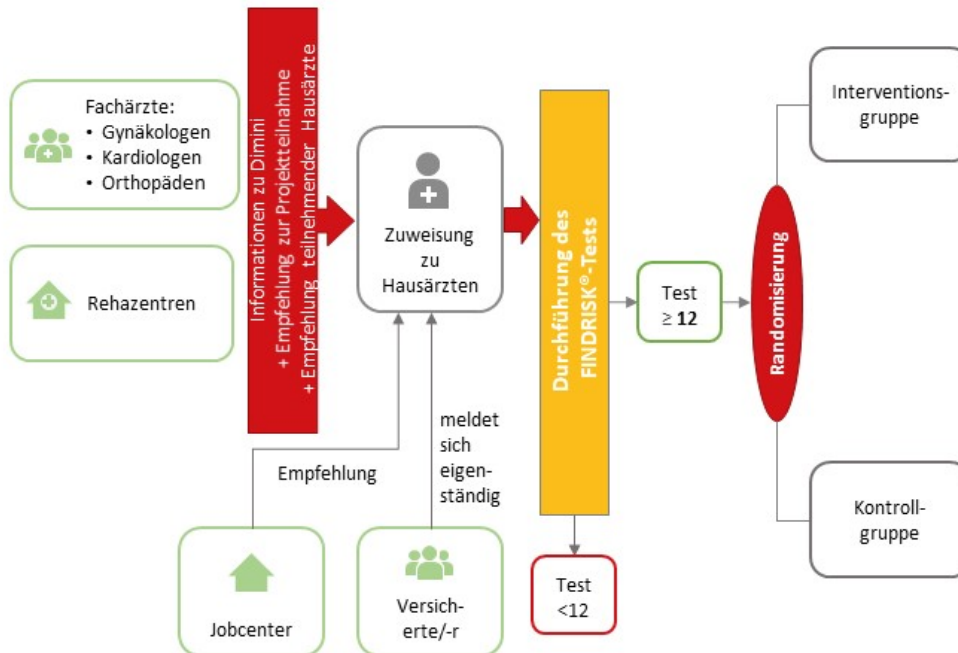
Durch die Dimini-Software werden die Personen mit einem erhöhten Diabetesrisiko der Interventions- oder der Kontrollgruppe automatisch zugeordnet.

Durchführung einer Laboruntersuchung:

Nach der Randomisierung wird sowohl bei den Probanden/-in der Interventions- als auch der Kontrollgruppe eine **Labordiagnostik** (HbA1c) durchgeführt.

Projekt Dimini

Ablaufschema



Projekt Dimini

Ablaufschema



4

Stratifizierung

Die Stratifizierung erfolgt bei der Interventions- und der Kontrollgruppe anhand der Ergebnisse der **FINDRISK®-Tests** und der **Laboruntersuchung**.



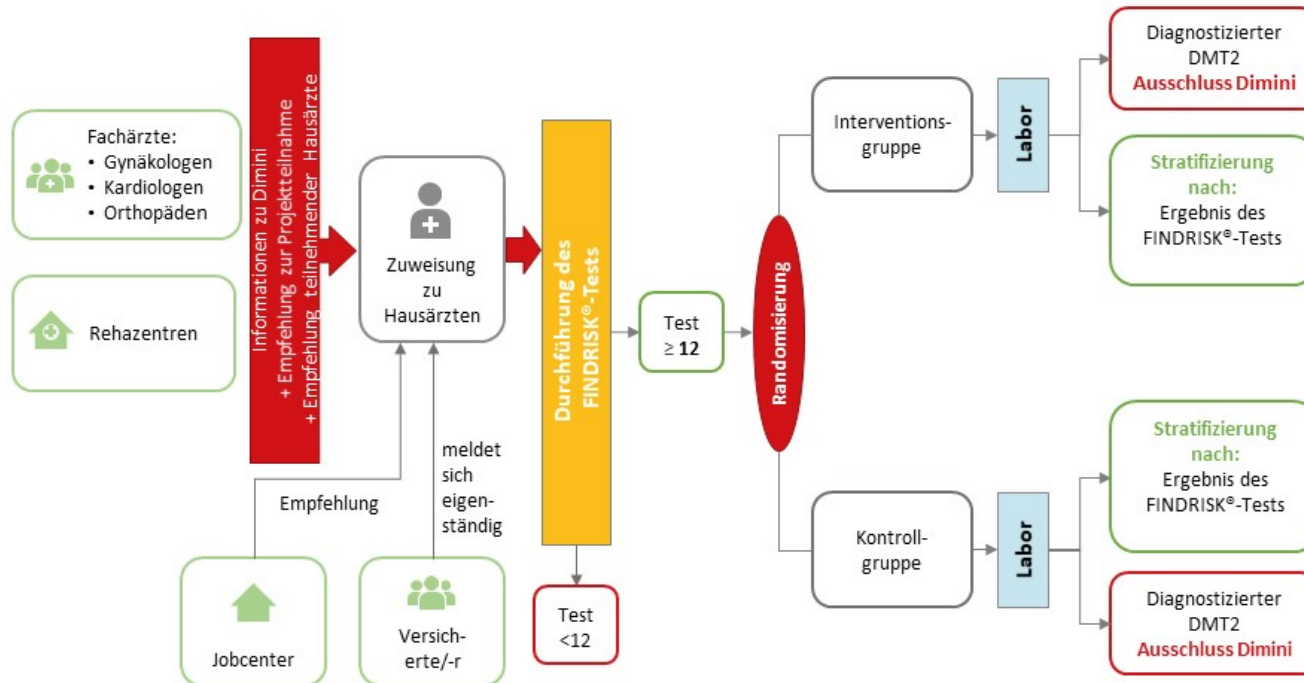
Eingeschlossen werden Personen mit:
- einem Summenscore beim FINDRISK®-Test von ≥ 12



Ausgeschlossen werden Personen mit:
- einem diagnostizierten DMT2. Diesen Teilnehmern/-innen wird die Teilnahme am Disease Management Programm (DMP DMT2) empfohlen.

Projekt Dimini

Ablaufschema



Projekt Dimini

Ablaufschema



5

Lebensstilintervention

Die Interventions- und die Kontrollgruppe erhalten jeweils unterschiedliche Betreuungen:

Kontrollgruppe

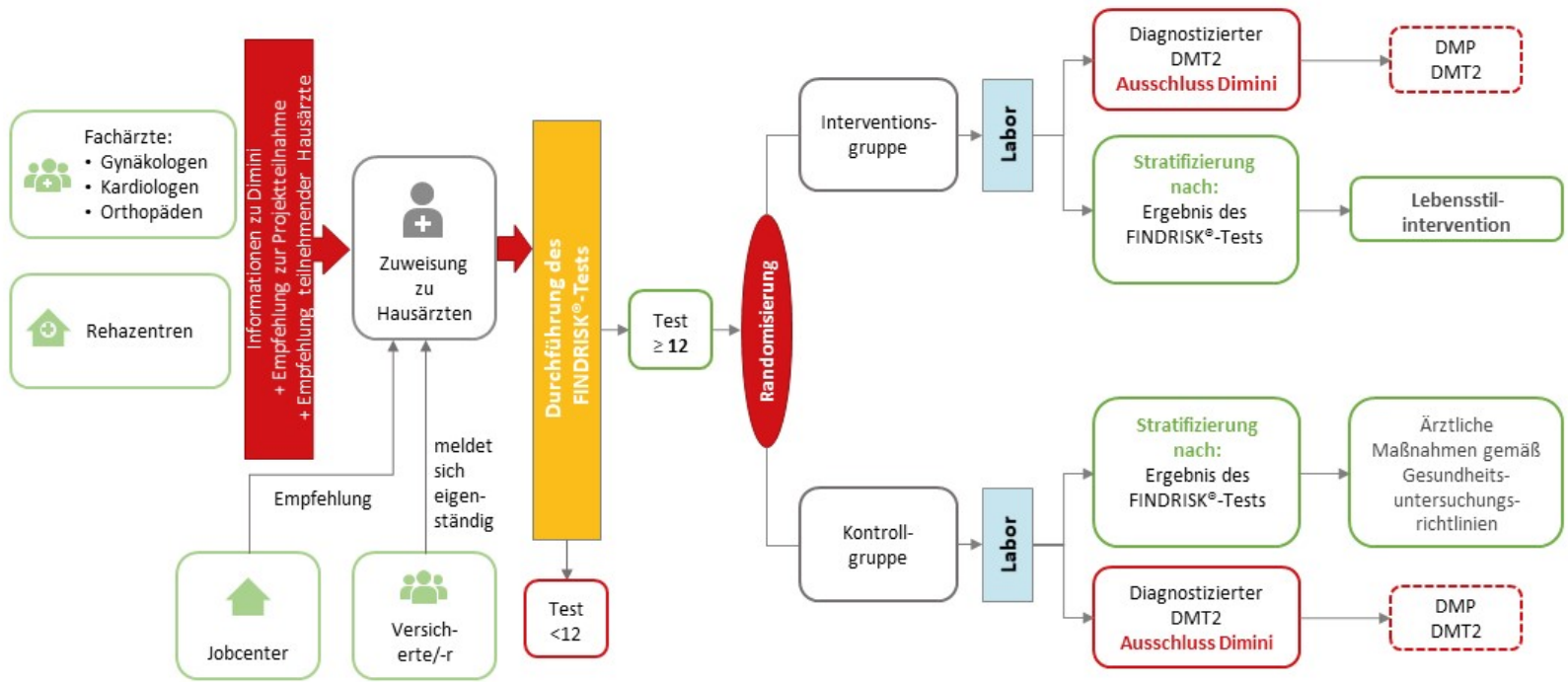
Behandlung gemäß der Richtlinie des G-BA über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gemeinsamer Bundesausschuss 2016). Umfasst eine Gesundheitsuntersuchung mit Anamnese, klinischer Untersuchung, Laboruntersuchung und Beratung

Interventionsgruppe

- Beratung zu den Untersuchungsergebnissen
- individuell angepasste, leicht verständliche Informationen in Abhängigkeit vom ermittelten Risikoscore
- Erörterung von Maßnahmen und Abschließen einer Zielvereinbarung
- Erhalt des Startersets zur Lebensstilintervention bestehend aus:
 - Gesundheitsrelevanten Informationen
 - Tagebuch zum Erfassen von Bewegungs- und Ernährungsverhalten
 - Fitnessband und Schrittzähler
 - „Coaching“ in Arztpraxen

Projekt Dimini

Ablaufschema



Projekt Dimini

Ablaufschema



6

Verlaufsmanagement

Weitere Betreuung nach Abschluss der Intervention

Um die Versicherten nach Abschluss der Intervention engmaschig zu betreuen sowie eine kontinuierliche Kommunikation und Motivation sicherzustellen, erfolgen...

... drei Follow-Up-Termine nach 3, 9 und 15 Monaten (Kontrolltermine)

- Analyse und Gespräch zu den erreichten Zielen und Schwierigkeiten
- Arztdokumentation (Parameter)

... bei Bedarf jeweils ein Coaching zwischen den Kontrollterminen (Abfrage des derzeitigen Standes und Besprechung von Problemen)

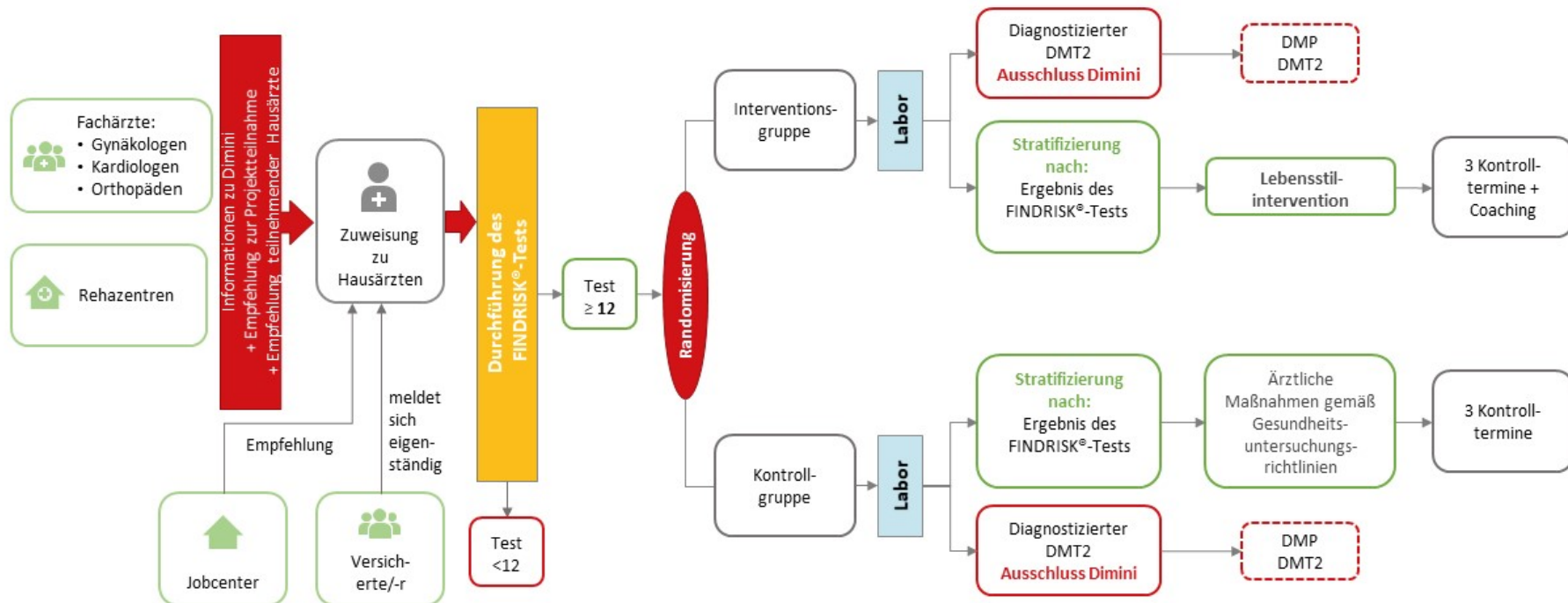
... Laborkontrollen

Entlastung des Arztes durch Delegation

Zur Entlastung des Arztes (Bestimmungen der Anlage 24 Bundesmantelvertrag) sollen Aufgaben an nichtärztliches Personal (MFA, Diabetesassistenten/-berater) delegiert werden. Abhängig von der Qualifikation können z.B. administrative Tätigkeiten Datenerfassung und Dokumentation, Aufklärung, Beratung und Information, allgemeine Labordiagnostik etc. delegiert werden).

Projekt Dimini

Ablaufschema





Grundlagenwissen Diabetes mellitus

Epidemiologie
Risikofaktoren und Symptome
Diagnostik
Manifestation des Diabetes



Grundlagenwissen Diabetes mellitus

Epidemiologie

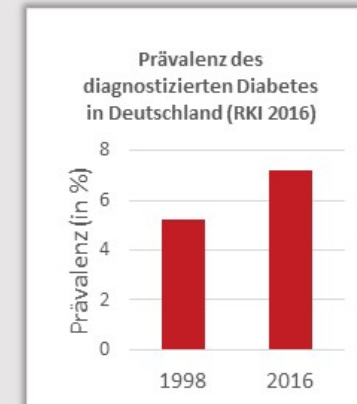
Diabetes mellitus, häufig auch Zuckerkrankheit genannt, ist eine **häufig auftretende, chronische Stoffwechselerkrankung** (RKI 2016). Die häufigste Form des Diabetes ist mit ca. 90% der Diabetes mellitus Typ 2. Weitere verbreitete Formen sind Diabetes mellitus Typ 1 und der Schwangerschaftsdiabetes.

Prävalenz in Deutschland:

- Eine aktuelle Erhebung des Robert Koch-Instituts (2016) zeigt, dass bei insgesamt 7,2% (ca. 4,6 Mio.) der Erwachsenen (18-79 Jahre) ein Diabetes diagnostiziert wurde.
- Im Vergleich zum Bundesgesundheitsurvey 1998 entspricht dies einer Zunahme der Prävalenz von 2% (Heidemann et al. 2015).
- Deutschland liegt bezüglich der Prävalenz des Diabetes im europäischen Vergleich im oberen Drittel, weltweit gesehen im Mittelfeld (Heidemann et al. 2016).

Prävalenz des DMT2 weltweit (International Diabetes Federation 2015):

- Weltweit waren 2015 schätzungsweise 415 Millionen Menschen an DMT2 erkrankt.
- Eine Prognose besagt, dass bis 2040 die Prävalenz von DMT2 weltweit auf ca. 642 Millionen Erkrankte ansteigen wird.



Eine frühe Diagnose des Diabetes ist wichtig, um das Risiko für **Folgeerkrankungen** wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Fußamputationen zu verringern.

Die Ergebnisse von Heidemann et al. (2016) deuten darauf hin, dass sich die **Früherkennung deutlich verbessert** hat: Die Autoren vergleichen die Ergebnisse des Examination Surveys von 1997-1999 mit den des German Health Interview von 2008-2011, um die Entwicklung von diagnostizierten und nicht-diagnostizierten Diabetes nachvollziehen zu können. Sie stellen fest, dass die Prävalenz des **diagnostizierten Diabetes um 1,6% zugenommen** hat, der **nicht-diagnostizierte Diabetes dagegen um 1,8% gesunken** ist.

Grundlagenwissen Diabetes mellitus

Risikofaktoren und Symptome

Um die Entstehung des DMT2 zu verhindern, ist es wichtig, Personen mit einem erhöhten Risiko zu erkennen und rechtzeitig mit der **Prävention** zu beginnen.



Risikofaktoren

Risiko- bzw. Manifestationsfaktoren eines DMT2 sind (Gries, Hauner 2004):

- Familiäre Diabetesbelastung
- Höheres Lebensalter
- (Stammbetonte) Adipositas
- Hypertonie (Bluthochdruck)
- Dyslipoproteinämie
- Körperliche Inaktivität
- „Westlicher Lebensstil“
- Diabetogene Medikamente
- Endokrinopathien und Schwangerschaft



Symptome

In der Regel beginnt der DMT2 symptomarm bzw. die Symptome werden oftmals verkannt.

Klassische Symptome sind (Gries, Hauner 2004):

- Vermehrtes Wasserlassen (Polyurie)
- Vermehrter Durst (Polydipsie)
- Gewichtsabnahme
- Exsikkose (Durchfallerkrankung)
- Vitalitätsverlust (Muskelschwäche, Müdigkeit, Antriebsverlust, Konzentrationsschwäche, Lethargie)
- Juckende Hauterkrankungen (im Genitalbereich)
- Schlecht heilende Wunden

Grundlagenwissen Diabetes mellitus

Die richtige Messung des Taillenumfangs

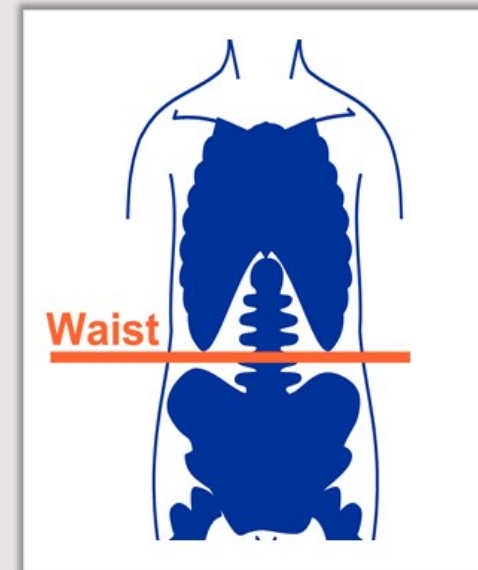
Mit dem BMI (*Body-Maß-Index*) wird eine Vermehrung des Körperfetts über das Normalmaß hinaus bestimmt (Feller et al. 2010). Allerdings kann mit dem BMI zwar das Ausmaß, aber nicht die **Verteilung des Fettes** gemessen werden. Diese ist für das Diabetesrisiko relevant, da insbesondere das viszerale Fett (Bauchfett) zur Diabetesentstehung beiträgt. Daher ist der Taillenumfang neben dem BMI ein **wichtiges ergänzendes Maß** zur Ermittlung des Diabetesrisikos.

Folgendermaßen sollte bei einer Messung des Taillenumfangs vorgegangen werden:

1. Messband um den bloßen Bauch, knapp über dem Hüftknochen anlegen.
2. Darauf achten, dass das Band fest anliegt, aber die Haut nicht eindrückt.
3. Das Band sollte parallel zum Boden, in der Mitte zwischen Beckenkamm und dem unteren Rippenbogenrand auf jeder Seite liegen.
4. Der Patient sollte dabei entspannt sein und während der Messung ausatmen.

Es gelten folgende kritische Werte (Deutsche Adipositas-Gesellschaft 2014):

! Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen	Taillenumfang (in cm)	
	Männer	Frauen
Erhöht	≥ 94	≥ 80
Deutlich erhöht	≥ 102	≥ 88



Grundlagenwissen Diabetes mellitus

Manifestation des Diabetes



Prädiabetes und Folgeerkrankungen von DMT2

Der Prädiabetes ist ein **Übergangsstadium** von der normalen Glukosetoleranz zum manifesten Diabetes mellitus (Ziegler 2017). Es besteht ein erhöhtes Diabetesrisiko, welches allerdings gegebenenfalls durch entsprechende Maßnahmen wie die Veränderung des Lebensstils (z.B. Steigerung der körperlichen Aktivität) oder durch eine Tablettentherapie reduziert werden kann. Ist der Diabetes manifestiert, besteht eine krankhaft vermehrte Menge an Glucose im Blut (Hyperglykämie) (Gries, Hauner 2004). Je weiter die Erkrankung fortgeschritten ist, desto höher ist das **Risiko für Folgeerkrankungen**.

Grundlagenwissen Diabetes mellitus

Manifestation des Diabetes

Folgeerkrankungen von DMT2

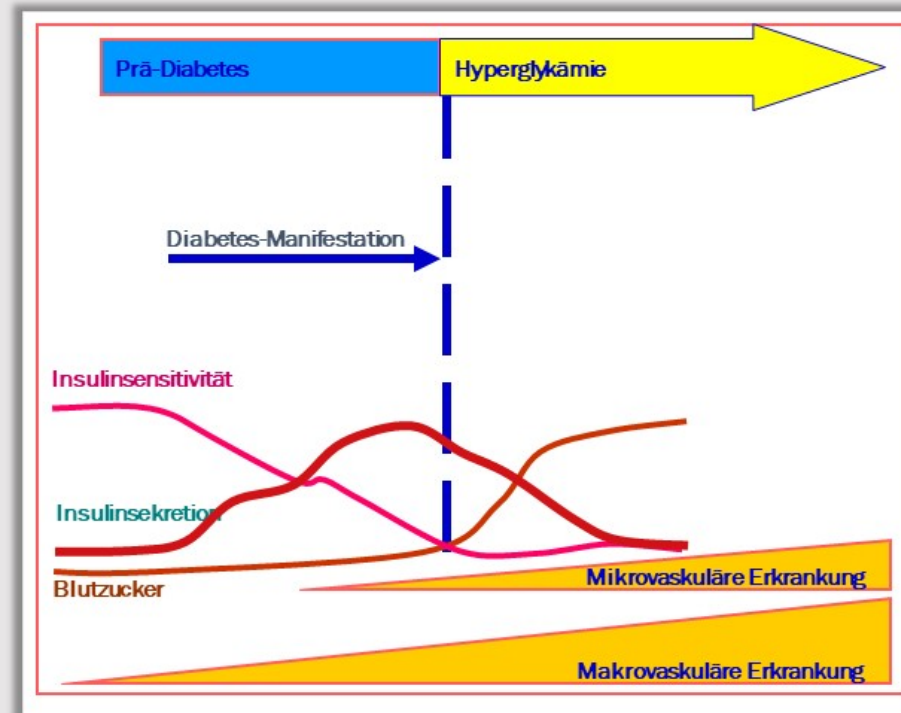
Mit der Manifestation eines Diabetes nimmt das Risiko für **Folgeerkrankungen** zu (Hien et al. 2013). Sowohl mikro- als auch makrovaskuläre Erkrankungen können auftreten:

Beispiele für Mikrovasculäre Erkrankungen:

- Diabetische Retinopathie und Makulopathie
- Diabetische Nephropathie

Beispiele für Makrovaskuläre Erkrankungen:

- koronare Herzerkrankung und Herzinfarkt
- Zerebrovasculäre Sklerose und zerebralen Insulten
- periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) mit Claudicatio intermittens mit und ohne Schmerzsymptomatik und diabetischer Gangrän



Grundlagenwissen Diabetes mellitus

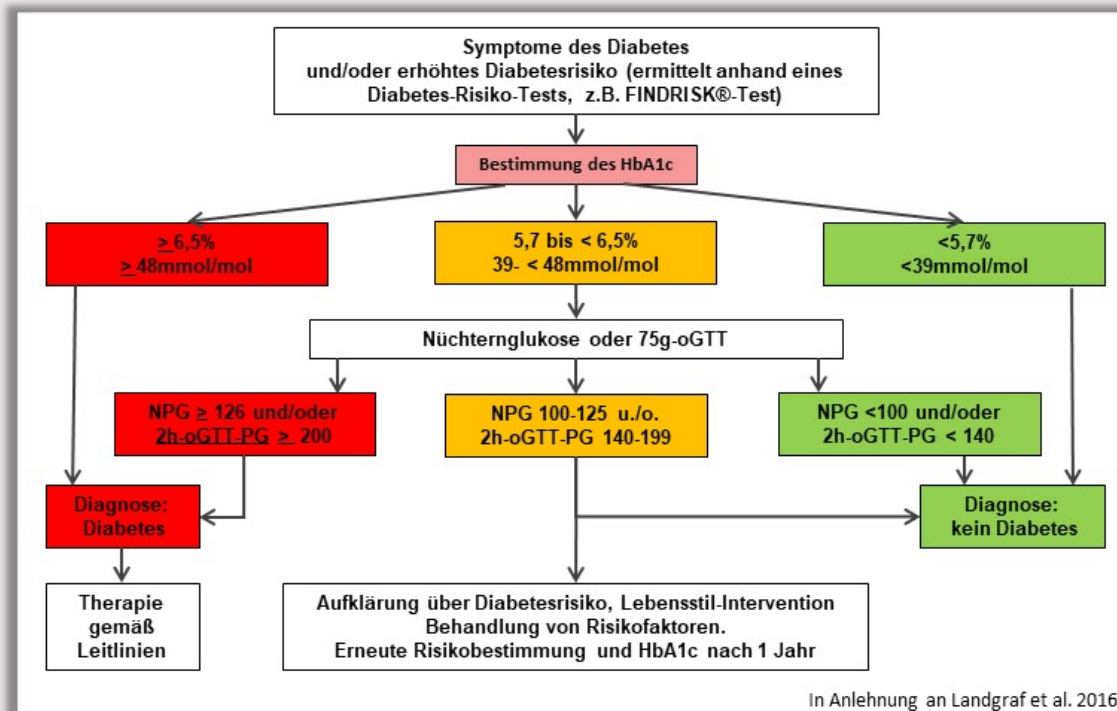
Diagnostik eines Diabetes mellitus Typ 2

Diagnose anhand des HbA1c

Hat ein Patient/ eine Patientin Symptome, die auf einen Diabetes hindeuten, oder wird anhand eines Tests ein erhöhtes Diabetesrisiko festgestellt, gibt der **Langzeitblutzuckerwert** (HbA1c) Aufschluss darüber, ob bereits ein Diabetes manifestiert ist (vgl. Landgraf et al 2016).

Bestimmung zusätzlicher Parameter

Gegebenenfalls müssen der **Nüchternblutzuckerwert** und/oder die **Glukosetoleranz** bestimmt werden, um eine eindeutige Diagnose stellen zu können (vgl. Landgraf et al 2016).





Grundlagenwissen Prävention

Prävention
Gesundheitskompetenz
Gesundheitskommunikation

Grundlagenwissen Prävention

Prävention



Definition Prävention

Prävention wird als **vorbeugendes Eingreifen** beschrieben, welches auf die Verhinderung von Gefahren und möglichen physischen und psychischen Schädigungen abzielt (vgl. Leppin 2010, S. 35). Bei Dimini werden Personen mit einem erhöhten Diabetesrisiko identifiziert, um so die Entstehung des DMT2 durch geeignete Maßnahmen wie einer Lebensstilveränderung zu vermeiden oder zumindest hinauszuzögern und ist damit der Prävention zuzuordnen.



Grundlagenwissen Prävention

Prävention

Einteilung nach Zeitpunkt

Eine mögliche Einteilung der Prävention ist die nach dem Zeitpunkt der Intervention in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention:



Primärprävention

„Primärprävention umfasst alle jene Maßnahmen, die vor dem Erstauftreten eines unerwünschten Zustands, wie einer Erkrankung, durchgeführt werden [...]. Adressaten [...] sind also Gesunde oder zumindest Personen ohne manifeste Symptomatik. Primärprävention hat demnach das Ziel, die Inzidenz bestimmter Krankheiten zu senken.“ (Leppin 2010, S. 35 f).
Beispiel: Schutzimpfungen (§ 20d SGBV)

Sekundärprävention

„Sekundärprävention dient der Krankheitsfrüherkennung und Krankheitseindämmung. Oft ohne eine für die Betroffenen wahrnehmbare Krankheitssymptomatik hat der pathogenetische Prozess hier bereits seinen Anfang genommen. Indem dies mit spezieller diagnostischer Maßnahmen festgestellt wird, kann durch ein therapeutisches Eingreifen ein Fortschreiten der Krankheit jedoch verhindert oder zumindest abgeschwächt werden“ (Leppin 2010, S. 36).
Beispiel: Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGBV)

Tertiärprävention

Tertiäre Prävention liegt [...] immer dann vor, wenn eine Krankheit oder ein unerwünschter Zustand bereits manifest geworden ist. Adressaten solcher Maßnahmen sind dementsprechend Patienten und Patientinnen; hierbei geht es darum, Konsequenzen einer Krankheit in ihrer Intensität zu mildern, Folgeschäden zu vermeiden oder Rückfällen bzw. weiteren Manifestationen vorzubeugen (Leppin 2010, S. 36).
Beispiel: Leistungen zur medizinischen Reha (§ 40 SGBV)



Grundlagenwissen Prävention

Prävention

Differenzierung nach Ansatzpunkt

Eine weitere mögliche Einteilung der Prävention ist die nach dem Ansatzpunkt:



Verhaltensprävention

„Verhaltensprävention versucht, individuelles (Risiko)verhalten wie Rauchen oder Bewegungsarmut zu verändern oder Personen zu motivieren, medizinische-technologische Interventionen wie Impfungen oder Früherkennungsverfahren in Anspruch zu nehmen.“ (Leppin 2010)

Verhältnisprävention

„[Bei] Verhältnispräventive[n] Maßnahmen geht es dagegen darum, die ökologischen , sozialen, ökonomischen oder kulturellen Umweltbedingungen zu ändern und somit indirekt Einfluss auf Entstehung und Entwicklung von Krankheiten zu nehmen.“ (Leppin 2010)

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft (2016) hat in der „**Strategie Diabetologie 2025**“ 10 Handlungsfelder erarbeitet, die die Prävention, die Früherkennung und die Versorgung von Personen mit Diabetes mellitus Typ 2 **nachhaltig** verbessern. In dieser wurde...

- ... die **Primärprävention und Früherkennung** als eines der 10 Handlungsfelder festgelegt.
- ... eine **konsequente Verhältnisprävention** entsprechend der Empfehlungen der WHO gefordert.
- ... eine **verbesserte Früherkennung** und eine **frühzeitige Therapie** des Diabetes als unverzichtbar deklariert.



Grundlagenwissen Prävention

Gesundheitskompetenz



Definition Gesundheitskompetenz

Das Ziel von Dimini ist es, die **Gesundheitskompetenz zu steigern** und dadurch die Entstehung eines DMT2 zu verzögern oder sogar zu vermeiden. Die Gesundheitskompetenz ist dabei definiert als „das Wissen sowie die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, **Gesundheitsinformationen zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden**, um im Alltag in gesundheitsrelevanten Bereichen Entscheidungen treffen zu können“ (Schmidt-Kahler et al. 2017).



Überprüfung der Gesundheitskompetenz bei Dimini

Um die Veränderung der Gesundheitskompetenz bei Dimini zu ermitteln, füllen 200 Patienten und Patientinnen der Interventionsgruppe und 200 Patienten und Patientinnen der Kontrollgruppe zu Beginn und zum Ende der Programmdurchführung einen **Fragebogen** zum Thema „Gesundheitskompetenz“ aus.



Grundlagenwissen Prävention

Gesundheitskompetenz

Formen der Gesundheitskompetenz

Grundsätzlich wird zwischen **drei Formen** der Gesundheitskompetenz unterschieden (Abel 2014, S. 150-151):



1. Bei der *funktionalen Form* der Gesundheitskompetenz handelt es sich um Grundfertigkeiten wie Lesen und Schreiben. Diese dienen dazu gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen.
2. Die *interaktive Form* der Gesundheitskompetenz fordert zusätzliche kognitive und soziale Fertigkeiten, wie das Sammeln von Informationen zu gesundheitsförderlichen Themen und der Austausch mit dem Arzt.
3. Die *kritische Form* der Gesundheitskompetenz, beschreibt die soziale Fertigkeit, Informationen zur Gesundheitsförderung zu analysieren. Darüber hinaus beschreibt sie die Fähigkeit, Informationen vom Arzt durch Nachfragen zu verarbeiten und Gesundheitsinformationen aus dem Internet kritisch zu hinterfragen.

Die Ergebnisse des Health Literacy Survey zeigen, dass 54,3% der deutschen Bevölkerung „eine **eingeschränkte Gesundheitskompetenz** besitzen, also Schwierigkeiten haben, mit Gesundheitsinformationen umzugehen und sich im Gesundheitssystem zu bewegen“ (Schaeffer 2017, S.59).

Einflussfaktoren sind Schicht, Alter, Migrationshintergrund und soziale Ressourcen.

Grundlagenwissen Prävention

Gesundheitskommunikation



Konzepte der Gesprächsführung

Um positiv auf das Verhalten eines Patienten einwirken zu können, spielt die richtige Kommunikation eine wichtige Rolle. Das Vertrauensverhältnis, das sich insbesondere zwischen Hausarzt/-ärztin, MFA und Patient/-in befindet, ist eine wichtige Grundlage, um die Patienten auf ihr Gesundheitsverhalten anzusprechen (vgl. Egger 2014, S. 164-165). Zusätzlich ist die Art und Weise der Kommunikation entscheidend.

Grundlagenwissen Prävention

Gesundheitskommunikation

Folgende Techniken bzw. Methoden sind für eine effektive Gesprächsführung zu empfehlen (Schmidt-Kahler 2017; Weinberger 2008):

Einfache Sprache: Verwenden von kurzen, einfachen Sätzen; Alltagssprache verwenden; Zahl der Botschaften begrenzen; nächste Schritte erklären...

Verbalisieren: Ausdrücken von Gedanken und Gefühlen in Worten und stärken des Bewusstseins von diesen
→ z.B. „Sind Sie verärgert, wenn...“

Teach-Back-Methode:
Das „Zurückklären“ dient der Klärung, ob der Gesprächspartner die vermittelten Inhalte verstanden hat und noch abrufen kann.



Offene Fragen: Nutzen von offenen Fragen, um den Gesprächspartner ins Erzählen zu bringen
→ z.B. „Wie können wir die Situation gemeinsam lösen?“

Unbedingte Wertschätzung: Der Mensch ist so anzunehmen, wie er ist, also mit all seinen Fehlern und Problemen

Medien einsetzen: Schriftliche Informationen bereitstellen; Kombination aus Schrift, Grafiken, Bildern und Videos; Visuelle Medien einsetzen



Der FINDRISK[®]-Test zur Bestimmung des Diabetes- Risikos

Vorstellung des Messinstruments
Interpretation der Ergebnisse

Der FINDRISK®-Test zur Bestimmung des Diabetes-Risikos

Überblick



Mit dem FINDRISK®-Test* wird das **statistische Risiko** abgeschätzt, innerhalb der nächsten zehn Jahre einen Diabetes Typ 2 zu entwickeln. Anhand von acht Fragen wird ein Score ermittelt, der Aufschluss über das Diabetesrisiko gibt. Bei Dimini nehmen Personen teil, die mindestens einen Risikoscore von 12 haben, was ein „erhöhtes Diabetesrisiko“ bedeutet.

Folgende 8 einfach zu beantwortenden Fragen müssen im Rahmen des Tests beantwortet werden (Deutsche Diabetes-Stiftung 2007):



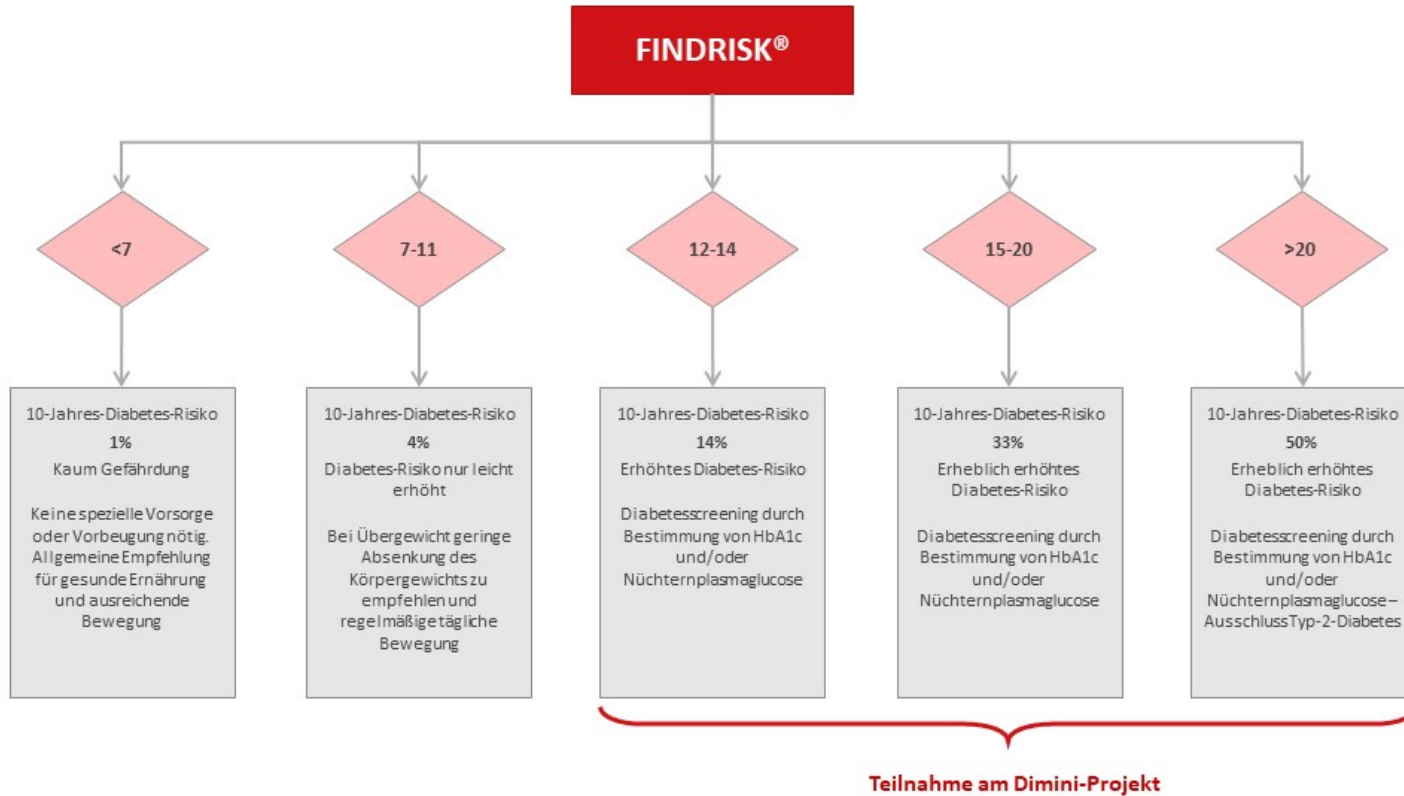
- Wie alt sind Sie?
- Wurde bei mindestens einem Mitglied Ihrer Verwandtschaft Diabetes diagnostiziert?
- Welchen Taillen-Umfang messen Sie auf Höhe des Bauchnabels?
- Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung?
- Wie oft essen Sie Obst, Gemüse oder dunkles Brot (Roggen- oder Vollkornbrot)?
- Wurden Ihnen schon einmal Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet?
- Wurden bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte festgestellt?
- Wie ist bei Ihnen das Verhältnis von Körpergröße zu Körpergewicht (Body-Mass-Index)?

Für den Test wurden in Finnland aus den Risikofaktoren neu diagnostizierter Diabetiker eine Risikoklassifikation und eine Score-Berechnung (Punkte) erarbeitet. Daraus kann eine evidenzbasierte Risikoaussage für das Auftreten eines Typ-2-Diabetes abgeleitet werden. Der Test wurde deutschen Verhältnissen angepasst und optimiert.

* FINDRISK-Evaluation 2007: Prof. Dr. Peter E. H. Schwarz, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

Der FINDRISK®-Test zur Bestimmung des Diabetes-Risikos

Interpretation der Ergebnisse





Lebensstilintervention als präventive Maßnahme

Zielvorgaben

Ernährung allgemein

Bewegung allgemein

Instrumente bei Dimini

Präventionsangebote nach §20 SGB V



Lebensstilintervention als präventive Maßnahme

Zielvorgaben

Verschiedene Studien belegen, dass eine **Veränderung des Lebensstils** sich positiv auf das Diabetesrisiko auswirkt. So wurde beispielsweise in der Diabetes Prevention Study (DPS) ermittelt (Tuomiletho et al. 2001), dass das Diabetesrisiko durch eine Lebensstilintervention um 58% reduziert werden kann.

Bei Dimini werden Personen mit einem erhöhten Diabetesrisiko dabei unterstützt, ihren Lebensstil in Bezug auf Ernährung und Bewegung zu verändern, um so eine Manifestation des Diabetes zu vermeiden. Während der Intervention werden Ziele mit den Betroffenen vereinbart, die in den regelmäßig stattfindenden Kontrollterminen besprochen werden. Die Zielvorgaben orientieren sich an den in Präventionsstudien ermittelten Vorgaben.



- Ziel 1:** Bei Übergewicht, Körpergewicht um 5 bis 7 Prozent senken
- Ziel 2:** 30 Minuten Bewegung an mind. 5 Tagen der Woche
- Ziel 3:** Tägliche Nahrung mit max. 30 Prozent Fett
- Ziel 4:** Maximal 10 Prozent gesättigte Fettsäuren
- Ziel 5:** Ballaststoffreiche Kost: 30 Gramm Ballaststoffe pro 1000kcal
- Ziel 6:** Zuckeraufnahme auf 10 Prozent der täglichen Kalorienaufnahme zu begrenzen (ca. 50 g täglich)



Lebensstilintervention als präventive Maßnahme

Grundlagen Ernährung

Ein Großteil der Kosten des Gesundheitswesens entstehen durch **ernährungsbedingte Erkrankungen**, womit die positive Beeinflussung der Ernährung ein wichtiger Baustein ist, um gegen Erkrankungen wie DMT2 vorzugehen. In Bezug auf die Vermittlung einer gesunden Ernährung bilden sowohl die **Energiezufuhr** als auch die **Nährstoffangaben** eine wichtige Basis (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. 2009).

Kohlenhydrate

Kohlenhydrate sind neben Fett der wichtigste Energieträger (Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. 2009). Unterschieden werden Kohlenhydrate in einfacher (monomerer und dimerer) und komplexer (polymerer) Form:

- **Monosaccharide und Disaccharide** kommen vor allem in Süßigkeiten und Schokolade vor. Zu den Disacchariden zählt u.a. auch der Haushaltszucker. Mono- und Disaccharide enthalten in der Regel keine essentiellen Nährstoffe, sondern raffinierte oder modifizierte Stärke, die den Lebensmitteln zugesetzt wird. Die Empfehlungen im Dimini-Projekt besagen, dass die Zuckeraufnahme auf 10 Prozent der täglichen Kalorienaufnahme zu begrenzen ist (ca. 50 g täglich).
- Lebensmittel, die reich an **Polysacchariden** sind, enthalten meist auch viele Vitamine, Mineralstoffe, sekundäre Pflanzenstoffe und Ballaststoffe. Hierzu zählen u.a. Getreide, Getreideerzeugnisse, Vollkornbrot, Kartoffeln, Gemüse und Obst. Diese Lebensmittel sind bei der Kohlenhydratzufuhr zu bevorzugen.



Ballaststoffe

Bei ausreichender Zufuhr können Ballaststoffe das Risiko für verschiedene Erkrankungen (u.a. Diabetes mellitus Typ 2) senken (DGE 2009). Ballaststoffe sind „pflanzliche Nahrungsbestandteil, die nicht von den körpereigenen Verdauungsenzymen abgebaut werden“ (DGE 2009).

Sie sollten vorwiegend in folgenden Formen zu sich genommen werden:

- Vollkornprodukten
- Gemüse, Obst und Kartoffeln
- Hülsenfrüchten

Im Dimini-Projekt wird gemäß den Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus (Mann et al. 2005) eine ballaststoffreiche Kost mit 30g Ballaststoffe pro 1.000 kcal.

Lebensstilintervention als präventive Maßnahme

Grundlagen Ernährung

Ein Großteil der Kosten des Gesundheitswesens entstehen durch **ernährungsbedingte Erkrankungen**, womit die positive Beeinflussung der Ernährung ein wichtiger Baustein ist, um gegen Erkrankungen wie DMT2 vorzugehen. In Bezug auf die Vermittlung einer gesunden Ernährung bilden sowohl die **Energiezufuhr** als auch die **Nährstoffangaben** eine wichtige Basis (DGE 2009).

Fett

Generell gehört Fett zu den lebenswichtigen Nährstoffen, denn Fett ist für den Körper ein Energielieferant und enthält unverzichtbare Fettsäuren (DGE 2009). Zudem braucht der Körper Fett, um fettlösliche Vitamine, wie Vitamin A, D, E und K aufnehmen zu können. Der tägliche Anteil sollte maximal 30% Fett der Nahrungsenergie betragen.

Zwischen folgenden Fetten wird unterschieden:

- **Gesättigte Fettsäuren** zählen zu den häufigsten Fettsäuren. Sie kommen z.B. in Fleisch, Wurst und fetten Milchprodukten vor und sollten in Maßen verzehrt werden (maximal 10% gesättigte Fettsäuren).
- **Einfach ungesättigte Fettsäuren** sind gut bekömmlich und wirken sich positiv auf die Zusammensetzung der Blutfettwerte aus. Wichtigste Quellen sind z.B. Olivenöl, Rapsöl, Nüsse und Avocado. Einfach ungesättigte Fettsäuren sind notwendig für den Stoffwechsel und die Elastizität seiner Zellmembranen.
- **Mehrfach ungesättigte Fettsäuren** kann der Körper nicht selbst herstellen. Aus ihnen werden wichtige hormonähnliche Substanzen gebildet, die viele verschiedene Aufgaben im Stoffwechsel erfüllen. Die wichtigsten Vertreter sind fetter Fisch (z.B. Hering, Lachs oder Makrele) und Leinöl.



Proteine (Eiweiß)

Proteine liefern dem menschlichen Organismus **Aminosäuren und Stickstoffverbindungen**. Sie sind in einer Vielzahl von Lebensmitteln enthalten, zum Beispiel in Milch und Milchprodukten, Fleisch, Fisch und Eiern (tierische Eiweißträger) und Getreideprodukten, Kartoffeln, Hülsenfrüchten und Nüssen (pflanzliche Eiweißträger).

Lebensstilintervention als präventive Maßnahme

Grundlagen Bewegung

Erwachsene sollten regelmäßig körperlich aktiv sein. Sie können dadurch bedeutsame Gesundheitswirkungen erzielen und die Risiken der Entstehung chronischer Erkrankungen, u.a. Diabetes mellitus Typ 2, reduzieren (WHO 2010). Studien belegen eine Minderung des relativen Risikos von Typ-2-Diabetes von 20 bis 70 % bei körperlicher Aktivität. Körperliche Aktivität hat positive Effekte auf den **Stoffwechsel**, das **Herz-Kreislauf System**, das **Muskel-Skelett System** und auch auf das **allgemeine Wohlbefinden** (Blüher, Zimmer 2010).





Lebensstilintervention als präventive Maßnahme

Grundlagen Bewegung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2010) hat globale Empfehlungen zum Bewegungsverhalten veröffentlicht, die sich auch in den nationalen Bewegungsempfehlungen widerspiegeln. Zum Bewegungsverhalten werden u.a. **Alltagsaktivitäten** (z.B. Wege zum Arbeitsplatz, Treppensteigen), aber auch **geplante sportliche Aktivitäten** (z.B. Joggen, Walking) gezählt.

Alltagsaktivitäten und Ausdauersportarten

Alltagsaktivitäten: Erwachsene sollten möglichst mindestens 150 Minuten/Woche körperliche Aktivität mit moderater Intensität wie z.B. Walken durchführen (z.B. 5x30 Minuten/Woche)

oder

Ausdauersportarten: 75 Minuten/Woche körperliche Aktivität mit höherer Intensität wie z.B. Joggen durchführen

oder

Kombination körperliche Aktivität in entsprechenden Kombinationen beider Intensitäten durchführen und dabei die Gesamtaktivität in mindestens 10-minütigen einzelnen Einheiten verteilt über Tag und Woche sammeln (z.B. mind. 3 x 10 Minuten/Tag an fünf Tagen einer Woche)

Kraftsport

Erwachsene sollten zusätzlich muskelkräftigende körperliche Aktivitäten an mindestens zwei Tagen pro Woche durchführen

Sitzende Tätigkeiten

Erwachsene sollten lange, ununterbrochene Sitzphasen meiden und nach Möglichkeit das Sitzen regelmäßig mit körperlicher Aktivität unterbrechen





Lebensstilintervention als präventive Maßnahme

Instrumente bei Dimini

Dimini unterstützt den Teilnehmer/ die Teilnehmerin in einer Verbesserung des Lebensstils. Hierzu erhält er/ sie zu Beginn des Programms das Starterset, in dem folgende Instrumente enthalten sind:



Tagebuch

Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin kann sowohl ein Ernährungs- als auch ein Bewegungstagebuch führen. Das entsprechende Material wird ihm im Starterset ausgehändigt.

App

Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin kann die App nutzen, die ihn in einer Lebensstilveränderung unterstützt. Funktionen sind unter anderem:

- **Ernährungstagebuch:** Der Teilnehmer/ die Teilnehmerin hat die Möglichkeit ein Ernährungstagebuch zu führen, bei dem unter anderem durch ein Ampelsystem eine bewusste Ernährung vermittelt wird.
- **Kalorien-Äquivalent:** Dem Nutzer wird der Energiegehalt von Lebensmitteln in Kalorien-Äquivalenten dargestellt. Eine Frage, die hiermit z.B. beantwortet werden könnte, wäre: Wie lange muss der Nutzer joggen, um die Kalorien der konsumierten Lebensmittel wieder zu verbrennen?



Schrittzähler

Verschiedene Studien belegen, dass sich ein Schrittzähler positiv auf die körperliche Aktivität auswirken kann, insbesondere wenn eine konkrete Zielvorgabe bezüglich der Schrittzahl gegeben wird. Nach einer Meta-Analyse (Kang et al. 2009) wurde in Interventionen zur Bewegungsförderung mit Hilfe von Schrittzählern eine Bewegungssteigerung von ca. 2000 Schritten pro Tag erzielt.

Fitnessband

Fitnessband: Zusätzlich ist in dem Starterset ein Fitnessband (Theraband) mit konkreten Bewegungsübungen enthalten, welches der Teilnehmer nutzen kann.

Maßband

Zur Ermittlung des Taillenumfangs ist dem Starterset ein Maßband beigelegt.



Lebensstilintervention als präventive Maßnahme

Präventionskurse nach § 20 SGB V

Beispiele für Präventionsmaßnahmen, die nach § 20 SGB V vergütet werden

Praedias („Prävention des Diabetes - selbst aktiv werden!“)

Praedias unterstützt dabei, den Lebensstil in Bezug auf Ernährung und Bewegung zu verbessern und dadurch an Gewicht zu verlieren (Kulzer et al. 2009). Insgesamt dauert das Schulungsprogramm 12 Monate und wird in Arztpraxen und von Oecotrophologen durchgeführt. In der ersten Jahreshälfte steht die Veränderung des Lebensstils im Mittelpunkt und in der zweiten Hälfte die Stabilisierung des erlernten Verhaltens. Das Schulungsprogramm wird in Kleingruppen durchgeführt.

Rezept für Bewegung

Mit dem „Rezept für Bewegung“ kann ein Arzt seinem Patienten eine Empfehlung für körperliche Aktivität geben. In einem Rezeptformular wird notiert, welchen Schwerpunkt das Training haben sollte und worauf ein Übungsleiter speziell achten sollte. Empfohlen werden insbesondere Sportangebote, die mit dem Qualitätssiegel „SPORT PRO GESUNDHEIT“ ausgezeichnet sind. Diese Kurse können von Krankenkassen finanziell bezuschusst werden. In einer Datenbank (<https://suche.service-sportprogesundheit.de/>) kann nach dem passenden Kursangebot recherchiert werden.

Lösungsbogen Eingangsschulung

Fragen zum cme Modul „Prävention des Typ-2-Diabetes - Dimini Programm“

Es ist immer nur eine Antwort richtig. Bei 7, 8, 9 oder 10 richtigen Antworten erhalten Sie das Fortbildungszertifikat „Prävention des Typ-2-Diabetes“ mit 1 cme-Punkt. Das Fortbildungszertifikat berechtigt auch zur Teilnahme am dimini-Programm der KVen Hessen und Schleswig-Holstein.

1. Welche Aussage zum Dimini-Projekt trifft zu?
 - a) **Übergeordnetes Ziel des Dimini-Projektes ist die Vermeidung bzw. die Verzögerung der Entstehung von Diabetes mellitus Typ 2.**
 - b) Teilnehmer des Dimini-Projektes werden über einen Zeitraum von 6 Monaten betreut.
 - c) Im Rahmen des Dimini-Projekts dürfen keine Aufgaben vom Arzt an das Praxispersonal delegiert werden.
 - d) Das Dimini-Projekt wird schwerpunktmäßig in Krankenhäusern durchgeführt.
 - e) Ziel des Dimini-Projekts ist die Verbesserung der Therapie von Personen mit einem bereits diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2.

2. Welche Teilnehmer werden nicht vom Projekt Dimini ausgeschlossen?
 - a) Personen mit einem bekannten Diabetes mellitus Typ 2
 - b) **Personen mit Übergewicht/Adipositas**
 - c) Personen mit einer vorliegenden Mangelernährung
 - d) Schwangere Frauen
 - e) Personen unter 18 Jahren

3. Wie hoch ist die Prävalenz von diagnostiziertem Diabetes mellitus Typ 2 in Deutschland bei den 18-79 Jährigen (nach der Erhebung des Robert Koch-Instituts 2016)?
 - a) 3,5 Millionen Erkrankte
 - b) **4,6 Millionen Erkrankte**
 - c) 7 Millionen Erkrankte
 - d) 9,7 Millionen Erkrankte
 - e) 12,1 Millionen Erkrankte

4. Was ist ein typisches Symptom für einen Diabetes mellitus Typ 2?
 - a) Verringerter Harndrang
 - b) Übelkeit
 - c) Halsschmerzen
 - d) Ein verringertes Durstgefühl
 - e) **Vermehrter Harndrang**

5. Welcher Befund weist nicht auf ein erhöhtes Diabetesrisiko oder auf eine bereits bestehende Diabeteserkrankung hin?
 - a) Der Summenscore des Findrisk-Tests ergibt mindestens 12.
 - b) Ein HbA1c von 6,0% [42,08 mmol/mol]
 - c) Ein Nüchternblutglukosewert von 110 mg/dl [6,1mmol/l]
 - d) Ein HbA1c von 7,5% [58,47 mmol/mol]
 - e) **Der Summenscore des Findrisk-Tests ergibt 5**

6. Ab welchem Taillenumfang (cm) kann nach den Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft (DAG) bei Männern von einem erhöhten Risiko für metabolische und kardiovaskuläre Komplikationen wie dmt2 ausgegangen werden?
- a) 84 cm
 - b) **94 cm**
 - c) 104 cm
 - d) 114 cm
 - e) 124 cm
7. Welche Aussage zur "Gesundheitskompetenz" trifft nicht zu?
- a) **Nach einer Studie geben 90% der deutschen Bevölkerung an, dass sie eine hohe Gesundheitskompetenz besitzen.**
 - b) Einflussfaktoren der Gesundheitskompetenz sind u.a. Migrationshintergrund und Alter.
 - c) Nach einer Studie besitzen 54,3% der deutschen Bevölkerung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz.
 - d) Eine hohe Gesundheitskompetenz unterstützt dabei, gesundheitsrelevante Entscheidungen im Alltag treffen zu können.
 - e) Ziel von Dimini ist es, die Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Diabetesrisiko zu steigern.
8. Welche Aussage zur effektiven Gesprächsführung trifft zu?
- a) Der Gebrauch einer leicht verständlichen Sprache trägt zu einer effektiven Gesprächsführung bei.
 - b) **Das Einsetzen von geschlossenen Fragen trägt dazu bei, viele Hintergrundinformationen zu erfahren.**
 - c) Es wird empfohlen, den Einsatz von Medien zu vermeiden.
 - d) Das Verwenden von vielen Fachbegriffen trägt zu einer effektiven Gesprächsführung bei.
 - e) Empathie und Wertschätzung sind bei einer effektiven Gesprächsführung zweitrangig.
9. Was ist keine Komponente der Mindest-Bewegungs-Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation?
- a) **Es wird keine Empfehlung für muskelkräftigende Übungen gegeben.**
 - b) Mindestens 150 Minuten in der Woche körperliche Aktivität mit moderater Intensität wie Walken durchführen.
 - c) 75 Minuten pro Woche körperliche Aktivität mit höherer Intensität wie z.B. Joggen durchführen.
 - d) Mindestens 2x die Woche muskelkräftigende körperliche Aktivitäten durchführen.
 - e) Vermeidung von langen Sitzphasen.
10. Welche Aussage zum Findrisk-Test trifft zu?
- a) Anhand des Findrisk-Test werden Personen mit einem bereits bestehenden Diabetes mellitus Typ 2 identifiziert.
 - b) Der Findrisk-Test ermittelt das statistische Risiko, innerhalb der nächsten 30 Jahre an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken.
 - c) Beim Findrisk-Test wird mittels 20 Fragen das Diabetesrisiko ermittelt.
 - d) **Der Findrisk-Test ermittelt das statistische Risiko, innerhalb der nächsten 10 Jahre an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken.**
 - e) Bei Personen, bei denen das Ergebnis des Findrisk-Test gering ist, ist das Risiko für eine Diabeteserkrankung innerhalb der nächsten 10 Jahre besonders hoch.

Akronym: Dimini

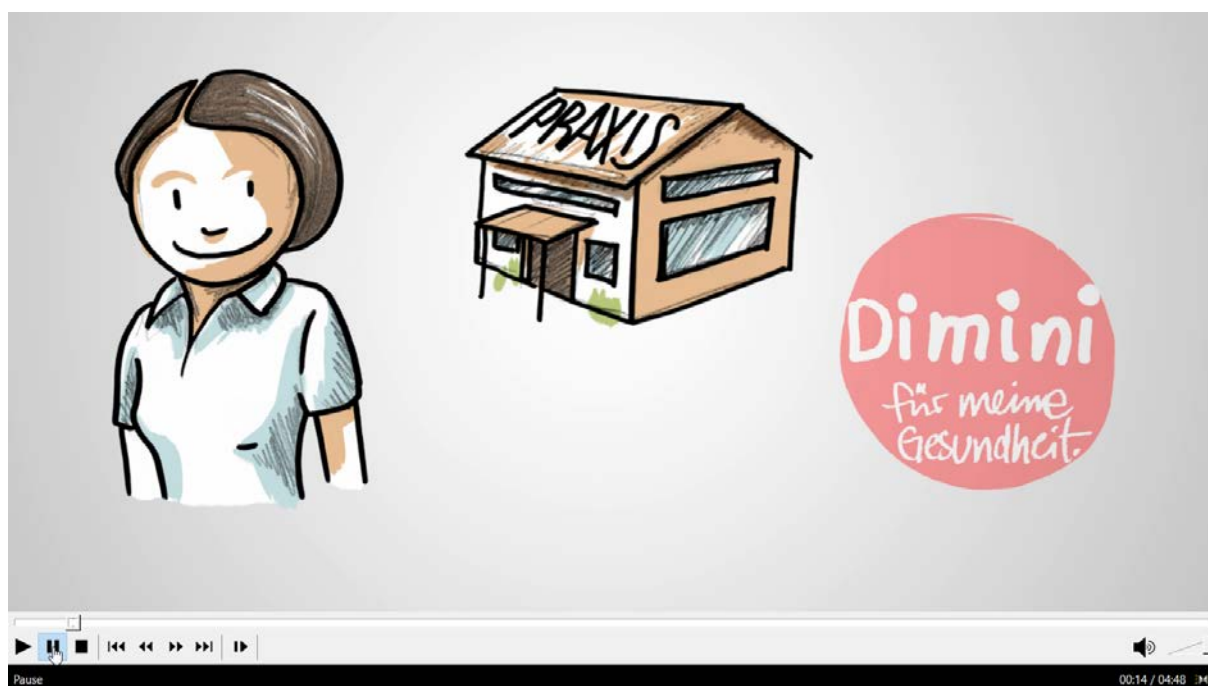
Förderkennzeichen: 01NVF17012

Anlage 7b Schulungsunterlagen Erklärvideo für Ärzte und MFA

Das Video ist eingestellt auf YouTube:

<https://www.youtube.com/watch?v=fMgU4rZKCgo> bzw.

<https://www.youtube.com/channel/UCnACKA4JfYYuGaYopde8WOA>

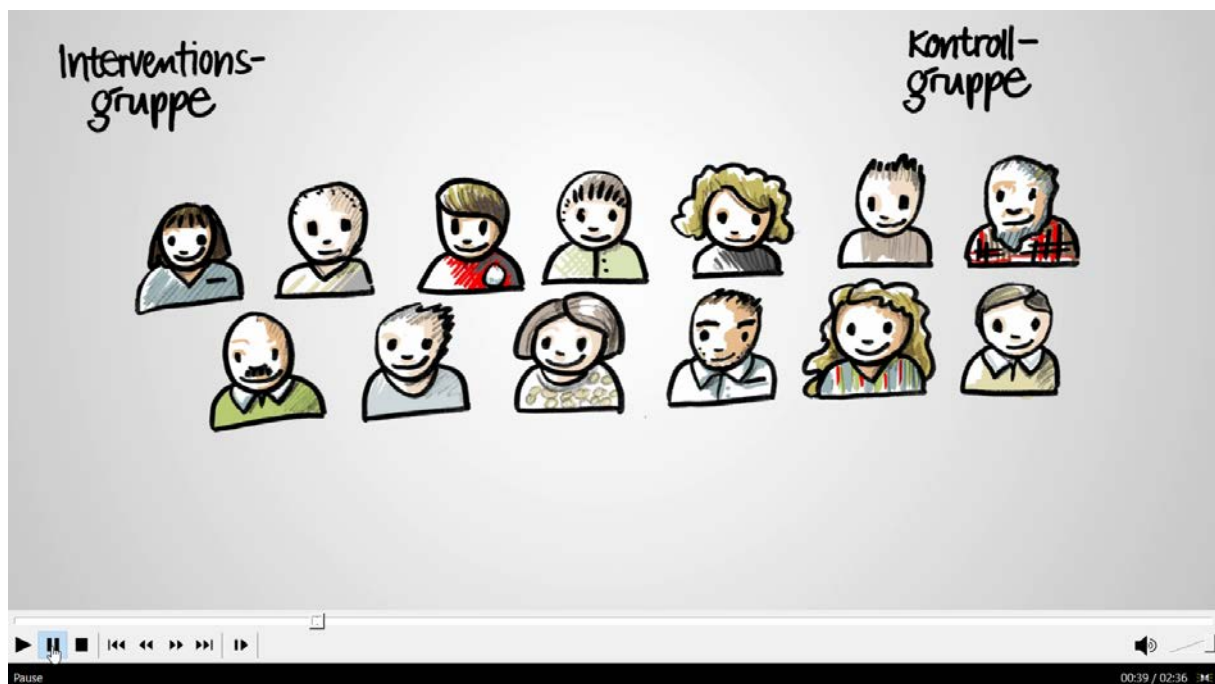


Anlage 7c Schulungsunterlagen Erklärvideo für MFA – Weiterbetreuung

Das Video ist eingestellt auf YouTube:

<https://www.youtube.com/watch?v=0bHX68fgeDQ> bzw.

<https://www.youtube.com/channel/UCnACKA4JfYYuGaYopde8W0A>



Akronym: Dimini

Förderkennzeichen: 01NVF17012

Anlage 7d Schulungsunterlagen Erklärvideo für Versicherte (ohne Untertitel)

Das Video ist eingestellt auf YouTube:

https://www.youtube.com/watch?v=b_CI9uEJ8LQ bzw.

<https://www.youtube.com/channel/UCnACKA4JfYYuGaYopde8WOA>



Anlage 7e Schulungsunterlagen Erklärvideo für Versicherte (mit Untertitel)

Das Video ist eingestellt auf YouTube:

<https://www.youtube.com/watch?v=ppjAmYerDFA> bzw.

<https://www.youtube.com/channel/UCnACKA4JfYYuGaYopde8WAO>





Diabetes Typ 2

**Ich
nicht!**



Praxismanual
für Ärztinnen / Ärzte und Medizinische Fachangestellte

Dr. Carsten Petersen | Susanne Bergen | Insa Meister docevent GmbH

1. Auflage, Januar 2018

Dimini ist ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen des Innovationsfonds gefördertes Programm zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes: Mittels eines modular aufgebauten und ärztlich gestützten Coachings wird die Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes gestärkt, und die Entstehung von Typ-2-Diabetes verzögert oder sogar verhindert. Zum Nachweis der Wirksamkeit des Programms wird eine randomisierte Studie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen durchgeführt. Unter der Konsortialführung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein haben sich für das Projekt unter anderem führende Krankenkassen, ein forschendes Pharmaunternehmen sowie mehrere große Fachgesellschaften zusammengeschlossen.



Partner in Schleswig-Holstein



Partner in Hessen



Partner in in beiden Regionen



Inhaltsverzeichnis

I Vorwort	5	V Grundlagenwissen Prävention und Gesundheitsförderung	26
II Projektbeschreibung	8	1. Prävention	
1. Einleitung		2. Gesundheitsförderung	27
2. Dimini – Ärztliche Initiative in breiter Kooperation		3. Gesundheitskompetenz	
3. Herausforderung und Zielsetzung	9	4. Förderung der Gesundheitskompetenz	28
4. Wer ist die Zielgruppe unseres Vorhabens?		5. Gesundheitskommunikation	
III Ablaufbeschreibung	11	VI Der Diabetes Risikotest	32
IV Grundlagenwissen Diabetes	21	Risiko Fragebogen (FINDRISK-Test)	
1. Einleitung Diabetes		VII Beschreibung der Lebensstilintervention (Dimini-Startset)	36
2. Krankheitsanzeichen	22	Lebensstilveränderung mit dem Dimini Startset	
3. Begleiterkrankungen		VIII Präventionskurse nach § 20 SGB V	39
4. Diabetes-Risiko		Leitfaden Prävention, Präventionskurse Themenfelder Bewegungsgewohnheiten und Ernährung	
5. Nicht-medikamentöse Behandlung bei Prädiabetes und Diabetes Typ 2		Präventionskurse finden	
6. Epidemiologie des Diabetes Typ 2	23	IX Pharmakovigilanz	41
7. Diabetes mellitus Typ 2 weltweit		Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen	
8. Diagnostikschema		X Quellen	43
		XI Weiterführende Informationen	45
		XII Webadressen	46
		XIII Anhang	47
		Pharmakovigilanz, Berichtsformulare: Erfassung von Nebenwirkungen	





Herzlich willkommen bei Dimini!

**Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
sehr geehrte Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter,**

wir freuen uns, Sie im Projekt Dimini (Diabetes mellitus? Ich nicht!) begrüßen zu können und wünschen Ihnen viel Freude und Erfolg mit Dimini in Ihrer Praxis!

Das Dimini-Praxismanual bietet Ihnen Unterstützung und Informationen für die Durchführung des Programms in Ihrer Praxis.

Dimini wird durch den Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (GB-A) gefördert, weil es wichtige Fragen klären soll, die für die tägliche Arbeit in der hausärztlichen Praxis von großer Bedeutung sind. ⁽⁶⁾

Ganz generell geht es bei Dimini darum, die Entwicklung eines Typ-2-Diabetes (DMT2) bei Erwachsenen mit erhöhtem Risiko zu verhindern oder zu verzögern. Das klingt recht einfach, kann aber mit Frustration bei allen Beteiligten verbunden sein. Jüngst sagte der Arzt und Journalist Dr. med. Eckart von Hirschhausen in einem Interview: „Der größte Hebel, den man als Arzt hat, sind keine Medikamente oder Operationen und künstlichen Gelenke: Die Königsdisziplin ist dazu beizutragen, dass jemand seinen Lebensstil ändert“. ⁽⁹⁾

Prävention des DMT2 ist durchaus möglich, das haben mehrere unabhängige Untersuchungen gezeigt. Durch recht einfach umsetzbare Lebensstilveränderungen kann bei Menschen mit Vorstufen von Typ-2-Diabetes der Ausbruch der Erkrankung um bis zu 58% reduziert werden. ⁽²¹⁾

Das Risiko, an Diabetes Typ 2 zu erkranken lässt sich durch Fragebögen ermitteln, die ohne große Umstände auszufüllen sind. Einer dieser Tests heißt „FINDRISK“⁽¹⁹⁾, ein weiterer „DRT“. Ein passender Zeitpunkt für die Durchführung eines Diabetes-Risikotest kann z.B. die Gesundheitsuntersuchung („check-up-35“) sein. Der Hausärzterverband Bremen propagiert dieses Vorgehen, um die Wertigkeit und Effektivität des „Check-up“ zu erhöhen. ⁽⁵⁾

Die zweite Fragestellung bei Dimini betrifft die Gesundheitskompetenz. Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen. Es soll untersucht werden, ob sich diese Kompetenz durch einfache Maßnahmen verbessern lässt, z.B. durch eine Beratung in der Hausarztpraxis für Menschen, die ein hohes Risiko für Diabetes Typ 2 oder bereits eine Vorstufe, den sogenannten Prädiabetes haben.

Die hausärztlichen Praxen üben bei der Behandlung und Betreuung von Versicherten mit Typ-2-Diabetes eine entscheidende Funktion aus. Für die meisten Versicherten ist ihr Hausarzt der wichtigste Ansprechpartner für Fragen zur Gesundheit. Hausärztliche Praxen leisten einen überaus wichtigen Anteil der Behandlung der mindestens 6,7 Millionen Diabetiker in Deutschland, insbesondere der über 95 Prozent an DMT2-Erkrankten. ⁽¹⁷⁾

Diabetes Typ 2 nimmt weltweit stark zu, man spricht oft von einer Pandemie ⁽¹⁰⁾. Auch in Deutschland steigen die Erkrankungszahlen an DMT2 an. Jedes Jahr werden etwa 300.000 Neuerkrankungen an Diabetes diagnostiziert, der größte Teil davon in Hausarztpraxen.

Ein besonderes Problem stellt die hohe Rate nicht diagnostizierter Typ-2-Diabetiker dar, wahrscheinlich wissen etwa 2 Millionen Menschen in Deutschland nicht, dass sie Diabetiker sind. Das sind viel zu viele! Diabetes Typ 2 ist ein Wegbereiter und Begleiter für viele andere Krankheiten, insbesondere die kardiovaskulären Erkrankungen. Ein ständig zu hoher Blutzucker schädigt vor allem die kleinen und großen Blutgefäße und so ist es nicht selten, dass ein DMT2 erst festgestellt wird, wenn z.B. ein akuter Herzinfarkt eingetreten ist oder sich Nervenschmerzen auf Grund einer diabetischen Polyneuropathie einstellen. Eine Verringerung der Erkrankungsfälle würde auch in Deutschland sehr viel Leid verhindern helfen und Kosten für die Allgemeinheit reduzieren helfen.



Dies kann gelingen, wenn das Screening für Diabetes Typ 2 verbessert wird, etwa durch routinemäßigen Einsatz z.B. des FINDRISK-Tests und bei hohem Risiko eine gezielte Verhaltensprävention bei Menschen mit hohem Risiko erfolgen würde.

Es ist sinnvoll und ratsam, dass zumindest einer der Medizinischen Fachangestellten der an Dimini teilnehmenden Praxis eine große und wichtige Rolle zukommt. Sie übernehmen wesentliche Aufgaben zur Entlastung der Ärztinnen und Ärzte wie das Ansprechen geeigneter Versicherter und die organisatorische Durchführung des Programms.

Auf den folgenden Seiten des Praxismanuals finden Sie sämtliche Informationen, um Dimini in Ihrer Praxis anwenden zu können:

- Eine Projektbeschreibung und das Ablaufschema des Projekts.
- Grundlagenwissen zum Thema Diabetes mellitus.
- Grundlagen zum Thema Prävention, Gesundheitsförderung, Gesundheitskompetenz und Gesundheitskommunikation.
- Messinstrument FINDRISK-Test
- Angewendete Lebensstil-Interventionen (Ernährung und Bewegung)
- Praktische Durchführung des Dimini-Programms in der teilnehmenden Praxis

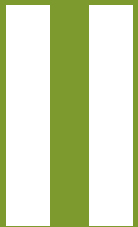
Die Umstände, die mit der Durchführung einer Studie und eines Projekts im Innovationsfonds verbunden sind, entwickeln sich bisweilen holprig und umständlich. Bitte lassen Sie sich davon möglichst wenig beirren und haben Sie Geduld. Das Konsortium ist sehr bemüht, zu kooperieren. Wir alle betreten Neuland.

Für Fragen, die das Skript nicht beantwortet wenden Sie sich bitte an:

Dimini Büro, docevent GmbH

Stadtweg 49
24837 Schleswig
Tel. 04621-855 425
Fax. 04621-855 426
info@dimini.net

Viel Freude und Erfolg mit Dimini in Ihrer Praxis!





Das Dimini-Programm

1. Einleitung

Dimini ist ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen des Innovationsfonds (Gemeinsamer Bundesausschuss) im Themenfeld „Neue Versorgungsformen“ gefördertes Programm zur Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 ⁽⁶⁾. Versicherte mit einem hohen DMT2 Risiko werden in den beteiligten Praxen bei einer Lebensstiländerung begleitet. Wissenschaftliche Studien haben gezeigt, dass die Entstehung des Diabetes Typ 2 durch einen körperlich aktiven Lebensstil und Ernährungsmodifikation verzögert oder sogar verhindert werden. Hier setzt Dimini an. Die teilnehmenden Versicherten erhalten in der Interventionsgruppe ein Startset mit gesundheitsrelevanten Informationen und ein Ernährungs- und Bewegungstagebuch in Papierform oder als App. Der Einfluss auf die Gesundheitskompetenz wird gemessen.

Zum Nachweis der Wirksamkeit des Programms wird eine randomisierte Studie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen durchgeführt. Personen mit einem erhöhten Diabetesrisiko werden in eine Kontroll- und Interventionsgruppe eingeteilt. Das Projekt hat eine Gesamtlaufzeit von drei Jahren.

2. Dimini – Ärztliche Initiative in breiter Kooperation

Unter der Führung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein haben sich folgende Partner zu einem Konsortium zusammengeschlossen:

- Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein (KVSH) und Hessen (KVH)
- Die Krankenkassen AOK NordWest, BARMER, DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse (jeweils SH) und AOK Hessen
- Der Projektinitiator Dr. med. Carsten Petersen, docevent GmbH (Diminibüro)
- Das Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav)

Kooperationspartner sind:

- Die Fachgesellschaften Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und Deutsche Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation und Herz- Kreislauferkrankungen e. V. (DGPR)
- Die Bundesagentur für Arbeit
- Und das forschende Pharmaunternehmen MSD Sharp & Dohme GmbH

Schirmherrschaft für das Projekt Dimini:

- Ministerium für Soziales und Integration Hessen (Minister Stefan Grüttner)
- Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren Schleswig-Holstein (Minister Dr. Heiner Garg)



3. Die Herausforderung. Was ist unsere Zielsetzung?

Diabetes mellitus Typ 2 (DMT2) ist eine chronische Erkrankung, die weltweit stetig zunimmt. Laut Erhebungen des Robert-Koch-Instituts (RKI) sind in Deutschland etwa 6,5 Millionen Menschen von einem manifesten Diabetes mellitus Typ 2 betroffen. Somit besteht DMT2 bei 7–8 % der Erwachsenen. Zusätzlich besteht bei drei bis fünf Millionen Menschen ein unentdeckter DMT2 oder Prädiabetes⁽¹⁾. Bereits frühzeitig liegt ein hohes Risiko für Herzinfarkt, Schlaganfall oder frühzeitigen Tod vor. Zudem besteht in Abhängigkeit der Diabetesdauer und durchschnittlichen Glukosestoffwechselqualität ein Risiko für Polyneuropathie, Retinopathie oder Nephropathie. Für Menschen mit DMT2 bedeutet dies meist eine verminderte Lebensqualität und reduzierte Lebenserwartung. Für das Gesundheitssystem entstehen insbesondere durch die Sekundärerkrankungen hohe Behandlungskosten. Behandlungsziele des Diabetes mellitus Typ 2 beinhalten daher das Erreichen von Symptombefreiheit und die Vermeidung von Sekundärerkrankungen.

Neben nicht beeinflussbaren Faktoren wie Vererbung und Alter spielt der Lebensstil eine herausragende Bedeutung bei der Manifestation der Erkrankung. Je früher DMT2 oder ein DMT2-Risiko erkannt wird, desto eher sind nicht-medikamentöse Maßnahmen zur Änderung des Lebensstils erfolgversprechend. Wiederholt konnte gezeigt werden, dass sich durch eine Umstellung der Ernährung und die Erhöhung der körperlichen Aktivität die Manifestation eines Diabetes bei Menschen mit Prädiabetes verhindern oder verzögern lässt. Es ist daher besonders wichtig, Risikopersonen frühzeitig zu identifizieren und an präventive Maßnahmen heranzuführen. Die Gesundheitskompetenz der Betroffenen ist für den Erfolg solcher Maßnahmen von hoher Bedeutung.

Ziel des Dimini-Programms ist die Steigerung der Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem DMT2-Risiko, indem diese frühzeitig anhand eines Screenings (FINDRISK-Test) erkannt werden und eine bedarfsgerechte Lebensstilintervention erhalten. Die Intervention beinhaltet ein Startset aus gesundheitsrelevanten Informationen und das Führen eines Ernährungs- und Bewegungstagebuchs in Papierform oder als App. Dieses Präventionsangebot wird durch die eingebundenen Arztpraxen („coaching“) unterstützt und begleitet. Durch die Intervention sollen die individuellen Gesundheitsressourcen gestärkt und so langfristige verhaltenspräventiv wirksame

Veränderungen angestoßen werden. Die Entstehung eines DMT2 soll so verzögert bzw. verhindert werden, wodurch letztlich auch Kosten eingespart werden. Im Erfolgsfall könnten Komponenten des Dimini-Programms bundesweit in die Regelversorgung übertragen werden.

4. Wer ist die Zielgruppe unseres Vorhabens?

Teilnahme-Voraussetzungen: Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen¹ über 18 Jahren in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen, die einen oder mehrere der folgenden Risikofaktoren aufweisen:

- Übergewicht/Adipositas
- Geringe körperliche Aktivität
- Bekannte familiäre Disposition für DMT2
- Zurückliegend festgestellter erhöhter Glukosewerte, z.B. Zustand nach Gestationsdiabetes.

Nicht an Dimini teilnehmen dürfen Versicherte mit einem bekannten DMT2, einer vorliegenden Mangelernährung, einer psychiatrischen Erkrankung, einer aktuellen Teilnahme an einer klinischen Studie oder bei Schwangerschaft. Auch Versicherte anderer Krankenkassen oder privat krankenversicherte Personen können nicht an Dimini teilnehmen.

¹ In Schleswig-Holstein: AOK NordWest, BARMER, DAK-Gesundheit, Techniker Krankenkasse /
In Hessen: AOK Hessen





Ablaufbeschreibung des Dimini-Projektes

- Übersicht über die Dimini Materialien
- Materialbestellung
- Kurzbeschreibung „Ablaufplan“
- Beschreibung der einzelnen Phasen des Projektes

1. Dimini Materialien

- Dimini Poster
- Dimini Flyer allgemein
- Startset Interventionsgruppe (IG)
- Flyer Kontrollgruppe (KG)
- Karten mit dem Freischaltcode für die App

2. Materialbestellung

Sie erhalten das gesamte Dimini Material von der Formularausgabe der KVSH. Alle registrierten Praxen erhalten automatisch eine Erstausrüstung von der KVSH. Weitere Startsets können Sie dann anfordern bei:

Formularausgabe der KVSH

Bismarckstraße 1-6
23795 Bad Segeberg
Tel. 04551-883 250
Fax 04551-883 209
formularausgabe@kvsh.de

Immer zwei Startsets für die Interventionsgruppe sowie drei Flyer für die Kontrollgruppe sind in einem Karton zusammengefasst. Bitte bestellen Sie kartonweise.

3. Ablaufplan

Dieser Ablaufplan gibt Ihnen einen raschen Überblick über das gesamte Programm. Sie erhalten einen ausgedruckten Ablaufplan mit dem Startpaket (siehe Folgeseiten).

Ihre Teilnahme am Dimini-Projekt



Ablaufplan für Ihre Praxis: Zur Entlastung der Ärzte dürfen – unter Berücksichtigung der Bestimmungen der Anlage 24 Bundesmantelvertrag – Aufgaben an nichtärztliches Personal (MFA, Diabetesassistenten/-berater) delegiert werden.

Erstkontakt: Identifikation und Ansprechen des Versicherten

Welche Versicherten kommen für den FINDRISK*-Test in Betracht:

Diabetes in der Familie Wenig Bewegung Übergewicht ≥ 18 Jahre Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen

Information zum Dimini-Projekt und Teilnahmeaufklärung

→ bei Interesse Einverständnis- und Teilnahme-Erklärung, Versicherteninformation und Datenschutz-Merkblatt

→ GOP 91432 (8,00 €)

Anlegen eines neuen Falls in der Webanwendung /Praxis-Verwaltungs-System (PVS):

Gemeinsames Ausfüllen und Auswerten des elektronischen FINDRISK*-Tests

Besprechung der FINDRISK*-Test-Ergebnisse

Erhöhtes Risiko (Score ≥12)

→ Laborwerte (siehe Praxismanual)

Geringes Risiko Score < 12

→ Projekt beendet!

Bei Diagnose Diabetes → Einschreiben ins DMP/Verabschiedung aus dem Dimini-Projekt

→ GOP 91433 (10,00 €)

Automatische Zuordnung der Teilnehmer in Interventions- oder Kontrollgruppe

Die Webanwendung führt Sie durch alle weiteren Schritte.

	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
3 Monate	Kommunikation, Förderung der Gesundheitskompetenz, Lebensstilintervention → Aushändigen der Teilnehmerfragebögen → Aufklärung und Einigung auf konkrete und realistische Ziele (Arzt) → Einführung in das Dimini-Startset als App oder papierbasiert. → elektronische Dimini-Dokumentation → Vereinbarung Kontrolltermin in 3 Monaten → GOP 91434 (19,00 €)	→ Aushändigen der Teilnehmerfragebögen → Teilnehmer erhält ärztlichen Rat nach Gesundheitsuntersuchungs-RL → elektronische Dimini-Dokumentation → Vereinbarung Kontrolltermin in 3 Monaten → GOP 91440 (9,00 €)
3 Monate	Kontrolltermin 1 (nach 3 Monaten) → Analyse und Gespräch zu den erreichten Zielen und Schwierigkeiten → elektronische Dimini-Dokumentation → Optional: Terminvereinbarung in 3 Monaten (Coaching) → Terminvereinbarung in 6 Monaten (Kontrolle) → GOP 91435 (7,00 €)	Kontrolltermin 1 (nach 3 Monaten) → elektronische Dimini-Dokumentation → neue Terminvereinbarung in 6 Monaten → GOP 91441 (4,00 €)
3 Mon.	Aktivierung der Gesundheitskompetenz (Coaching nach 3 Monaten) → GOP 91436 (4,00 €)	
3 Monate	Kontrolltermin 2 (3 Monate nach Coaching) → Analyse und Gespräch zu den erreichten Zielen und Schwierigkeiten → elektronische Dimini-Dokumentation → Optional: Terminvereinbarung in 3 Monaten (Coaching) → Terminvereinbarung in 6 Monaten (Kontrolle) → GOP 91437 (7,00 €)	Kontrolltermin 2 (6 Monate nach Kontrolltermin 1) → elektronische Dimini-Dokumentation → neue Terminvereinbarung in 6 Monaten → GOP 91442 (4,00 €)
3 Mon.	Aktivierung der Gesundheitskompetenz (Coaching nach 3 Monaten) → GOP 91438 (4,00 €)	
Achtung: Aktuelle Laborwerte müssen zum Kontrolltermin 3 vorhanden sein (siehe Praxismanual)		
	Kontrolltermin 3 (3 Monate nach Coaching) → Aushändigen der Teilnehmerfragebögen → Analyse und Gespräch zu den erreichten Zielen → elektronische Dimini-Dokumentation → Aushändigen der Teilnehmerfragebögen → Verabschiedung aus dem Dimini-Projekt → GOP 91439 (11,00 €)	Kontrolltermin 3 (6 Monate nach Kontrolltermin 2) → Aushändigen der Teilnehmerfragebögen → elektronische Dimini-Dokumentation → Verabschiedung aus dem Dimini-Projekt → GOP 91443 (8,00 €)

* FINDRISK-Evaluation 2007: Prof. Dr. Peter E. H. Schwarz, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden

Dimini-Büro: Stadtweg 49, 24837 Schleswig, Tel.: 04621/855 425, Fax: 04621/855 426, E-Mail: info@dimini.net



Partner in Schleswig-Holstein



Partner in Hessen



Partner in beiden Regionen



Diabetesrisiko senken mit dem Dimini-Projekt



Versicherte mit folgendem Risikoprofil kommen für Dimini in Frage:

- ✓ Erkennbare abdominelle Adipositas
- ✓ Positive Familienanamnese
- ✓ Bewegungsarmer Lebensstil
- ✓ Älter als 18 Jahre
- ✓ Versichert bei einer der teilnehmenden Krankenkassen.

Schleswig-Holstein:

AOK NORDWEST, BARMER, DAK-Gesundheit, TK

Hessen:

AOK Hessen



**Testen Sie das Risiko Ihrer Patienten
mit dem FINDRISK-Test**



Dimini ist ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) im Rahmen des Innovationsfonds gefördertes Programm zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes: Mittels eines modular aufgebauten und ärztlich gestützten Coachings wird die Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes gestärkt, und die Entstehung von Typ-2-Diabetes verzögert oder sogar verhindert. Zum Nachweis der Wirksamkeit des Programms wird eine randomisierte Studie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen durchgeführt. Unter der Konsortialführung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein haben sich für das Projekt unter anderem führende Krankenkassen, ein forschendes Pharmaunternehmen sowie mehrere große Fachgesellschaften zusammengeschlossen.

4. Beschreibung der einzelnen Phasen des Projektes

Im Ablaufschema finden sich die Phasen des Dimini Projektes, die am oberen Rand des Schemas durch Pfeile gekennzeichnet sind.

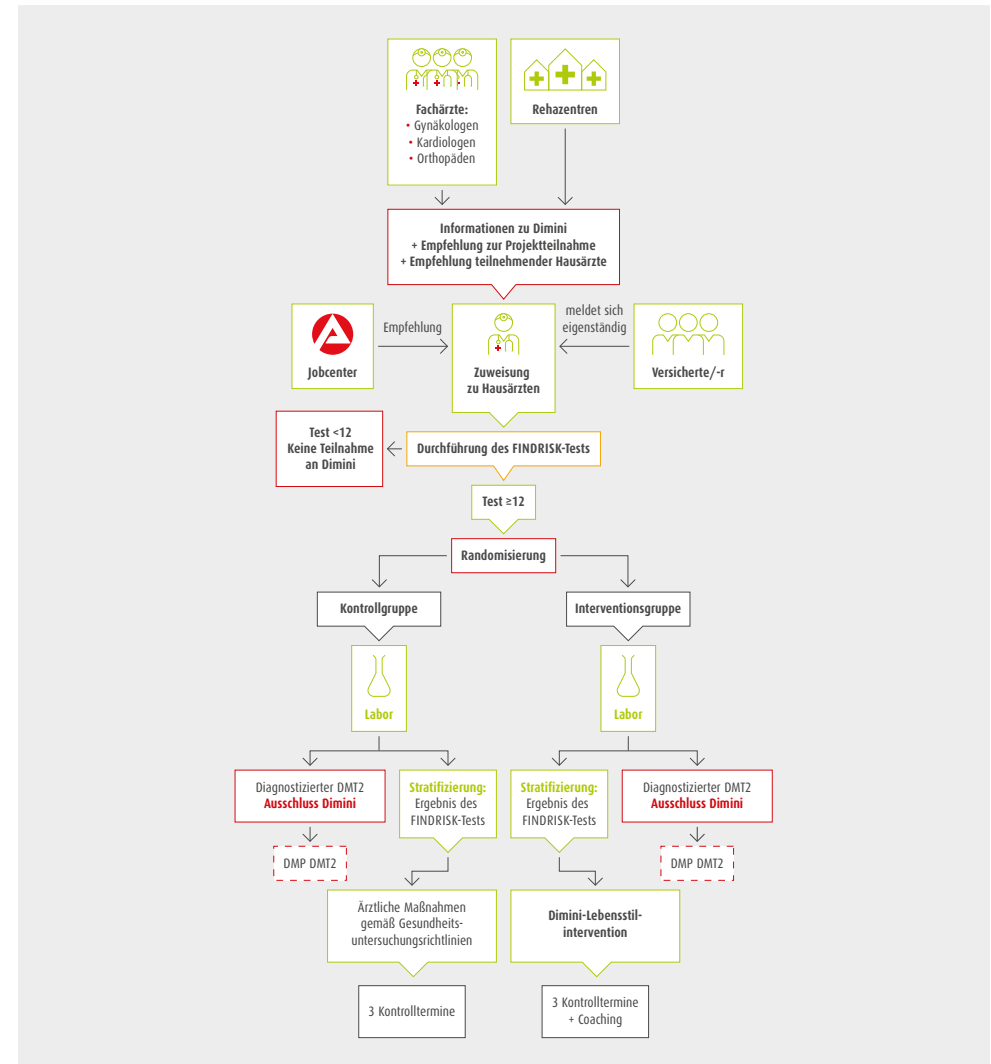
Zur Entlastung des Arztes können Aufgaben an nichtärztliches Personal (MFA, Diabetesassistenten/-berater) **delegiert** werden (Datenerfassung und Dokumentation, Aufklärung, Beratung und Information, allgemeine Labordiagnostik etc.). Die Leistungsdelegation an **nichtärztliche Mitarbeiter**, deren Auswahl, Anleitung, Koordination, Durchführung sowie Erfolgskontrolle bleibt vollständig in der Verantwortung des Arztes.

Digitalisierung: Die Dimini Dokumentation erfolgt digital. Lediglich die Versicherungserklärungen und -fragebögen werden ausgedruckt.

Die Dokumentation besteht in einer digitalen Prozesskette von der Risikoscore-Berechnung über die Erfassung der standardisierten Dokumentationsbögen bis hin zur automatischen Bereitstellung der Ergebnisse an den Evaluator.

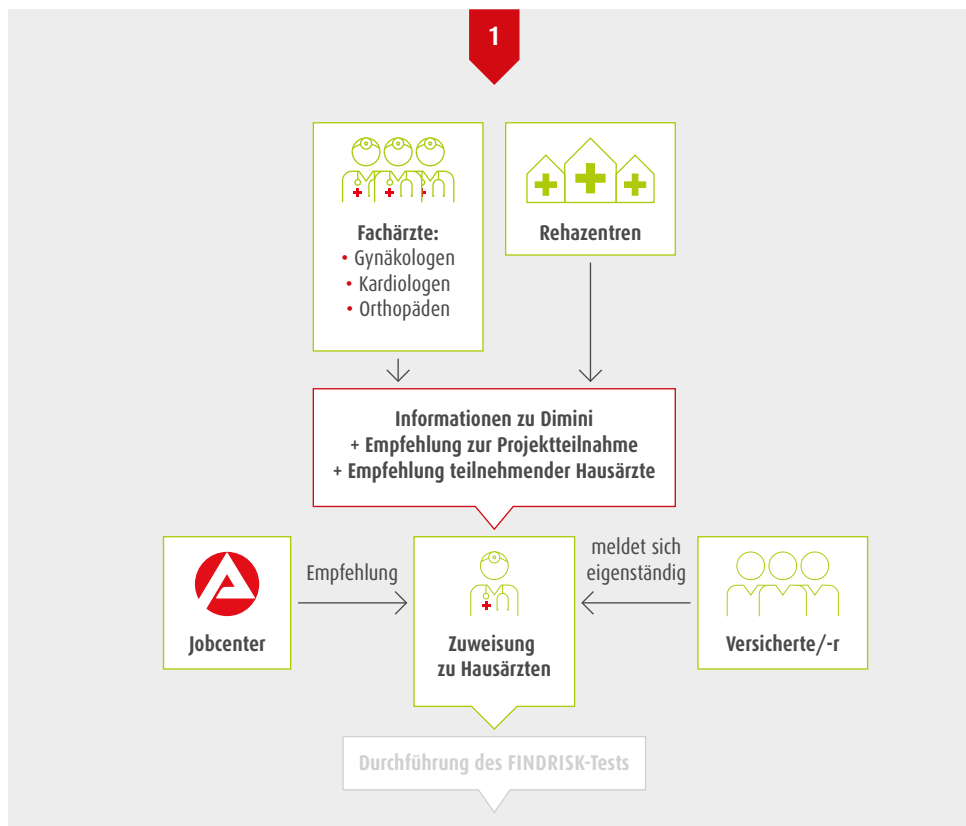
Die Gebührenpositionen im Zusammenhang mit Dimini müssen von den Praxen in die Quartalsabrechnung übernommen werden.

Ein späteres Ziel ist es, dass durch die Praxis EDV analog zur Dimini-Webanwendung festgelegte Formularfelder automatisch gefüllt werden. Sämtliche erforderlichen Formulare, Erklärungen, Berechnungen und Auswertungsschnittstellen sollen dann innerhalb des Programms hinterlegt und festgelegte Formularfelder bei Teilnahme eines Versicherten weitestgehend automatisch gefüllt werden.





4.1. Sensibilisierung- Zuweisungsphase



Vom 1. Januar bis 31. Dezember 2018 können in hausärztlichen und internistischen Praxen in Schleswig-Holstein und Hessen Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen, die einige oder alle der Einschlusskriterien erfüllen, angesprochen und zur Teilnahme an Dimini eingeladen werden.

Hierbei werden neue und vielfältige Zugangswege genutzt:

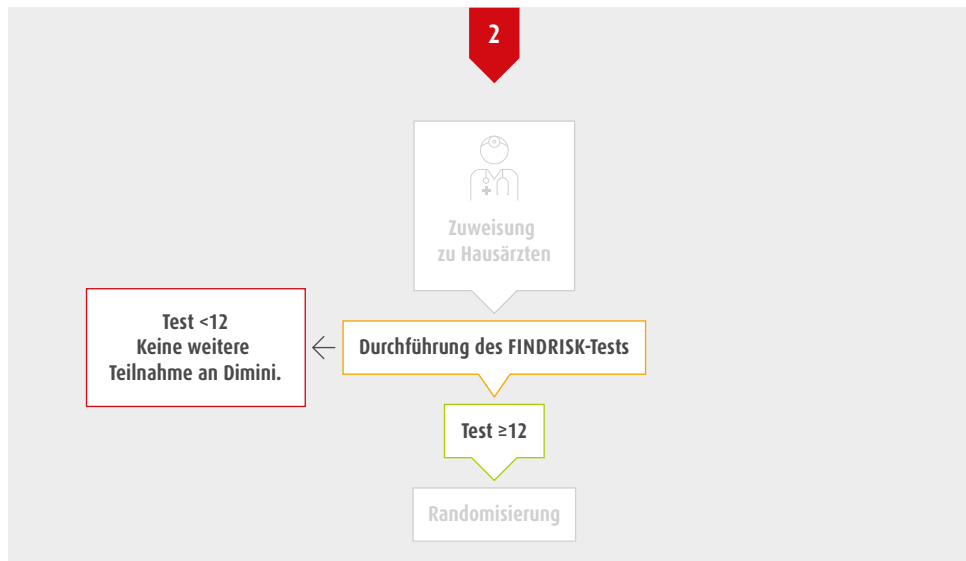
Diese Ansprache kann bei Gynäkologen, Kardiologen und Orthopäden sowie in Rehazentren sowie natürlich direkt in der hausärztlichen Praxis erfolgen. Auch in Jobcentern kann mit direkter Ansprache durch die Berater und mittels eines Flyers auf das Programm aufmerksam gemacht werden. Auf der Webseite www.dimini.org kann über die Rubrik „Arztfinder“ nach teilnehmenden Praxen gesucht werden.

Die Fachärzte und Rehazentren geben dabei ein Empfehlungsschreiben für die Versicherten mit. Die Durchführung des Dimini Programmes erfolgt nur in den hausärztlichen und internistischen Praxen!

Den medizinischen Fachangestellten mit ihrem guten Kenntnisstand über „Ihre Patienten“ fällt dabei die wichtige Aufgabe der Ansprache geeigneter Versicherter zu.

Mit der Infokarte werden die Versicherten gezielt über das Programm informiert. Bei einem Teilnahmewunsch werden jetzt die Versicherten in der Webanwendung als „Fall“ angelegt, die Teilnehmer- und Einwilligungserklärung und das Datenschutz Merkblatt ausgedruckt. Der Versicherte unterschreibt die Formulare.

4.2. Risiko-Screening

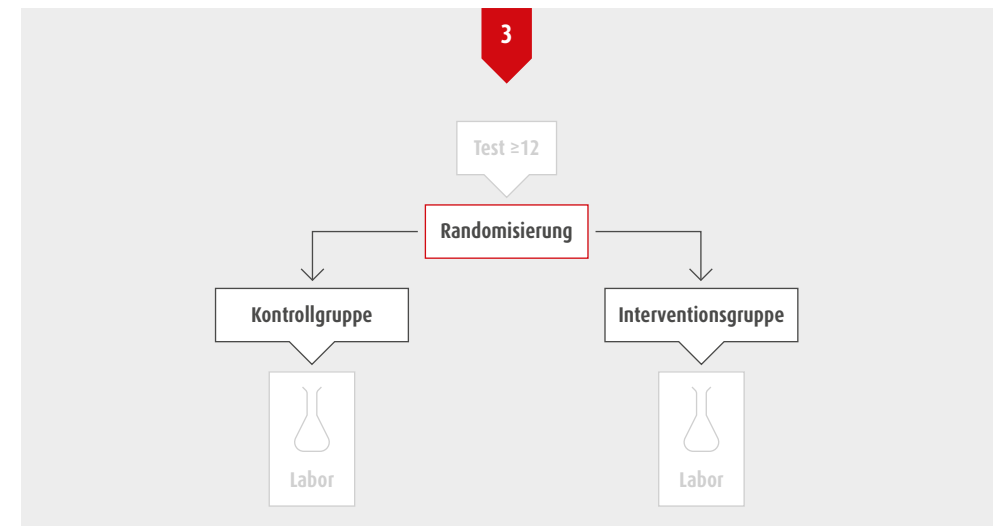


Der Diabetes Risikotest (FINDRISK-Test)

Zusammen mit der MFA wird der FINDRISK-Test digital in der Webanwendung ausgefüllt. Das Ergebnis wird dann sofort als Summenscore angezeigt. Es kann als PDF gespeichert und für den Versicherten ausgedruckt werden.

Aus dem Summenscore lässt sich das Risiko, innerhalb der nächsten 10 Jahre an Diabetes Typ 2 zu erkranken, abschätzen.

4.3. Randomisierung



In das Dimini-Programm werden nur Versicherte ab einem Summenscore von 12 Punkten aufgenommen.

Scoresumme	10-Jahres-DMT2-Risiko	Risikobeurteilung
12-14 Punkte	14%	1 von 7 Erhöht
15-20 Punkte	33%	1 von 3 Erheblich erhöht
Über 20 Punkte	50%	1 von 2 Sehr hoch



Das Dimini Programm ist eine Studie, daher werden die Versicherten an diesem Punkt in eine Interventionsgruppe (IG) und eine Kontrollgruppe (KG) aufgeteilt. Das ist erforderlich, um die Wirksamkeit der Maßnahmen zu evaluieren!

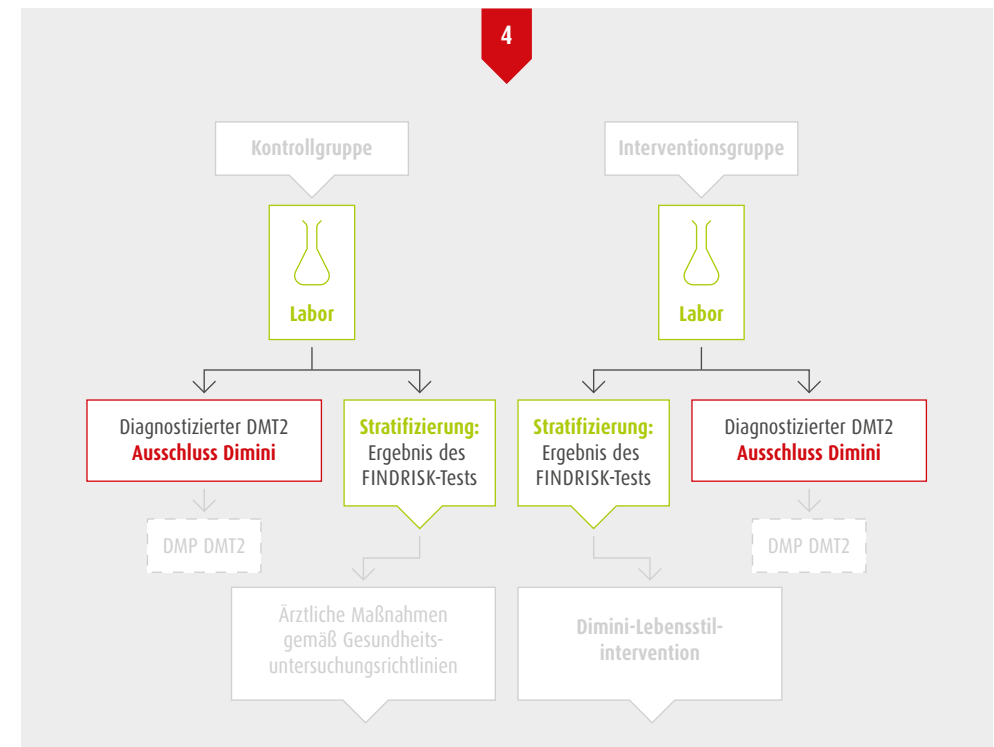
Es ist wichtig, dass Ihre Versicherten von dieser Aufteilung keine Kenntnis erlangen!

Sowohl die Teilnehmer der IG als auch der KG werden hausärztlich begleitet:

Interventionsgruppe IG: Die Versicherten erhalten das Dimini-Startset zur Lebensstilintervention in Papierform oder als App.

Kontrollgruppe KG: Die Versicherten erhalten eine Behandlung gemäß der Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie oder nach den Präventionsrichtlinien. ⁽⁵⁾

4.4. Stratifizierung



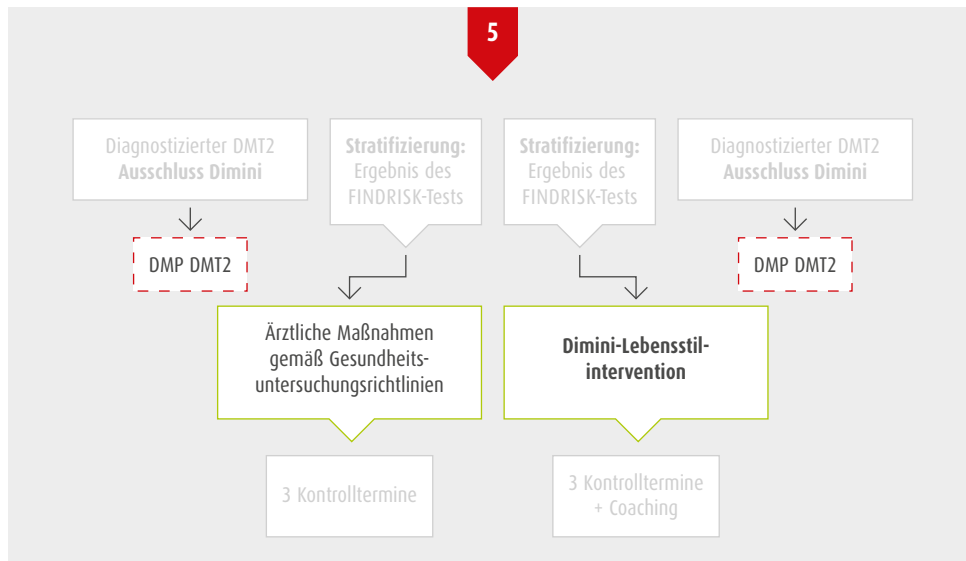
IG und KG: Labordiagnostik durchführen:

- HbA1c Wert in % oder mmol/mol



Achtung! Falls bei Versicherten ein DMT2 diagnostiziert wird, erfolgt der Ausschluss aus dem Dimini-Programm und die Empfehlung zur Teilnahme am DMP Diabetes. Eine schematische Übersicht über die Diagnosekriterien finden Sie im Kapitel: Grundlagenwissen Diabetes.

4.5. Lebensstilintervention



Die Interventions- und die Kontrollgruppe erhalten jeweils unterschiedliche Betreuung:

Kontrollgruppe:

Behandlung und Beratung gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie und Präventionsrichtlinie: Nach Abschluss der unter 4 genannten Maßnahmen werden die TN der Kontrollgruppe über das Ergebnis der durchgeführten Untersuchung informiert und es werden die möglichen Auswirkungen im Hinblick auf die weitere Lebensgestaltung erörtert. Dabei soll der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten ansprechen und diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädigender Verhaltensweisen (z.B. auf entsprechende Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen) hinweisen. Sofern dies medizinisch angezeigt ist, stellt die Ärztin oder der Arzt eine Präventionsempfehlung (gemäß Muster 36) für Leistungen zur verhaltensbezogenen Prävention nach § 20 Absatz 5 SGB V aus.

Krankenkasse bzw. Kostenträger			geb. am	Empfehlung 36 zur verhaltensbezogenen Primärprävention gem. § 20 Abs. 5 SGB V
Name, Vorname des Versicherten				
Kostenträgerkennung			Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.	Datum	
<input type="checkbox"/> Bewegungsgewohnheiten <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Stressmanagement <input type="checkbox"/> Suchtmittelkonsum Sonstiges: _____				
Bitte informieren Sie sich bei Ihrer Krankenkasse über die geprüften und anerkannten Präventionsangebote und die Fördervoraussetzungen. Hinweise des behandelnden Arztes (z.B. Kontraindikationen, Konkretisierung zur Präventionsempfehlung)				
				Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
Muster 36 (7.2017)				



Interventionsgruppe:

- Teilnehmer besprechen mit Ihrer Hausärztin / Ihrem Hausarzt die individuelle Zielvereinbarung.
- Aushändigung des Dimini-Startsets und Einführung durch die MFA. Hierin enthalten sind:
 - › Die Lebensmittelliste
 - › Das Tagebuch
 - › Der Leitfaden
 - › Ein Schrittzähler
 - › Ein Maßband
 - › Ein Fitnessband mit Übungsposter
- Die Teilnehmer können auf Wunsch auch die kostenfreie HandyApp „DiP Diabetes Prävention“ nutzen. Bitte überreichen Sie den Teilnehmern dafür die Karte mit dem Freischaltcode.

4.6. Verlaufsmanagement



Um die Versicherten nach Abschluss der Intervention weiter zu betreuen sowie eine kontinuierliche Kommunikation und Motivation sicherzustellen, erfolgen:

In der Kontrollgruppe:

- 3 Kontrolltermine nach 3, 9 und 15 Monaten nach dem FINDRISK-Test
- Laborkontrolle vor dem letzten Termin

In der Interventionsgruppe:

- Durchführung der Kontrolltermine nach 3, 9 und 15 Monaten, Analyse und Gespräch zu erreichten Zielen und Schwierigkeiten.
- Optional sind zwei weitere Coachingtermine nach 6 und 12 Monaten, auch telefonisch möglich.
- Laborkontrolle vor dem letzten Termin

Durch die sogenannten Coachingtermine wird ein verbesserter Kontakt zwischen Praxis und Teilnehmer hergestellt. Diese beiden Termine können durchaus auch telefonisch stattfinden. Hier soll die Gesundheitskompetenz der Teilnehmer weiter gestärkt werden.



IV



Grundlagenwissen Diabetes

1. Einleitung Diabetes

Ein typisches Kennzeichen der Erkrankung Diabetes mellitus ist die erhöhte Zuckerausscheidung im Urin und der damit verbundene vermehrte Harndrang, auch bezeichnet als „honigsüßer Durchfluss“.

Die wichtigsten Formen des Diabetes sind der Diabetes mellitus Typ 1 und der Diabetes mellitus Typ 2. Diabetes mellitus Typ 1 ist eine Autoimmunerkrankung, die zur Zerstörung der Insulinproduzierenden Inselzellen führt. Insulin senkt den Blutzucker, in dem durch das Insulinsignal die Glukose aus dem Blut in die Zellen aufgenommen wird. Das fehlende Insulin kann nur durch eine Insulinbehandlung ersetzt werden. Diabetes Typ 1 ist im Vergleich mit Typ 2 Diabetes selten, etwa 150 000 bis 200 000 Menschen in Deutschland sind davon betroffen.

Der Diabetes mellitus Typ 2 gehört zu den häufigsten nicht übertragbaren Erkrankungen. Die Zuwachsraten sind seit Jahren vor allem in den industriell sich schnell entwickelnden Ländern in Asien und in Indien sehr hoch. Weltweit waren 2015 nach Schätzungen der IDF (International Diabetes Federation) 415 Millionen Menschen an DMT2 erkrankt ⁽¹⁰⁾.

Früher wurde DMT2 verharmlosend oft als „Altersdiabetes“ bezeichnet. Die Prävalenz des DMT2 nimmt mit dem Lebensalter zu. Laut der DEGS1-Studie des RKI ⁽⁷⁾ liegt sie in der Altersgruppe der unter 50-Jährigen gering unter 5 %, in der Altersgruppe der 60- bis 69-Jährigen dagegen bei 13,8 % und bei den 70- bis 79-Jährigen bei 22 %. Inzwischen erkranken Menschen immer früher

an Diabetes mellitus Typ 2. Es besteht eine enge Verbindung zum Übergewicht. Die Anzahl der übergewichtigen Menschen in Deutschland ist sehr hoch, 59 Prozent der Männer und 37 Prozent der Frauen sind übergewichtig. In der Altersklasse der Berufstätigen ist Übergewicht oder Adipositas heutzutage so weit verbreitet, dass es keine Ausnahme mehr darstellt, sondern der Normalzustand ist. Männer sind besonders häufig zu dick: Am Ende ihres Berufslebens sind 74,2 Prozent übergewichtig. Bei den Frauen im gleichen Alter sind es 56,3 Prozent.

Immer öfter kommt es vor, dass auch bei übergewichtigen Kindern und Jugendlichen die Erkrankung diagnostiziert wird. Diabetes mellitus Typ 2 beginnt in der Regel schleichend, meist wird die Diagnose zufällig gestellt. Allzu oft, wenn bereits mikro- oder makrovaskuläre Komplikationen feststellbar sind. Diabetes mellitus Typ 2 ist durch eine verminderte Empfindlichkeit der Zellen für das Insulinsignal, die sogenannte Insulinresistenz, gekennzeichnet. Der Körper reagiert auf diese Situation mit einer passager erhöhten Insulinausschüttung, um diese Situation zu kompensieren. Im Verlauf dekompenziert das System und die verminderte Insulinwirkung führt dazu, dass Kohlenhydrate, z.B. Stärke aus Brot o.ä. oder Zucker nicht mehr richtig verarbeitet werden. Die Folge ist ein dauerhaft erhöhter Blutzuckerspiegel. Aufgrund der Folge- und Begleiterkrankung ist Diabetes mellitus eine gefährliche Erkrankung. Die chronisch erhöhten Blutzuckerspiegel können unbehandelt zu Schäden an Blutgefäßen und Nerven führen. Dies erhöht das Risiko für Begleit- und Folgeerkrankungen wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Nierenfunktionsstörungen, Schädigungen der Netzhaut und dem diabetischen Fuß-Syndrom. ⁽¹¹⁾

Es wird geschätzt, dass ca. 2 Millionen Menschen in Deutschland nicht wissen, dass sie Typ-2-Diabetiker sind ⁽⁷⁾. Eine ebenso große Anzahl Menschen in Deutschland hat Prädiabetes, d.h. eine unmittelbare Vorstufe der Diabetes mellitus Typ 2-Erkrankung. Die Zunahme des DMT2 ist zu einem großen Teil auf unsere Lebensgewohnheiten wie zu fettreiche und unausgewogene Ernährung sowie zu wenig Bewegung zurückzuführen. ⁽¹⁶⁾



2. Krankheitszeichen

Zu Beginn der Erkrankung bestehen häufig kaum wesentliche Beschwerden. Die Krankheitszeichen entwickeln sich oft sehr langsam und schleichend, so dass viele Menschen sich daran gewöhnen und Krankheitszeichen nur selten wahrnehmen. Klassische Krankheitszeichen des Diabetes sind vermehrter Durst, häufiges Wasserlassen, Müdigkeit, höhere Infektanfälligkeit, juckende Haut, Sehstörungen und manchmal schlecht heilende Wunden. Beeinflusst durch die Lebensgewohnheiten der betroffenen Personen, löst Diabetes am Anfang keine Schmerzen aus, sodass kein Leidensdruck entsteht. In einem schleichenden Prozess steigt der Blutzuckerspiegel über Jahre.

Die Krankheit wird häufig verschleppt und es entstehen dauerhaft erhöhte Blutglukosespiegel, die sich verstärken und schließlich zur Vorstellung beim Arzt führen. Der Diabetes mellitus Typ 2 tritt häufig gemeinsam mit anderen Erkrankungen wie Bluthochdruck, hohen Blutfettwerten und Übergewicht auf. Diese Kombination wird auch als Metabolisches Syndrom bezeichnet.

3 Begleiterkrankungen

Da der DTM2 oft schleichend beginnt, werden die Folgen von vielen Betroffenen oft erheblich unterschätzt. Diabetes kann die Lebensqualität deutlich beeinträchtigen und langfristig zu schwerwiegenden Begleiterkrankungen führen. Betroffen sind vor allem die Nerven- und Blutgefäße. Kleine und große Blutgefäße können geschädigt werden, als Folge entstehen u.a. Durchblutungsstörungen, z.B. in der Netzhaut des Auges, in den Nieren und Füßen. Diabetes ist die häufigste Ursache für Erblindung bei 20- bis 65-jährigen. Er kann zu chronischem Nierenversagen und einem diabetischen Fußsyndrom führen. Die Schäden an großen Blutgefäßen führen vermehrt zu Schlaganfällen und Herzinfarkten.

4. Diabetes-Risiko

Zuckerkrank zu werden, betrifft sehr viele Menschen in Deutschland. Ab einem Alter über 45 Jahre weist jeder Dritte eine gestörte Glukosetoleranz auf, ein Vorstadium der Zuckerkrankheit, das

später zum Diabetes mellitus führen kann. Bei den über 80-jährigen haben mehr als die Hälfte einen manifesten Diabetes mellitus.

Um eine Manifestation der Erkrankung zu verhindern, ist es wichtig, Personen mit einem erhöhten Risiko im Vorfeld zu erkennen und rechtzeitig mit der Prävention (Vorsorge) zu beginnen. Es gibt eine Reihe von Risikofaktoren, die das Auftreten des Diabetes und der damit verbundenen Begleit- und Folgeerkrankungen begünstigen und die zugleich frühzeitig erkennbar sind. Zu diesen gehören: Übergewicht, bauchbetonte Fettansammlungen (Taillenumfang), geringe körperliche Aktivität, Bluthochdruck, Rauchen, gestörte Blutfett-Werte, steigendes Alter, ein bestehender Diabetes (z.B. während der Schwangerschaft), eine erbliche Veranlagung, die zusätzlich zu erkennbaren genetischen Ursachen auch durch eine familiäre Häufung des Diabetes zum Ausdruck kommt. Je mehr Risikofaktoren vorliegen, umso größer ist die Wahrscheinlichkeit, zeitnah an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken ⁽¹⁶⁾.

5. Nicht-medikamentöse Therapie des Diabetes mellitus Typ 2

Zum Themenkreis der nichtmedikamentösen Therapie des Prädiabetes und des Typ-2-Diabetes gibt es eine Vielzahl randomisierter klinischer Studien: Da Quing-Studie, DPS, DPP und Predimed-Studie, MEDITA-, Counterpoint-, LookAHEAD-, Predimed- und DiRECT-Studie, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten der Erkrankung (Prädiabetes, neu manifestierter und schon länger manifester Typ-2-Diabetes) ansetzen. Die primären Endpunkte dieser Studien wurden seit 2002 publiziert. Ergebnisse von Nachbeobachtungen und Subanalysen werden jedes Jahr veröffentlicht ⁽¹⁴⁾.

Insgesamt ergibt sich, dass auf jeder Stufe der Typ-2-Diabetes-Erkrankungen nichtmedikamentöse Therapien ein erhebliches therapeutisches Potenzial haben, die metabolische Kontrolle zu optimieren und sogar vaskuläre Ereignisse zu verhindern oder zumindest zu verzögern. Bedauerlicherweise gibt es in Deutschland für derartige therapeutische Ansätze weder in der Ärzteschaft noch bei den Krankenkassen oder in der Gesundheitspolitik eine Lobby! ⁽¹⁴⁾



6. Epidemiologie des Diabetes Typ 2

Die Prävalenz des ärztlich diagnostizierten Diabetes mellitus in Deutschland liegt im europäischen Vergleich auf der Grundlage der verfügbaren Daten bislang im oberen Drittel, weltweit gesehen im Mittelfeld ⁽⁸⁾. Aktuelle Ergebnisse des Robert Koch-Instituts zeigen, dass bei insgesamt 7,2 % der Erwachsenen (4,6 Millionen) im Alter von 18 bis 79 Jahren ein Diabetes diagnostiziert wurde. Im Vergleich zum „Bundesgesundheitsurvey 1998“ ⁽²⁾, entspricht dies einer Prävalenzzunahme um etwa zwei Prozentpunkte. Pro Jahr gibt es etwa 300 000 Neuerkrankungen. Bei einem weiteren Anteil von 2,0 % der Erwachsenen muss von einem noch unentdeckten Diabetes ausgegangen werden. Nach derzeitigem Kenntnisstand sind ca. 90 % aller Diabeteserkrankungen dem Typ-2-Diabetes zuzuordnen ⁽¹⁷⁾.

7. Diabetes mellitus Typ 2 weltweit

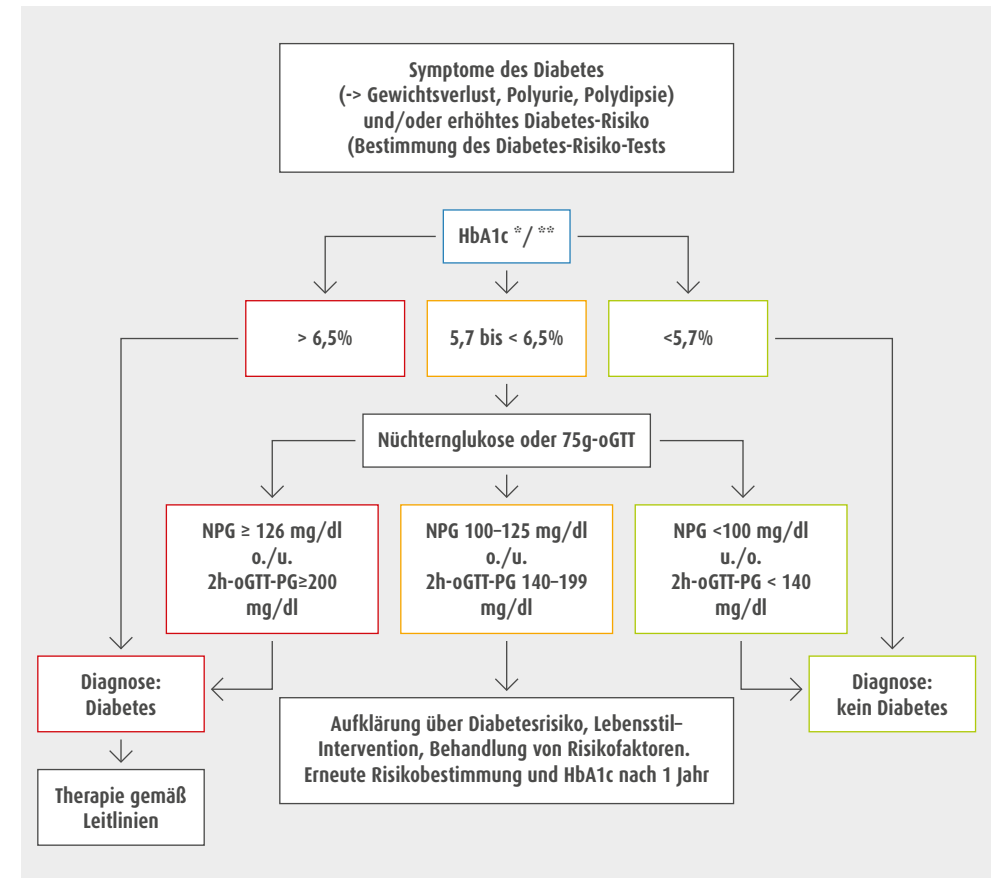
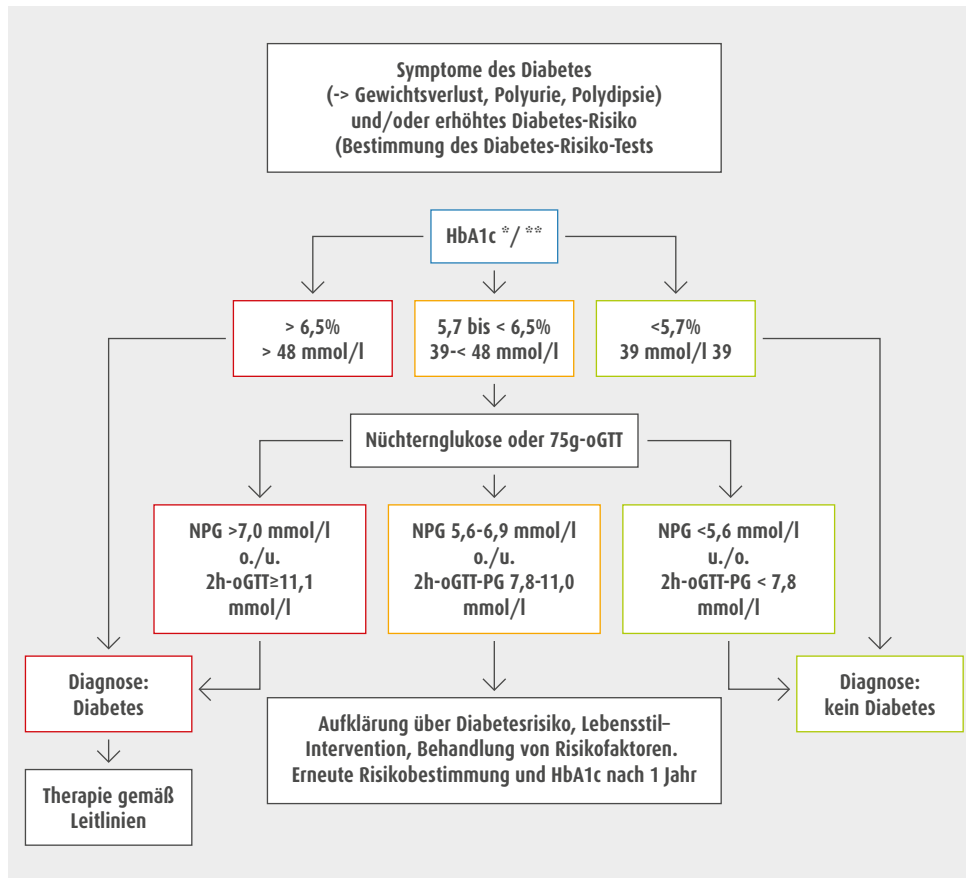
Weltweit waren 2015 schätzungsweise 424,9 Millionen Menschen an Diabetes mellitus erkrankt. Die Zuwachsraten sind seit Jahren vor allem in den industriell sich schnell entwickelnden Ländern in Asien und in Indien sehr hoch. Die Realität hat dabei bereits mehrfach die Prognosen der Gesundheitspolitiker überholt. Aktuell wird für das Jahr 2045 prognostiziert, dass es 628,6 Millionen Erkrankte geben wird. Weltweit würde damit jeder 11. Erwachsene Diabetiker sein. Die damit verbundene Morbidität und Mortalität der Erkrankung stellt die Gesundheits- und Sozialsysteme vor kaum zu bewältigende Herausforderungen. ⁽¹⁷⁾

8. Diagnostikschema

Wesentlich für die Diagnosestellung ist das Diagnostikschema aus den Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft von 2016 ⁽¹³⁾ (siehe Folgeseiten).



Praxisempfehlungen der Deutschen Diabetes Gesellschaft, Oktober 2015



* Bei Diabetes-Symptomen sofortige Glucosemessung

** Wenn eine Verfälschung des HbA1c Wertes zu erwarten ist, Primärdiagnose durch sofortige Glucosemessung



V



Grundlagenwissen Prävention und Gesundheitsförderung

Beim Dimini Projekt handelt es sich um ein Diabetes Präventionsprojekt. Ziel ist die Steigerung der Gesundheitskompetenz von Personen mit einem erhöhtem DTM2 Risiko.

In den nächsten Absätzen finden Sie ein wenig Grundlagentheorie zu Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitskompetenz.

1. Prävention

Der Begriff „Prävention“ bezeichnet die Vorbeugung von Krankheiten durch eine Verringerung und Vermeidung von Risikofaktoren. Durch Prävention soll der Gesundheitszustand von Menschen erhalten oder verbessert werden. Eine wirksame Prävention von Übergewicht und Diabetes Typ 2 durch mehr Bewegung, gesündere Ernährung und die Bewältigung von Stress kann gleichzeitig zu einem verminderten Risiko von bestimmten Krebs-, Herz-Kreislauf- und seelischen Erkrankungen führen.

Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention

Eine Primärprävention soll das Auftreten von Krankheiten verhindern, sowohl bei gesunden Menschen wie auch bei Risikogruppen oder Menschen ohne Erkrankungssymptome. Hierzu zählen Maßnahmen wie z.B. Schutzimpfungen, gesunder Lebensstil, Stress- und Suchtprävention. Hier lässt sich zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention unterscheiden.

Durch ein bestimmtes Verhalten kann die eigene Gesundheit positiv beeinflusst werden. Z.B. mit dem Rad statt mit dem Auto zur Arbeit oder zum Einkaufen zu fahren.

Ein gesundheitsriskantes Verhalten wäre u.a. Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Fehlernährung, Bewegungsmangel sowie ungesunder Umgang mit Stress. Hier setzt jetzt die Verhaltensprävention mit Maßnahmen wie Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsbildung, Coaching oder Psychotherapie an.

Die Verhältnisprävention hat eine gesundheitsfördernde Gestaltung der Umwelt zum Ziel. Um bei unserem Beispiel mit dem Radfahren zu bleiben: Der Ausbau von Radwegen zählt zur Verhältnisprävention, aber auch z.B. das Rauchverbot in Gaststätten oder das Anbieten gesunder Kost in Kantinen. ⁽¹²⁾

Durch die Sekundärprävention sollen Krankheiten möglichst früh erkannt, ihr Fortschreiten oder eine Chronifizierung erschwert oder verhindert werden. Maßnahmen sind hier z.B. die Darmkrebsvorsorge, Mammographie-Screenings oder die BZgA-Kampagne „Alkohol? Kenn dein Limit“. Auch das Dimini Projekt gehört hierher. Durch den Diabetes Risikotest sollen Menschen mit einem hohen Risiko für DMT2 aufgeklärt werden und durch einen gesünderen Lebensstil ihr Risiko senken können. Außerdem sollen bisher undiagnostizierte Diabetiker gefunden werden.

Ist ein Mensch bereits erkrankt, so zielt die sogenannte Tertiärprävention darauf ab, mögliche Rückfälle, Folgeerkrankungen und Komplikationen zu vermeiden. Das geschieht z.B. durch Rehabilitationsmaßnahmen. ⁽¹²⁾

Die Deutsche Diabetes Gesellschaft DDG hat Primärprävention und Früherkennung zu einem der 10 Handlungsfelder im Rahmen der Strategie Diabetologie 2025 erklärt ⁽⁴⁾ und fordert eine konsequente Verhältnisprävention entsprechend der Empfehlungen der WHO ⁽²¹⁾. Eine verbesserte Früherkennung und frühzeitige Therapie des Diabetes sind unverzichtbar.



2. Gesundheitsförderung

Während also die Prävention grundsätzlich die Entstehung von Krankheiten verhindern möchte, hat die Gesundheitsförderung das Ziel, die Gesundheit positiv zu fördern. Es gibt verschiedene Faktoren, die uns Menschen gesund halten.

Dazu zählen unter anderem eine gute sozioökonomische Lebenslage, gute Arbeitsplatzbedingungen, gute Wohnbedingungen, sauberes Wasser und saubere Luft, Zugang zu Bildung und sozialen Angeboten, ein gutes soziales Netzwerk und nicht zuletzt die persönlichen und psychischen Ressourcen jedes Einzelnen.

Eine Gesundheitsförderung setzt voraus, dass die Zielgruppen an der Veränderung beteiligt werden. Schließlich geht es um „ihren“ Lebensalltag. Ein notwendiges Grundprinzip ist also die Mitwirkung. Eine sinnvolle Strategie der Gesundheitsförderung ist das „Empowerment“, das bedeutet seine gesundheitlichen Bedürfnisse in die eigene Hand zu nehmen.

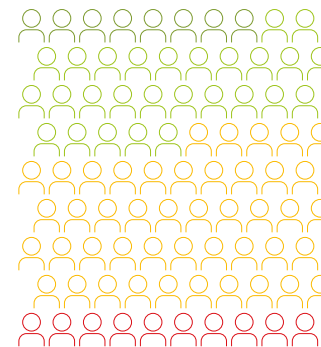
Das Patientenrechtegesetz

Im Februar 2013 ist das Patientenrechtegesetz (PRG) in Kraft getreten. Durch dieses Gesetz sind die Rechte von Patienten gegenüber den Leistungserbringern (Ärzten, Krankenkassen, MFAs, Apotheken) neu definiert und gestärkt. Sie sind nicht mehr nur vertrauende Kranke, sondern kritische Verbraucher. Hier soll eine Kommunikation auf Augenhöhe angestrebt werden. Diesem Anspruch wird unser Gesundheitssystem nicht immer gerecht, häufig fühlen sich Patienten verunsichert und alleine gelassen. Hier gilt es die Gesundheitskompetenz der Patienten zu erkennen und zu stärken. ⁽¹⁵⁾

3. Gesundheitskompetenz

Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ bezeichnet die Fähigkeit, gesundheitsrelevante Informationen zu finden, zu verstehen, zu bewerten und zu nutzen. Wie es um die Gesundheitskompetenz in Deutschland steht, wurde erstmals in der Studie Health Literacy Survey Germany untersucht. ⁽¹⁸⁾

„Die Ergebnisse zeigen erstmals, dass 54,3% einer Zufallsstichprobe der deutschen Bevölkerung eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz besitzen, also Schwierigkeiten haben, mit Gesundheitsinformationen umzugehen und sich im Gesundheitssystem zu bewegen“. ⁽¹⁸⁾



7 von 100 Deutschen haben eine exzellente Gesundheitskompetenz

38 von 100 Deutschen haben eine ausreichende Gesundheitskompetenz

45 von 100 Deutschen haben eine problematische Gesundheitskompetenz

10 von Deutschen haben eine inadäquate Gesundheitskompetenz

Quelle: ⁽¹⁸⁾



Gesundheitskompetenz lässt sich in drei Formen einteilen ⁽¹⁾:

- Funktionale Gesundheitskompetenz: Grundfertigkeiten wie Lesen und Schreiben sind vorhanden. Diese dienen dazu gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen. „Mein Arzt schreibt, dass ich fünfmal in der Woche 30 Minuten Spaziergehen soll.“
- Interaktive, kommunikative Gesundheitskompetenz: zusätzliche kognitive, soziale und kommunikative Fähigkeiten sind vorhanden wie das Sammeln von Informationen zu gesundheitsförderlichen Themen und der Austausch mit dem Arzt. „Kann ich stattdessen auch zweimal schwimmen gehen und nur dreimal Spaziergehen?“
- Kritische Gesundheitskompetenz: fortgeschrittene kognitive und soziale Fähigkeiten. Informationen zur Gesundheitsförderung können analysiert, Informationen vom Arzt durch Nachfragen verarbeitet und Gesundheitsinformationen aus dem Internet kritisch hinterfragt werden.

4. Förderung der Gesundheitskompetenz

In den folgenden Absätzen finden Sie Hinweise zum Erkennen von eingeschränkter Gesundheitskompetenz und einige Methoden zur Kommunikation.

Wie erkenne ich eine eingeschränkte Gesundheitskompetenz?

Viele Menschen versuchen, ihre Schwächen zu verbergen und zeigen nicht, dass sie etwas nicht verstanden haben. Das hat zur Folge, dass ihre Gesundheitskompetenz oft überschätzt wird. Hier gilt es, Signale zu erkennen.

Signale wahrnehmen

Folgende Aussagen können z.B. auf eine eingeschränkte Lese- und Schreibfähigkeit hinweisen.

- Formulare werden von Angehörigen gelesen oder bearbeitet.
- Verordnete Medikamente werden nicht mit Namen, sondern nach ihrem Aussehen beschrieben.

- Lückenhaftes oder inkorrektes Ausfüllen von Formularen
- „Ich habe meine Brille vergessen“
- „Die Schrift ist mir zu klein“ oder „ich möchte das zu Hause lesen“
- Auch ein unangemessenes Verhalten wie übertriebene Albernheit oder Verärgerung kann ein Anzeichen für eine mangelnde Gesundheitskompetenz sein.

Achtsam zuhören

Durch aktives Nachfragen kann man den Stand des Vorwissens erkennen. Gleichzeitig offenbart sich hierbei das Sprachniveau und der Umgang mit Informationen.

- Haben Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen medizinischer Formulare?
- Haben Sie Schwierigkeiten, schriftliche Informationen zu Gesundheitsthemen zu verstehen?
- Verstehen Sie alles, was der Arzt Ihnen sagt?

Ein guter Weg zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz ist es, Patienten zu ermutigen, Fragen zu stellen:

- Was ist mein Hauptproblem?
- Was muss ich tun?
- Warum ist es für mich wichtig, das zu tun?

5. Gesundheitskommunikation

„Passt es gerade?“ Einiges zu den Rahmenbedingungen

Für eine persönliche Beratung sind in erster Linie gute Rahmenbedingungen von Vorteil. Es sollte genügend Zeit für ein Gespräch vorhanden sein. Die Beratung sollte in einem freundlich gestalteten, geschlossenen Raum mit ruhiger Atmosphäre stattfinden, damit der Patient in seiner Privatsphäre nicht gestört und das Gespräch nicht unterbrochen wird. Vertrauliche Themen können besser angesprochen werden, wenn der Patient sich sicher fühlt. Eine gewisse räumliche Distanz zum Patienten ist gerade beim ersten Gespräch wichtig. Der Patient könnte sich bedrängt fühlen.



Insbesondere Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz sind möglicherweise verunsichert, haben Angst oder schämen sich. Daher ist es wichtig den Patienten freundlich und mit einer zugewandten empathischen Grundhaltung zu begegnen.

Klarer Vorteil durch gute Vorbereitung

Wenn möglich, ist eine Vorbereitungszeit von Vorteil. Falls der Patient schon bekannt ist, können vergangener Verlauf und Eintragungen z.B. Notizen, Laborwerte, Ziele vom letzten Mal hilfreich sein, an das letzte Gespräch anzuknüpfen. So kann der Berater besser auf den Patienten eingehen. Der Patient merkt schnell, ob Interesse an ihm, seiner Situation und Bedürfnissen besteht. Dies sind die ersten Schritte in ein Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Berater.

Das Vertrauensverhältnis, das sich gerade auch zwischen Hausarzt/MFA und Patient befindet, ist eine wichtige Grundlage, um die Patienten auf ihr Gesundheitsverhalten anzusprechen. Gerade im Rahmen von Vorsorgen und Untersuchungen lassen sich Fragestellungen zur Lebensführung sowie gesundheitsschädlichen Verhaltens wie z.B. Fehlernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, risikoreicher Sex oder übermäßiger Alkoholkonsum thematisieren. Hierbei kommt es sehr auf das Vertrauensverhältnis und die Art und Weise der Kommunikation an.

Offene und geschlossene Fragen

Zu Beginn des Gesprächs kann durch sogenannte offen gestellte „Alltagsfragen“ wie z.B.

- › „Sind Sie gut hergekommen?“
- › „Wo haben Sie eine Parkmöglichkeit gefunden?“

dem Patienten erste Hemmungen genommen werden – die erste Hürde vor einem Gespräch. Durch Verwendung von offenen Fragen kann der Gesprächspartner besser ins Erzählen gebracht werden.

Geschlossene Fragen wie z.B.

- › „Sind sie damit einverstanden?“
- › „Können Sie Termin um 8 Uhr wahrnehmen?“

kann der Patient nur mit ja oder nein beantworten. Hier lassen sich Aussagen besser konkretisieren.

Empathie und Wertschätzung

Wir können einem Menschen unsere Wertschätzung und Empathie mit Worten, aber auch mit unserer Körpersprache zeigen. Durch Blickkontakt, zustimmendes Kopfnicken, zugewandter Körperhaltung und zustimmende Äußerungen („Ja“, „Ich verstehe Sie“, „Genau“...) vermitteln wir unsere positive Aufmerksamkeit.

Dem Patienten sollte genügend Zeit zum Erzählen zur Verfügung stehen. Hier ist es wichtig den Patienten wertzuschätzen; einen Menschen so anzunehmen, wie er ist, also mit all seinen Fehlern und Problemen.

Beispiele für eine positive Motivation

- Danke, dass Sie mir von Ihrer Situation erzählt haben. Ich bin beeindruckt wie Sie mit ihrer Lebenslage umgehen.
- Ich danke Ihnen für Ihre Schilderung. Nicht jeder hätte den Mut so offen zu sein.
- Ich verstehe Ihre Lage. Gerne möchte ich Sie in Ihrer Situation begleiten.

Aktives Zuhören und wiederholt gezielte Fragen stellen, lässt den Patienten spüren, dass der Gesprächspartner versucht, einen genauen Überblick über seine Situation zu erlangen. Durch die Gesprächstechnik des Spiegels nimmt der Berater die Perspektive des Patienten ein, indem er das Gesagte mit eigenen Worten wiederholt.



Beispiel für das Spiegeln:

- Habe ich Sie richtig verstanden ...
- Meinten Sie das so ...
- Sie sagten gerade, dass ...

So nähern Sie sich ihrem Gesprächspartner an und unterhalten sich auf einer Ebene.

Beim **Verbalisieren** versucht man, die Gedanken und Gefühle des Gesprächspartners in Worte zu fassen:

- Sie wirken sehr verärgert, wenn Sie das so erzählen...
- Ich kann mir gut vorstellen, dass Sie sehr besorgt sind...
- Es klingt als berührt Sie das sehr...
- Es erscheint mir, als wenn Sie sich nicht wohl fühlen...

Wissensvermittlung

Durch die Auswertung des FINDRISK-Test ist es direkt möglich, den Teilnehmern ihr persönliches Risiko, innerhalb der nächsten 10 Jahre an DMT2 zu erkranken mitzuteilen. So kann die betreffende Person direkt ein Risikobewusstsein entwickeln.

Wissen und Können der Patienten sind sehr unterschiedlich. Daher muss der Berater sich auf ihn einstellen, damit der Patient nicht überfordert wird.

- Langsam und deutlich Sprechen
- Kurze und einfache Sätze bilden
- Vorwissen abfragen
- Alltagssprache statt Fachbegriffe verwenden
- Zahl der Botschaften begrenzen
- Schriftliche Informationen und visuelle Medien einsetzen (Bilder, Grafiken, Videos)
- Wichtige Punkte betonen und wiederholen
- Teach-Back Methode

Teach-back bedeutet „zurückklären“. Lassen Sie Ihren Gesprächspartner die Inhalte nochmal in eigenen Worten wiedergeben: „Um sicherzugehen, dass ich Ihnen auch alles gut erklärt habe, würde ich gerne nochmal die wichtigsten Punkte mit Ihnen durchgehen. Können Sie sich noch erinnern, welche für Sie geeigneten Maßnahmen wir besprochen haben?“

Die Zielvereinbarung:

Die Dimini Teilnehmer vereinbaren zusammen mit ihrer Hausärztin/ihrem Hausarzt die Gesundheitsziele während der Lebensstilintervention. Sinnvoll im Sinne der Diabetesprävention ist ein Gewichtsverlust von ca. 5%, eine Verringerung des Taillenumfanges um 5% und eine Steigerung der Bewegung auf mindestens 150 Minuten pro Woche. ⁽³⁾

Zur Unterstützung können offene Fragen gestellt werden wie z.B:

- Wie könnte ein langfristiges Ziel aussehen; wie kurzfristige Ziele, sogenannte Zwischenziele?
- Was erhoffen Sie sich Positives davon? (z.B. bessere Laborwerte, Beweglichkeit, Aussehen)
- Wie könnten Sie das Ziel umsetzen? (z.B. mehr bewegen, abends weniger Süßigkeiten)
- Wie könnten Sie sich belohnen, wenn sie ein Zwischenziel erreicht haben? (z.B. ein Besuch bei einer Kosmetikerin, ein Kinobesuch)

Bei der Planung der Maßnahmen sollte nicht zu viel Druck aufgebaut werden. Druck erzeugt Gegendruck. Nur der Patient selbst kennt sich am besten, seinen Alltag und seine Fähigkeiten; und weiß damit auch, was machbar ist und umgesetzt werden kann. ⁽¹⁸⁾

Gesundheitsförderliche Handlungen sollen lange aufrechterhalten werden und auch nach Rückschlägen wiederhergestellt werden. Das bedeutet, dass die Möglichkeit eines Rückfalls bedacht werden muss, vorausschauend werden Pläne für kritische Situationen erarbeitet. Durch die Follow-up Termine wird eine kontinuierliche Abfrage der Ergebnisse sichergestellt. Es besteht die Möglichkeit Coaching Termine zwischen den Follow-up Terminen zu vereinbaren.



VI

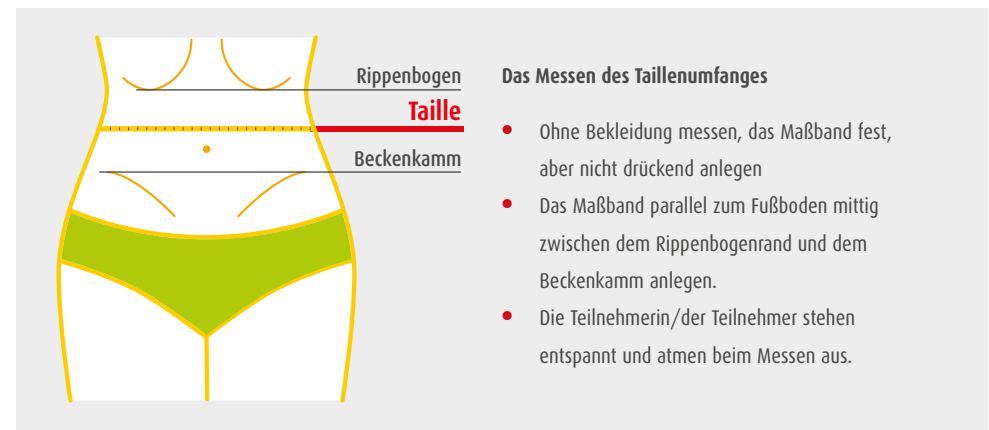


Der Diabetes Risikotest

Risiko Fragebogen (FINDRISK-Test)

Entscheidend für die Prävention von Diabetes mellitus Typ 2 ist die schnelle und einfache Identifikation der Risikopersonen. Hierfür wurde in Finnland der FINDRISK (Finnish Diabetes Risk Score) Fragebogen entwickelt und erfolgreich eingesetzt. Dieser Fragebogen wurde mittlerweile den deutschen Verhältnissen z.B. unterschiedliche Ernährungs- und Lebensgewohnheiten, angepasst. ⁽¹⁹⁾

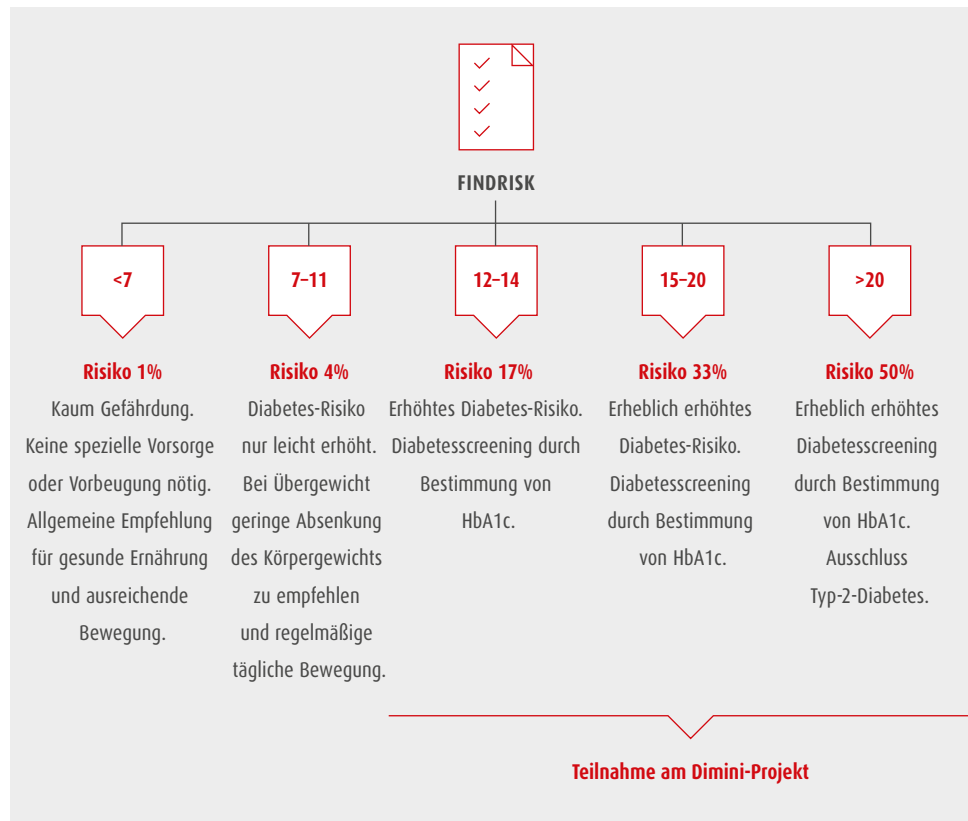
Anhand von acht Fragen wird ein Summenscore ermittelt, der Aufschluss über das Diabetesrisiko gibt. Mit dem BMI (Body-Mass-Index) wird eine Vermehrung des Körperfettes über das Normalmaß hinaus bestimmt. Allerdings kann mit dem BMI zwar das Ausmaß, aber nicht die Verteilung des Fettes gemessen werden. Diese ist für das Diabetesrisiko relevant, da insbesondere das viszerale Fett (Bauchfett) zur Diabetesentstehung beiträgt. Daher ist der Taillenumfang neben dem BMI ein wichtiges ergänzendes Maß zur Ermittlung des Diabetesrisikos.





Anhand des ausgefüllten Fragebogens wird der FINDRISK-Test auf der sicheren Web-Plattform (www.ekvsh.de) nach dem Einloggen ausgefüllt. Es wird sofort ein Ergebnis in Form eines Summenscores (Score) angezeigt, das als PDF gespeichert werden kann und auch für den Probanden ausgedruckt werden kann. Aus dem Score des FINDRISK-Test lässt sich das Risiko, innerhalb der nächsten 10 Jahre DMT2 zu entwickeln, abschätzen:

Bei Dimini nehmen Personen teil, deren FINDRISK-Test mindestens einen Risikoscore von 12 ergibt und die somit ein erhöhtes Diabetesrisiko aufweisen.





VII



Lebensstilintervention mit dem Dimini Startset

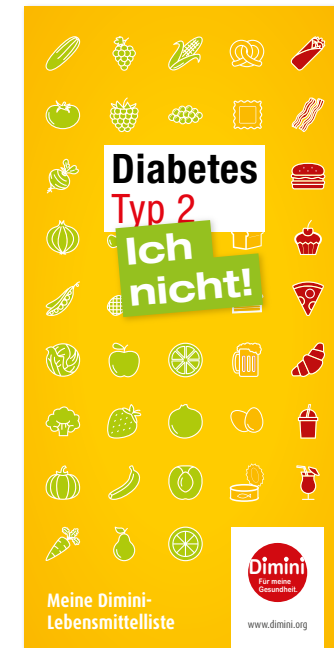
Viele Studien sind zur Diabetesprävention durchgeführt worden. Die Ergebnisse variieren nur wenig, was die Senkung des Diabetes Typ 2 Risikos durch eine Lebensstilintervention angeht. In der finnischen Diabetes Prevention study, die eine der bekanntesten auf diesem Gebiet ist, ergab sich eine Risikominderung von bis zu 58% ⁽²⁰⁾ allein durch gesündere Ernährung und mehr Bewegung.

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe (IG) werden bei dieser Lebensstilveränderung durch die Nutzung des Startsets und durch die regelmäßig stattfindenden Kontrollbesuche in der Hausarztpraxis unterstützt. Gemeinsam werden folgende Ziele vereinbart: Ein Gewichtsverlust von 5-7% innerhalb eines Jahres, Reduktion des Taillenumfanges um 5-7% und 30 Minuten zusätzliche Bewegung an mindestens 5 Tagen in der Woche.

Das Startset

Jeder Teilnehmer der IG erhält ein Startset in Papierform. Darin enthalten sind:

- Ein Schrittzähler (Pedometer)
- Ein Fitnessband mit Übungsanleitungen
- Ein Maßband zur Messung des Taillenumfanges
- Das Dimini Tagebuch
- Die Dimini Lebensmittelliste
- Der Dimini Leitfaden





Im Leitfaden wird genau beschrieben, wie das Tagebuch zu führen und die Lebensmittelliste zu nutzen sind. Hier wurde großen Wert auf leichte Verständlichkeit gelegt. Es wird auf den Zusammenhang von Übergewicht und Diabetesrisiko eingegangen und es gibt viele Tipps zu Bewegung und gesunder Ernährung.

Bei diesen Tipps haben wir uns unter anderem an den Nationalen Empfehlungen für Bewegung und Bewegungsförderung und an den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung orientiert. Für die Zielvereinbarung wurde auch die Leitlinie zur Adipositasprävention hinzugezogen.

Die DiP - APP



Diabetes Prävention

Auf Wunsch können die Teilnehmer der IG auch eine App für mobile Endgeräte nutzen. Diese App heißt DiP= Diabetes Prävention und ist in Zusammenarbeit mit der Deutschen Diabetesstiftung entwickelt worden. Die App ist im Vergleich zur Papierversion umfangreicher, was die Inhalte und Features angeht. Aber genau wie in der Papierversion ist das regelmäßige Eintragen von aufgenommener Nahrung und dem Energieverbrauch durch zusätzliche Bewegung notwendig.

Die Teilnehmer können ihrem Hausarzt einen Einblick in die erfassten Daten der App gewähren. Dafür senden sie per Email einen Zugangscode an die Arztpraxis, welche dann auf der folgenden Webseite die Daten einsehen lässt: www.dip-daten.de

Ihre Praxis erhält entsprechende Karten mit einem Freischaltcode, damit können die Teilnehmer die App im Appstore herunterladen und kostenfrei nutzen.



VIII



Handlungsfelder Prävention

Im Leitfaden Prävention des GKV-Spitzenverbandes sind verschiedene Handlungsfelder festgelegt, unter anderem zu

Bewegungsgewohnheiten:

Ziel: Reduzierung von Bewegungsmangel durch gesundheitssportliche Aktivität, Vorbeugung und Reduzierung spezieller gesundheitlicher Risiken durch geeignete verhaltens- und gesundheitsorientierte Bewegungsprogramme

Rezept für Bewegung

Die Grundidee für das Projekt Rezept für Bewegung beruht darauf, dass Ärztinnen und Ärzte schon heute bei vielerlei Beschwerden Bewegung verschreiben würden, aber die notwendigen Instrumente und Informationen dazu fehlen. Der im Praxisalltag häufig mündlich formulierten Aufforderung „Sie sollten sich mehr bewegen“ wird mit dem Rezept für Bewegung schriftlich mehr Nachdruck verliehen.

Sie erhalten die Informationen hierzu über die Webseiten der Landessportverbände Schleswig-Holstein und Hessen, siehe Webadressen.

Ernährung:

- › Ziel: Vermeidung von Mangel und Fehlernährung
- › Vermeidung und Reduktion von Übergewicht
- › Übersichten zu den zertifizierten Kursen finden Sie auf den Internet-Seiten der Krankenkassen (siehe Webadressen).

Beispiele für zertifizierte Kurse zum Thema Ernährung:

- PRAEDIAS „Prävention des Diabetes - selbst aktiv werden!“
- ICH nehme ab – Das Erfolgsprogramm der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. zum Abnehmen und Wohlfühlen



IX

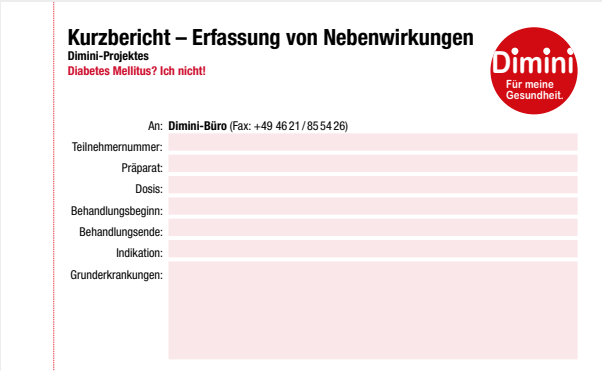
Meldung unerwünschter Arzneimittelwirkungen

Mit Dimini soll die Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Diabetes mellitus Typ 2-Risiko gesteigert werden. Auch wenn bei der Intervention kein Arzneimittel zum Einsatz kommt, ist bei der Durchführung der Studie auf die akkurate Handhabung etwaiger Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen entsprechend der Berufsordnung zu achten.

Dimini ist keine Studie, bei der Medikamente eingesetzt oder geprüft werden. Die Ethikkommission der Ärztekammer Schleswig-Holstein hat die erforderliche Beratung nach § 15 der Ärztlichen Berufsordnung durchgeführt. Selbstverständlich wird es aber vorkommen, dass Teilnehmer (w/m) der Interventionsgruppe und der Kontrollgruppe auf Grund anderweitiger Gesundheitsprobleme Medikamente einnehmen.

Sollte es bei Dimini-Teilnehmern der IG oder KG zu jedweder unerwünschten Arzneimittelwirkung (UAW) kommen, so muss diese gemeldet werden.

Hierfür steht ein spezieller zweiseitiger Meldebogen zur Verfügung, siehe auch Anhang S. 48–51:



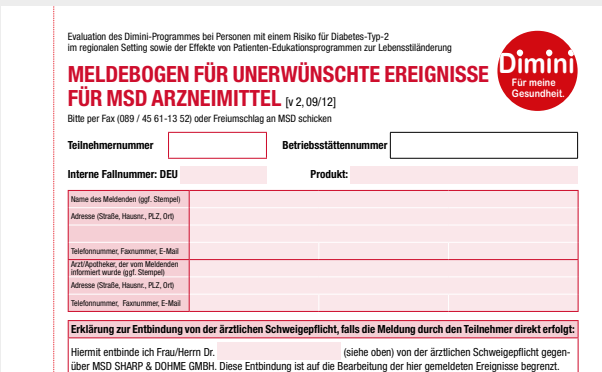
Kurzbericht – Erfassung von Nebenwirkungen
 Dimini-Projekt
 Diabetes Mellitus? Ich nicht!

Dimini
Für meine Gesundheit.

An: **Dimini-Büro** (Fax: +49 4621/85 54 26)

Teilnehmernummer: _____
 Präparat: _____
 Dosis: _____
 Behandlungsbeginn: _____
 Behandlungsende: _____
 Indikation: _____
 Grunderkrankungen: _____

Sollten UAW im Zusammenhang mit Medikamenten auftreten, die durch den Dimini-Kooperationspartner MSD hergestellt sind, so ist zusätzlich dieser Bogen auszufüllen:



Evaluation des Dimini-Programmes bei Personen mit einem Risiko für Diabetes-Typ-2 im regionalen Setting sowie der Effekte von Patienten-Edukationsprogrammen zur Lebensstiländerung

MELDEBOGEN FÜR UNERWÜNSCHTE EREIGNISSE FÜR MSD ARZNEIMITTEL [v.2, 09/12]
 Bitte per Fax (089 / 45 61-13 52) oder Freiumschlag an MSD schicken

Dimini
Für meine Gesundheit.

Teilnehmernummer: _____ Betriebsstättennummer: _____

Interne Fallnummer: DEU _____ Produkt: _____

Name des Meldenden (ggf. Stempel)	
Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)	
Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail	
Arzt/Apotheker, der vom Meldenden informiert wurde (ggf. Stempel)	
Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)	
Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail	

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, falls die Meldung durch den Teilnehmer direkt erfolgt:
 Hiermit entbinde ich Frau/Herrn Dr. _____ (siehe oben) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber MSD SHARP & DOHME GMBH. Diese Entbindung ist auf die Bearbeitung der hier gemeldeten Ereignisse begrenzt.



X



Quellen

- ⁽¹⁾ **Abel, Thomas:** Publik Health. Sozial- und Präventionsmedizin Kompakt. Egger, Matthias (Hrsg.): 2. Auflage. Göttingen: de Gruyter 2014, S. 149-150
- ⁽²⁾ **Bellach, B.M.:** Der Bundes-Gesundheitssurvey 1998 Gesundheitswesen 61 (1999) Sonderheft 2 S55-S56 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York
- ⁽³⁾ **Deutsche Adipositas-Gesellschaft (DAG) e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG), Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) e.V., Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) e.V.,** Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“
- ⁽⁴⁾ **Deutsche Diabetes Gesellschaft** Diabetologie 2025 - 10 Strategische Handlungsfelder, www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Praxisleitlinien/2016/dus_2016_S2_Supplement_Praxisempfehlungen_Landgraf_Therapie_des_Typ-2-Diabetes_Online-PDF.pdf
- ⁽⁵⁾ **G-BA Richtlinie** Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Gesundheitsuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten (Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie) Stand: 21. Juli 2016 www.g-ba.de/informationen/richtlinien/10/>2017-07-17
- ⁽⁶⁾ **G-BA Projektbeschreibung.** innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/dimini-aktivierung-der-gesundheitskompetenz-von-versicherten-mit-erhoehtem-risiko-fuer-diabetes-mellitus-typ-2-mittels-coaching-in-der-vertragsarztpraxis-dimini-diabetes-mellitus-ich-nicht.98
- ⁽⁷⁾ **Gößwald, A, et al:** DEGS: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, Bundesgesundheitsbl 2012 · 55:775-780 · DOI 10.1007/s00103-012-1498-z, Springer-Verlag 2012
- ⁽⁸⁾ **Heidemann C, Du Y, Paprott R, Haftenberger M, Rathmann W, Scheidt-Nave C:** Temporal changes in the prevalence of diagnosed diabetes, undiagnosed diabetes and prediabetes: findings from the German Health Interview and Examination Surveys in 1997-1999 and 2008-2011; Diabetes Care 2016; 39: 1631-1634
- ⁽⁹⁾ **Hirschhausen -von, Eckardt:** „Menschen brauchen Menschen“. Schleswig-Holstein am Wochenende, Im Gespräch 23.12.2017, SHZ-Verlag
- ⁽¹⁰⁾ **IDF-Atlas**, 8. Auflage, 2017
- ⁽¹¹⁾ **Jacobs, E. Rathmann, W.** Epidemiologie des Diabetes in Deutschland, S. 9-22 Gesundheitsbericht Diabetes 2018
- ⁽¹²⁾ **Leppin, Anja:** Konzepte und Strategien der Prävention. In: Hurrelmann, Klaus (Hrsg): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. 4. Vollständig überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber 2014, S. 36-43
- ⁽¹³⁾ **Landgraf, R (2016):** Diabetes Empfehlung der DDG/DGIM. Therapie des Diabetes Typ 2. www.deutschediabetesgesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Praxisleitlinien/2016/dus_2016_S2_Supplement_Praxisempfehlungen_Landgraf_Therapie_des_Typ-2-Diabetes_Online-PDF.pdf> 2017-07-17
- ⁽¹⁴⁾ **Martin, S.:** Nichtmedikamentöse Therapie bei Prädiabetes und Typ-2 Diabetes, Diabetologie Springer, 2017·13:322-330
- ⁽¹⁵⁾ **Patientenrechtegesetz (PRG)** vom 26. Februar 2013 www.patienten-rechte-gesetz.de/bgb-sgbv/
- ⁽¹⁶⁾ **Petersen, Carsten:** aha! ® – ab heute anders! Prävention des Typ-2-Diabetes im hausärztlichen Alltag. In: Diabetes aktuell (2015) Heft 13, S. 22-26



- ⁽¹⁷⁾ **RKI 2017.** Diabetes mellitus. Robert Koch Institut
www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Chronische_Erkrankungen/Diabetes/Diabetes_node.html < 2017-07-13
- ⁽¹⁸⁾ **Schmidt-Kahler, Sebastian 2017.** Schmidt-Kahler, Sebastian; Vogt, Dominik; Berens, Eva-Maria; Schaeffer, Doris: Gesundheitskompetenz. Verständlich informieren und beraten. Material- und Methodensammlung zur Verbraucher- und Patientenberatung für Zielgruppen mit geringer Gesundheitskompetenz. www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methodensammlung.pdf 2017-07-13
- ⁽¹⁹⁾ **Schuppenies A, Jacobey H, Bornstein S, Schwarz P.** (2006). FINDRISK - Development of a questionnaire to estimate the risk of diabetes. ERNÄHRUNGS-UMSCHAU. 53. 386.
- ⁽²⁰⁾ **Tuomilehto J, et al,** Prevention of type 2 DM by changes of lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance N Engl J Med 2001; 344:1343-50
- ⁽²¹⁾ **WHO;** Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nichtübertragbarer Krankheiten (2012–2016); 2012



Weiterführende Informationen

Bundesgesundheitsministerium: www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/diabetes.html

Deutsche Adipositas Gesellschaft: www.adipositas-gesellschaft.de/fileadmin/PDF/Leitlinien/050-001I_S3_Adipositas_Praevention_Therapie_2014-11.pdf

Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG): www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/home.html

Diabetesbericht Schleswig-Holstein: www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/drucks/0600/drucksache-18-0694.pdf

Diabetesbericht Schleswig-Holstein: www.landtag.ltsh.de/infothek/wahl18/drucks/4800/drucksache-18-4859.pdf

Dimini KVSH 2017. Diabetes Präventionsprojekt Dimini.
www.kvsh.de/KVSH/index.php?StoryID=997 2017-07-13

Film Gesundheitskompetenz: www.youtube.com/watch?v=xlxGil-bnmg&feature=youtu.be

Gesundheitskompetenz 2017: www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Material-_und_Methodensammlung.pdf 2017-07-13

Petersen, Carsten: *aha! ab heute anders. Gesünder leben - Diabetes vorbeugen.*
<www.ab-heute-anders.de/home.html> 2017.08.10

Präventionsleistungen der Krankenkassen: www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/online-ratgeber-krankenversicherung/medizinische-versorgung-und-leistungen-der-krankenversicherung/praevention.html

Pressemitteilung KVSH. Dethlefsen, Marco. Erfolgreiche Bewerbung: Diabetes -Präventionsprojekt Dimini erhält Förderung des Innovationsfonds. <www.kvsh.de/KVSH/index.php?StoryID=997> 2017-07-17

Was tun damit ich gesund bleibe? Empfehlungen der DDS.
www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Praxisleitlinien/2016/dus_2016_S2_Supplement_Praxisempfehlungen_Landgraf_Therapie_des_Typ-2-Diabetes_Online-PDF.pdf

Webadressen

www.ab-heute-anders.de

www.arbeitsagentur.de

www.barmer.de

www.dak.de

www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de

www.dgpr.de/home

www.diabetesstiftung.de

www.dimini.org

elearning.dimini.kvsh.de

[www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/
krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/
praevention/praevention_leitfaden/2017_3/Leitfaden_
Pravention_12-2017_P170262_final_V.pdf](http://www.gkvspitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention__selbsthilfe__beratung/praevention/praevention_leitfaden/2017_3/Leitfaden_Praevention_12-2017_P170262_final_V.pdf)

www.hessen.aok.de

inavberlin.wordpress.com

www.kvhessen.de

[www.kvhessen.de/fuer-unsere-mitglieder/qualitaet/
hzv-und-sonstige-vertraege/dimini-diabetes-praeventionsprojekt/](http://www.kvhessen.de/fuer-unsere-mitglieder/qualitaet/hzv-und-sonstige-vertraege/dimini-diabetes-praeventionsprojekt/)

www.kvsh.de

www.kvsh.de/KVSH/index.php?StoryID=1030

www.nordwest.aok.de

www.tk.de

Rezept für Bewegung:

www.landessportbund-hessen.de

www.lsv-sh.de

Präventionskurse nach § 20 SGB V:

nordwest.aok.de/inhalt/gesundheitskurse

hessen.aok.de/landingpages/gesundheitsangebote

heaok.zentrale-pruefstelle-praevention.de/kurse

[www.barmer.de/leistungen-beratung/leistungen/leistungen-
a-z/gesundheitskurse-9796](http://www.barmer.de/leistungen-beratung/leistungen/leistungen-a-z/gesundheitskurse-9796)

www.dak.de/dak/leistungen/praeventionskurs-suche-1352238.html

[www.tk.de/techniker/service/leistungen-und-mitgliedschaft/
leistungen/praevention/gesundheitskurse-2000912](http://www.tk.de/techniker/service/leistungen-und-mitgliedschaft/leistungen/praevention/gesundheitskurse-2000912)

Dimini-Webanwendung

Zur Durchführung von Dimini in Ihrer Praxis müssen Sie sich in der Dimini-Webanwendung registrieren.

Die Dimini-Webanwendung erreichen Sie im KV-Safenet über folgenden Link: **dimini.ekvsh.kv-safenet.de**



Formulare

- Pharmakovigilanz, Kurzbericht Erfassung von Nebenwirkungen (Seite 1+2)
- Meldebogen für unerwünschte Ereignisse für MSD Arzneimittel (Seite 1+2)

Kurzbericht – Erfassung von Nebenwirkungen

Dimini-Projektes

Diabetes Mellitus? Ich nicht!



An: **Dimini-Büro** (Fax: +49 46 21 / 85 54 26)

Teilnehmernummer:

Präparat:

Dosis:

Behandlungsbeginn:

Behandlungsende:

Indikation:

Grunderkrankungen:

**Beobachtete
Nebenwirkung(en):**

**Datum
des Auftretens:**

**Kausalzusammenhang
(Einstufung des berichtenden
Arztes/Apothekers):**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Krankenhauseinweisung:

Ja Nein

Lebensbedrohlich:

Ja Nein

Arzneimittel abgesetzt:

Ja Nein

Nebenwirkung(en) abgeklungen:

Ja Nein

Kommentar:

Kurzbericht – Erfassung von Nebenwirkungen

im Rahmen des Dimini-Projektes

Diabetes Mellitus? Ich nicht!



Patient/in

Patienten-Initialen: Vorname Nachname

weiblich männlich

Geburtsdatum:

Alter:

Meldender Arzt/Apotheker: Herr Frau

Name:

Praxis/Klinik/Apotheke:

Straße:

PLZ Ort:

Tel.-Nr.:

Fax:

Information von Ärztin/Arzt, Apotheker/in erhalten: (Datum)

Meldung weitergeleitet: (Datum)

Bitte sofort an das Dimini-Büro weiterleiten:

Fax: +49 46 21 / 85 54 26

E-Mail: info@dimini.net



MELDEBOGEN FÜR UNERWÜNSCHTE EREIGNISSE FÜR MSD ARZNEIMITTEL [v 2, 09/12]

Bitte per Fax (089 / 45 61-13 52) oder Freiumschlag an MSD schicken

Teilnehmernummer

Betriebsstättennummer

Interne Fallnummer: DEU

Produkt:

Name des Meldenden (ggf. Stempel)			
Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)			
Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail			
Arzt/Apotheker, der vom Meldenden informiert wurde (ggf. Stempel)			
Adresse (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)			
Telefonnummer, Faxnummer, E-Mail			

Erklärung zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht, falls die Meldung durch den Teilnehmer direkt erfolgt:

Hiermit entbinde ich Frau/Herrn Dr. (siehe oben) von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber MSD SHARP & DOHME GMBH. Diese Entbindung ist auf die Bearbeitung der hier gemeldeten Ereignisse begrenzt.

Teilnehmername:

Datum:

Unterschrift:

Patienteninitialen (Vorname / Nachname) bzw. Patienten-Nr. (Evaluation)	Geburtsdatum/Alter	Geschlecht (m/w)	Gewicht (kg)	Größe (cm)	Schwangerschaft (Ja / Nein)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verdächtige Arzneimittel/Medizinprodukte	Dosis/Dosisschema	Indikation	Therapiebeginn	Therapieende
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Unerwünschte(s) Ereignis(se)	Datum des Auftretens	Kausalzusammenhang mit Arzneimittel/ Medizinprodukt (a)	Maßnahmen bezüglich Arzneimittel/ Medizinprodukt (b)	Aktueller Patientenstatus (c)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Auslass- und Reexpositionversuch

Ist das/sind die unerwünschte(n) Ereignis(se) nach Dosisreduzierung, Therapieunterbrechung bzw. -abbruch abgeklungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="text"/>
Ist/sind nach erneuter Einnahme/Applikation des Verdachtsprodukts das/die gleiche(n) unerwünschte(n) Ereignis(se) aufgetreten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche? <input type="text"/>

- (a) 1 = Ja
2 = Nein
3 = Nicht zu beurteilen

- (b) 1 = Dosis reduziert
2 = Dosis erhöht
3 = Therapie unterbrochen
4 = Therapie unverändert weitergeführt
5 = nicht zutreffend
6 = unbekannt
7 = Therapie beendet

- (c) 1 = Tod
2 = nicht wiederhergestellt
3 = wiederhergestellt
4 = wiederhergestellt mit Folgeschaden
5 = Zustand verbessert
6 = unbekannt



MELDEBOGEN FÜR UNERWÜNSCHTE EREIGNISSE FÜR MSD ARZNEIMITTEL [v 2, 09/12]

Bitte per Fax (089 / 45 61-13 52) oder Freiumschlag an MSD schicken

Interne Fallnummer: DEU

Produkt:

Begleittherapien zum Zeitpunkt des Ereignisses	Dosis/Dosisschema	Indikation	Therapiebeginn	Therapieende
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vor- und Begleiterkrankungen	Erstdiagnose / bestehend seit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Besonderheiten in der Anamnese (z. B. Nikotin, Alkohol, Allergien, Implantate usw.), Labordaten, diagnostische Maßnahmen.
Falls vorhanden, bitte anonymisierte Befunde beilegen.

Folgende Merkmale stufen Ereignisse als **schwerwiegend** ein:
Bitte nur ankreuzen, wenn das/die Ereignis(se) als schwerwiegend erachtet wird/werden.

Missbrauch <input type="checkbox"/>	Angeborene Missbildung <input type="checkbox"/>	Überdosierung <input type="checkbox"/>
Neoplasie <input type="checkbox"/>	Medizinisch signifikant <input type="checkbox"/>	Unmittelbare Lebensgefahr <input type="checkbox"/>
Bleibende / schwerwiegende Behinderung / Beeinträchtigung <input type="checkbox"/>	, <input type="checkbox"/>	(falls ja, welche?) <input type="checkbox"/>

Hospitalisierung <input type="checkbox"/>	von: <input type="text"/>	bis: <input type="text"/> wo: <input type="text"/>
Verlängerung einer stationären Behandlung notwendig <input type="checkbox"/>		

Tod <input type="checkbox"/>		
Todesdatum: <input type="text"/>	Todesursache: <input type="text"/>	

Falls vorhanden, bitte Krankenhausbericht und/oder Autopsieergebnisse beilegen (bitte anonymisieren!):

Alle auf diesem Meldebogen angegebenen patienten- und arzt-/apothekerbezogenen Daten werden gemäß den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) vertraulich behandelt. Die Daten werden – zur Durchführung der Verpflichtungen der MSD SHARP & DOHME GMBH gemäß Arzneimittelgesetz (AMG) – lokal personenbezogen und innerhalb des Konzerns anonymisiert gespeichert, verarbeitet und genutzt (§ 28 BDSG).

Datum Unterschrift

Für Fragen, die das Skript nicht beantwortet, wenden Sie sich bitte an:

Dimini Büro, docevent GmbH

Stadtweg 49
24837 Schleswig
Tel. 04621-855 425
Fax. 04621-855 426
info@dimini.net
www.dimini.org

Dimini ist ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss im Rahmen des Innovationsfonds gefördertes Programm zur Vorbeugung von Typ-2-Diabetes: Mittels eines modular aufgebauten und ärztlich gestützten Coachings wird die Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Risiko für Typ-2-Diabetes gestärkt, und die Entstehung von Typ-2-Diabetes verzögert oder sogar verhindert. Zum Nachweis der Wirksamkeit des Programms wird eine randomisierte Studie in den Bundesländern Schleswig-Holstein und Hessen durchgeführt. Unter der Konsortialführung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein haben sich für das Projekt unter anderem führende Krankenkassen, ein forschendes Pharmaunternehmen sowie mehrere große Fachgesellschaften zusammengeschlossen.



Partner in Schleswig-Holstein



Partner in Hessen



Partner in in beiden Regionen





Impressum

Mein Dimini-Praxismanual

1. Auflage, 2018

Verantwortlich für den Inhalt:
Susanne Bergen, Insa Meister
und Dr. med. Carsten Petersen,
docevent GmbH, Schleswig

Gestaltung, Layout und Satz:
visuellverstehen GmbH, Flensburg

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jeder Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der docevent GmbH unzulässig und strafbar.

Wichtiger Hinweis

Diese Broschüre wurde nach bestem Wissen und mit größtmöglicher Sorgfalt erstellt. Die Broschüre ersetzt keinen persönlichen ärztlichen oder ernährungswissenschaftlichen Rat. Die Nutzung der Broschüre erfolgt auf eigene Verantwortung. Weder die Autoren, noch das Dimini-Konsortium können für eventuelle Nachteile oder Schäden, die sich aus der Benutzung dieser Broschüre ergeben, eine Haftung übernehmen.



www.dimini.org

FACT SHEET 1

Patienten finden – leicht gemacht!

Sprechen Sie alle Patienten an, die

- gerade etwas Zeit haben, oder
- zur GU einbestellt sind, und
- leicht, mittel oder stark übergewichtig sind oder
- sich eher wenig bewegen, oder
- Diabetes in der Familie haben

**Die perfekte „Ansprache“**

- Erklären Sie dem Patienten, dass Ihre Praxis sich in diesen Monaten besonders dem Thema Diabetes annimmt und an einer Studie teilnimmt.
- Zum Programm gehöre ein Fragebogentest, der das Risiko an Diabetes zu erkranken misst. Zeigen Sie dem Patienten einen Flyer und bitten Sie um eine Teilnahme.
- Erst wenn ein Risiko festgestellt würde, käme eine intensivere und speziellere Beratung in Betracht. Bitte erwähnen Sie nicht, dass es eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe gibt!

**Der Findrisk-Test**

Bei Interesse an Dimini nehmen Sie den Patienten direkt in der Webanwendung auf.

Drucken Sie die Informationen seiner Kasse aus und lassen Sie ihn die Teilnahmeerklärung unterschreiben!

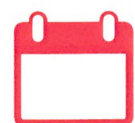
Das Programm führt Sie nun Schritt für Schritt bis zum Findrisk-Test. Nach Anschluss des Findrisk-Tests erhalten Sie automatisch den Risiko-Score dieses Patienten.

**Ist der Findrisk-Wert unter 12, dann ...**

- Gratulieren Sie dem Patienten
- Sagen Sie ihm, es sei ganz unwahrscheinlich, dass er in den nächsten 10 Jahren einen Diabetes bekäme, wenn er sich weiterhin gesund ernähre und ausreichend bewege. Die Studie sei nun bereits für ihn zu Ende.
- Verabschieden Sie den Patienten mit einem herzlichen Dankeschön!

**Ist der Findrisk-Wert größer oder gleich 12, dann ...**

- Sagen Sie dem Patienten, dass bei ihm ein erhöhtes Risiko bestehe, in den nächsten 10 Jahren an Diabetes zu erkranken und dass Sie und der Arzt ihn nun gern in 3, in 9 und noch einmal in 15 Monaten wiedersehen möchten. Dies gehöre zur Studie und könne das Risiko verringern, dass ein Diabetes ausbricht. Der erste Schritt sei nun, dass man ihm einen Fragebogen aushändigt und eine Blutuntersuchung brauche.
- Sagen Sie dem Patienten Nichts! über die Zuordnung zur Interventionsgruppe (IG) oder Kontrollgruppe (KG) in der Webanwendung! Diese Information ist allein eine Information für Sie und Ihren Arzt, gehört zur Studie und steuert die weiteren Maßnahmen.
- Händigen Sie dem Patienten den Fragebogen aus und bitten ihn, sich 10 Minuten Zeit dafür zu nehmen. Verabreden Sie einen nächsten Termin, an dem der Patient zur Blutabnahme kommt.



- Faxen Sie die Teilnahmeerklärung noch am Aufnahmetag an die KVSH, oder in Hessen an die AOK Hessen.



- Den Fragebogen schicken Sie im vorfrankierten und adressierten Umschlag an das Inav-Institut.



Geschafft, Ihr Patient nimmt an der Dimini-Studie teil!

FACT SHEET 2

Ihr Patient ist der Kontrollgruppe zugeordnet Was nun?

Bei vielen wissenschaftlichen Versorgungsstudien gibt eine sogenannte Randomisierung, d. h. nach Zufall werden Studienteilnehmer je einer Interventions- oder einer Kontrollgruppe zugeordnet. Auf diese Weise sind neu eingeführte Maßnahmen besser beurteilbar. Der Zufallsgenerator, der die Randomisierung vornimmt, ist bei Dimini in der Webanwendung programmiert.



Der Findrisk-Wert liegt bei 12 oder mehr ...

**Sagen Sie dem Patienten,
dass er ein erhöhtes Diabetesrisiko hat.**

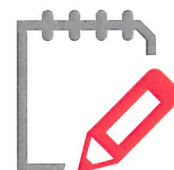
**Benutzen Sie im Gespräch
nicht die Worte Interventions- oder Kontrollgruppe!**

**Ihr Patient soll nicht wissen,
welcher Gruppe er zugeordnet wurde.**



**Erklären Sie dem Patienten der Kontrollgruppe
(ohne dass der Patient weiß, dass er in der Kontrollgruppe ist),**

- dass er einen Fragebogen anonym ausfüllen soll und dass Sie ihm den ausgedruckten Bogen jetzt geben.
- dass Sie einen Termin vereinbaren, an dem Sie ihm Blut abnehmen werden.
- dass Sie mit ihm einen Termin verabreden, wenn die Laboreergebnisse vorliegen, terminieren Sie gegebenenfalls eine Gesundheitsuntersuchung.
- dass Sie ihn zu einer täglichen Gehstrecke auffordern. Fragen Sie ihn, ob er ein Smartphone besitzt, mit dem er seine Schritte zählen kann. Sie können mit ihm dann ein tägliches Schrittziel besprechen.
- dass er gegebenenfalls auf sein Gewicht achten soll.
- dass er auf eine gesunde Ernährung achten soll.
- dass eine Empfehlung für Präventionsmaßnahmen der Krankenkasse sinnvoll sein könnte. Lassen Sie den Patienten bei seiner Kasse anrufen, ob diese in seinem Umkreis solche Maßnahmen anbietet.



Empfehlung für Patienten der Kontrollgruppe:

Bei dem Muster 36 handelt es sich nicht um eine ärztliche Verordnung im Sinne einer veranlassten Leistung, sondern lediglich um eine Empfehlung, mit der ein Patient die entsprechende Leistung bei seiner Krankenkasse beantragen kann. Die Präventionsempfehlung kann z. B. im Rahmen einer Gesundheitsuntersuchung ausgestellt werden.



FACT SHEET 3

Wissenschaftliche Studien im ambulanten Setting

Projekte, die vom Innovationsfonds gefördert werden, müssen evaluiert werden. Dazu ist eine Mindestzahl von Studienteilnehmern erforderlich. Die Patienten werden meist einer Interventions- oder Kontrollgruppe zugeteilt, um verlässliche Aussagen über die Maßnahmen zu erhalten. Eines der vorgegebenen Ziele des Innovationsfonds ist es, neue Maßnahmen auf ihre Tauglichkeit für die Regelversorgung zu testen.



Dimini hat zum Ziel:

- die Gesundheitskompetenz von Personen, die ein Risiko haben an Diabetes zu erkranken, zu stärken
- gesundheitsfördernde Verhaltensänderungen (z. B. bezogen auf das Gewicht und eine gesunde Ernährung) durch gezielte Ansprache zu erreichen
- die Möglichkeit der Übertragung von Dimini in die Regelversorgung (z. B. Einsatz des Findrisk Tests) nachzuweisen



Für die Durchführung der Studie bedeutet dies, dass Patienten für eine Teilnahme angesprochen werden sollen, die ein Diabetes Risiko haben könnten. Damit gemeint sind nicht nur Patienten mit starkem Übergewicht!

Bitte schreiben Sie daher auch eine möglichst große Bandbreite an Patienten in diese Studie ein, z. B. alle Patienten mit leichtem Übergewicht, Bewegungsmangel oder genetischer Prädisposition für eine Diabetes-Erkrankung.

Für den Nachweis der Wirksamkeit von Dimini ist es wichtig, dass durch eine sogenannte Randomisierung zwei Gruppen von Studienteilnehmern entstehen. Eine Interventionsgruppe und eine Kontrollgruppe.



Wichtig! Dabei dürfen die Patienten nicht wissen, welcher Gruppe sie zugeordnet sind.

Die Teilnehmer der Interventionsgruppe werden nach einem neuen Versorgungsansatz, der Dimini-Lebensstilintervention, betreut. Diese beinhaltet neue, unterstützende Maßnahmen, die eine Veränderung des Lebensstils sinnvoll ergänzen und unterstützen sollen.

Die Kontrollgruppe wird beraten wie alle Patienten, die unter Bewegungsarmut und Übergewicht leiden. Sie erhalten den ärztlichen Ratschlag gemäß der geltenden Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie. Das umfasst den Rat zu sportlicher Betätigung, gesunder Ernährung sowie gegebenenfalls einer zusätzlichen Empfehlung zur Teilnahme an Präventionsmaßnahmen der Krankenkassen, welche auf Muster 36 verordnet werden können.





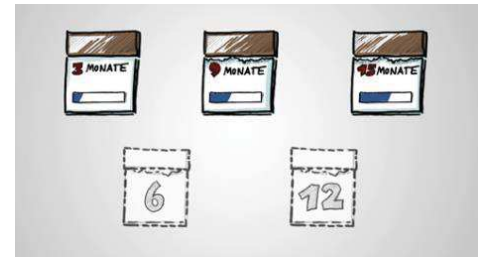
Was ist bei den Teilnehmern in der Interventionsgruppe zu tun?

Nach der Score-Auswertung (≥ 12) und Zuordnung in die Interventionsgruppe

- wird der Versicherte hinsichtlich der Lebensstilintervention beraten,
 - erhält der Teilnehmer den Versichertenfragebogen,
 - werden konkrete und realistische Ziele vereinbart,
 - erhält der Patient das Dimini-Startset (und ggf. auch die App).
- ✓ Ein zeitnaher 1. Labortermin zur Blutentnahme (HbA1c) sowie ein Termin für den 1. Kontrolltermin in 3 Monaten werden vereinbart.
- ✓ Alle erhobenen Daten werden in die Web-Anwendung eingegeben und die Leistung in der Quartalsabrechnung mit der GOP 91434 abgerechnet.

1. Labortermin: Der Versicherte kommt zur Blutentnahme (HbA1c).

- ✓ Der HbA1c-Wert wird in die Web-Anwendung eingegeben.
- ✓ Das Ergebnis wird dem Versicherten mitgeteilt.
- ✓ Wird bei dem Patient ein dmt2 diagnostiziert, wird ihm eine Teilnahme am DMP empfohlen und er wird aus Dimini verabschiedet.
- ✓ Die Abrechnung der Laborleistung erfolgt über EBM.



Im 1. Kontrolltermin werden die erreichten Ziele sowie mögliche Schwierigkeiten besprochen.

- ✓ Es wird ein Termin für den 2. Kontrolltermin in 6 Monaten vereinbart.
- ✓ Optional kann ein (telefonischer) 1. Coaching-Termin in 3 Monaten vereinbart werden, um den Versicherten zwischen den Kontrollterminen zu unterstützen.
- ✓ Alle erhobenen Daten werden in die Web-Anwendung eingegeben und die Leistung in der Quartalsabrechnung mit der GOP 91435 abgerechnet.

Im 1. Coaching-Termin (optional) wird der Versicherte zum Weitermachen motiviert und mögliche Fragen beantwortet.

- ✓ *In der Web-Anwendung wird erfasst, ob der Termin wahrgenommen wurde.*
- ✓ *Die GOP 91436 kann in der Quartalsabrechnung abgerechnet werden.*

Im 2. Kontrolltermin werden wieder die erreichten Ziele sowie mögliche Schwierigkeiten besprochen.

- ✓ Es wird ein Termin für den 3. Kontrolltermin in 6 Monaten vereinbart.
- ✓ Es wird ein 2. Labortermin zur Blutentnahme (HbA1c) 1 Woche vor dem 3. Kontrolltermin vereinbart.
- ✓ Optional kann ein (telefonischer) 2. Coaching-Termin in 3 Monaten vereinbart werden.
- ✓ Alle erhobenen Daten werden in die Web-Anwendung eingegeben und die Leistung in der Quartalsabrechnung mit der GOP 91437 abgerechnet.

Im 2. Coaching-Termin (optional) wird der Versicherte zum Weitermachen motiviert und mögliche Fragen beantwortet.

- ✓ *In der Web-Anwendung wird erfasst, ob der Termin wahrgenommen wurde.*
- ✓ *Die GOP 91438 kann in der Quartalsabrechnung abgerechnet werden.*

2. Labortermin 1 Woche vor dem 3. Kontrolltermin: Der Versicherte kommt zur Blutentnahme.

- ✓ Der HbA1c-Wert wird in die Web-Anwendung eingegeben (und im 3. Kontrolltermin mitgeteilt).
- ✓ Die Abrechnung der Laborleistung erfolgt über EBM.

Im 3. Kontrolltermin werden die im Rahmen von Dimini (nicht) erreichten Ziele sowie die Entwicklung des HbA1c-Wertes besprochen.

- ✓ Der Versichertenfragebogen wird erneut ausgehändigt (um zu sehen, ob sich die Gesundheitskompetenz des Versicherten verbessert hat).
- ✓ Der Teilnehmer wird aus Dimini verabschiedet.
- ✓ Alle erhobenen Daten (wichtig, falls noch nicht erfolgt: bitte auch den HbA1c-Wert!) werden in die Web-Anwendung eingegeben und die Leistung in der Quartalsabrechnung mit der GOP 91439 abgerechnet.

Was ist bei den Teilnehmern in der Kontrollgruppe zu tun?

Nach der Score-Auswertung (≥ 12) und Zuordnung in die Kontrollgruppe

- ✓ bekommt der Teilnehmer die aus der GU-RL¹ bekannten Ratschläge.
- ✓ Der Versicherte kann eine Präventionsempfehlung (Muster 36) erhalten.
- ✓ Dem Versicherten wird ein Versichertenfragebogen ausgehändigt.
- ✓ Ein zeitnaher 1. Labortermin zur Blutentnahme (HbA1c) sowie ein Termin für den 1. Kontrolltermin in 3 Monaten werden vereinbart.
- ✓ Alle erhobenen Daten werden in die Web-Anwendung eingegeben und die Leistung in der Quartalsabrechnung mit der GOP 91440 abgerechnet.

1. Labortermin: Der Versicherte kommt zur Blutentnahme (HbA1c).

- ✓ Der HbA1c-Wert wird in die Web-Anwendung eingegeben.
- ✓ Das Ergebnis wird dem Versicherten mitgeteilt.
- ✓ Wird bei dem Patient ein dmt2 diagnostiziert, wird ihm eine Teilnahme am DMP empfohlen und er wird aus Dimini verabschiedet.
- ✓ Die Abrechnung der Laborleistung erfolgt über EBM.

Im 1. Kontrolltermin werden die zu erhebenden Daten abgefragt und in die Web-Anwendung eingegeben.

- ✓ Ein Termin für den 2. Kontrolltermin in 6 Monaten wird vereinbart.
- ✓ Die Leistung wird in der Quartalsabrechnung mit der GOP 91441 abgerechnet.

Im 2. Kontrolltermin werden die zu erhebenden Daten abgefragt und in die Web-Anwendung eingegeben.

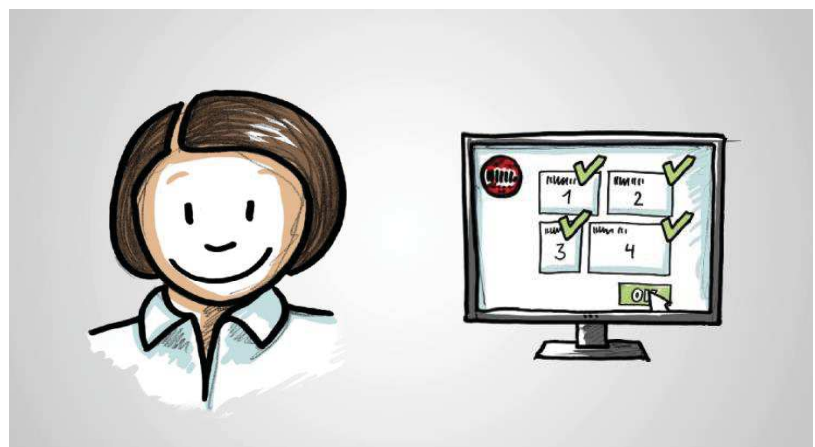
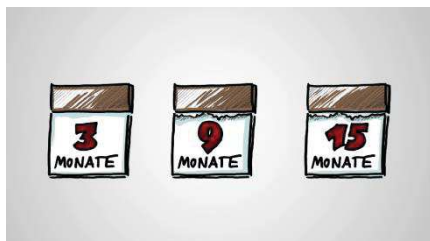
- ✓ Ein Termin für den 3. Kontrolltermin in 6 Monaten wird vereinbart.
- ✓ Es wird ein 2. Labortermin zur Blutentnahme (HbA1c) 1 Woche vor dem 3. Kontrolltermin vereinbart.
- ✓ Die Leistung wird in der Quartalsabrechnung mit der GOP 91442 abgerechnet.

2. Labortermin 1 Woche vor dem 3. Kontrolltermin: Der Versicherte kommt zur Blutentnahme.

- ✓ Der HbA1c-Wert wird in die Web-Anwendung eingegeben (und im 3. Kontrolltermin mitgeteilt).
- ✓ Die Abrechnung der Laborleistung erfolgt über EBM.

Im 3. Kontrolltermin werden die zu erhebenden Daten abgefragt sowie die Entwicklung des HbA1c-Wertes besprochen.

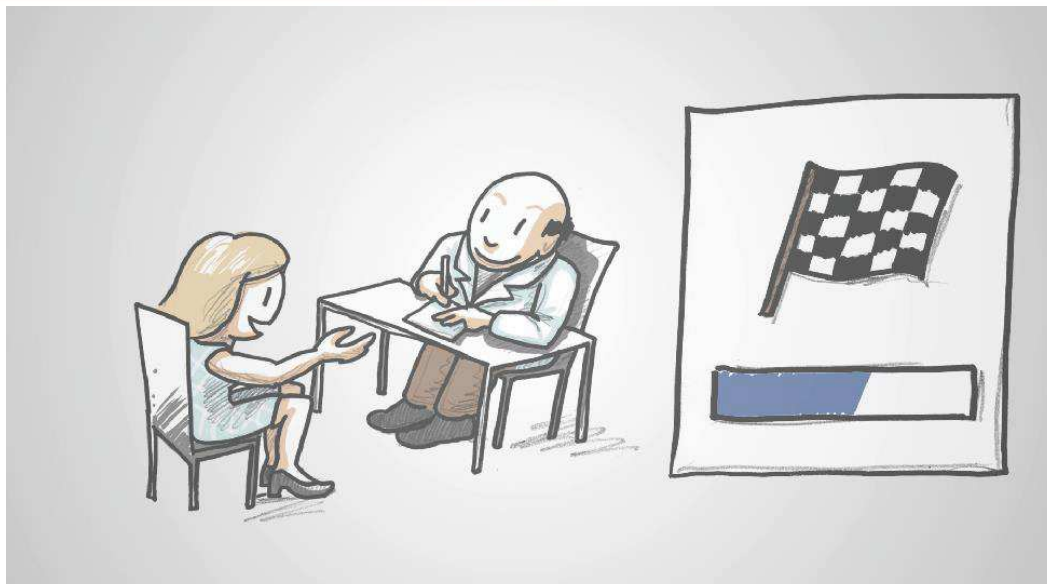
- ✓ Die erhobenen Daten werden in die Web-Anwendung eingegeben (wichtig, falls noch nicht erfolgt: bitte auch den HbA1c-Wert!).
- ✓ Noch einmal wird ein Versichertenfragebogen ausgehändigt.
- ✓ Der Teilnehmer wird aus Dimini verabschiedet.
- ✓ Die Leistung wird in der Quartalsabrechnung mit der GOP 91443 abgerechnet.



¹ GU-RL = Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie

	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
3 Monate	<p>Kommunikation, Förderung der Gesundheitskompetenz, Lebensstilintervention</p> <ul style="list-style-type: none"> → Aushändigen der Teilnehmerfragebögen → Aufklärung und Einigung auf konkrete und realistische Ziele (Arzt) → Einführung in das Dimini-Startset als App oder papierbasiert. → elektronische Dimini-Dokumentation → Vereinbarung Kontrolltermin in 3 Monaten <p>→ GOP 91434 (19,00 €)</p>	<ul style="list-style-type: none"> → Aushändigen der Teilnehmerfragebögen → Teilnehmer erhält ärztlichen Rat nach Gesundheitsuntersuchungs-RL → elektronische Dimini-Dokumentation → Vereinbarung Kontrolltermin in 3 Monaten <p>→ GOP 91440 (9,00 €)</p>
3 Monate	<p>Kontrolltermin 1 (nach 3 Monaten)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Analyse und Gespräch zu den erreichten Zielen und Schwierigkeiten → elektronische Dimini-Dokumentation → Optional: Terminvereinbarung in 3 Monaten (Coaching) → Terminvereinbarung in 6 Monaten (Kontrolle) <p>→ GOP 91435 (7,00 €)</p>	<p>Kontrolltermin 1 (nach 3 Monaten)</p> <ul style="list-style-type: none"> → elektronische Dimini-Dokumentation → neue Terminvereinbarung in 6 Monaten <p>→ GOP 91441 (4,00 €)</p>
3 Mon.	<p>Aktivierung der Gesundheitskompetenz (Coaching nach 3 Monaten)</p> <p>→ GOP 91436 (4,00 €)</p>	
3 Monate	<p>Kontrolltermin 2 (3 Monate nach Coaching)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Analyse und Gespräch zu den erreichten Zielen und Schwierigkeiten → elektronische Dimini-Dokumentation → Optional: Terminvereinbarung in 3 Monaten (Coaching) → Terminvereinbarung in 6 Monaten (Kontrolle) <p>→ GOP 91437 (7,00 €)</p>	<p>Kontrolltermin 2 (6 Monate nach Kontrolltermin 1)</p> <ul style="list-style-type: none"> → elektronische Dimini-Dokumentation → neue Terminvereinbarung in 6 Monaten <p>→ GOP 91442 (4,00 €)</p>
3 Mon.	<p>Aktivierung der Gesundheitskompetenz (Coaching nach 3 Monaten)</p> <p>→ GOP 91438 (4,00 €)</p>	
Achtung: Aktuelle Laborwerte müssen zum Kontrolltermin 3 vorhanden sein (siehe Praxismanual)		
	<p>Kontrolltermin 3 (3 Monate nach Coaching)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Aushändigen der Teilnehmerfragebögen → Analyse und Gespräch zu den erreichten Zielen → elektronische Dimini-Dokumentation → Aushändigen der Teilnehmerfragebögen → Verabschiedung aus dem Dimini-Projekt <p>→ GOP 91439 (11,00 €)</p>	<p>Kontrolltermin 3 (6 Monate nach Kontrolltermin 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> → Aushändigen der Teilnehmerfragebögen → elektronische Dimini-Dokumentation → Verabschiedung aus dem Dimini-Projekt <p>→ GOP 91443 (8,00 €)</p>

* FINDRISK-Evaluation 2007; Prof. Dr. Peter E. H. Schwarz, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden



Dimini – „Diabetes mellitus? Ich nicht!“

Nutzung der Webanwendung



Partner in Schleswig-Holstein



BARMER



Partner in Hessen



Partner in beiden Regionen



Inhalt – Nutzung der Webanwendung

- Erreichbarkeit
- Ablaufschema
- Registrierung
- Menü Webanwendung
- Patientenaufnahme

Erreichbarkeit

Die Webanwendung ist ausschließlich im KV-Safenet zu erreichen

Link zur Webanwendung



Dimini

Nicht sicher | dimini-test.kvsh.de/login/login.xhtml

Anmelden

Benutzername:

Kennwort:

Anmelden

Registrieren

Falls Sie noch keinen Zugang zu der Dimini-Webanwendung haben, können Sie sich hier registrieren.

Kennwort vergessen?

Wenn Sie Ihr Kennwort vergessen haben, wenden Sie sich bitte an die Dimini-Geschäftsstelle Ihrer KV.

KV Hessen: 069 24741-7776

KV Schleswig-Holstein: 04551 883-328

Partner in Schleswig-Holstein: Dimini, KVSH, AOK NordWest, BARMER, DAK Gesundheit, etc.

Partner in Hessen: KV, AOK, etc.

Partner in in beiden Regionen: docevent, DDG, DGPR, inav, MSD, etc.

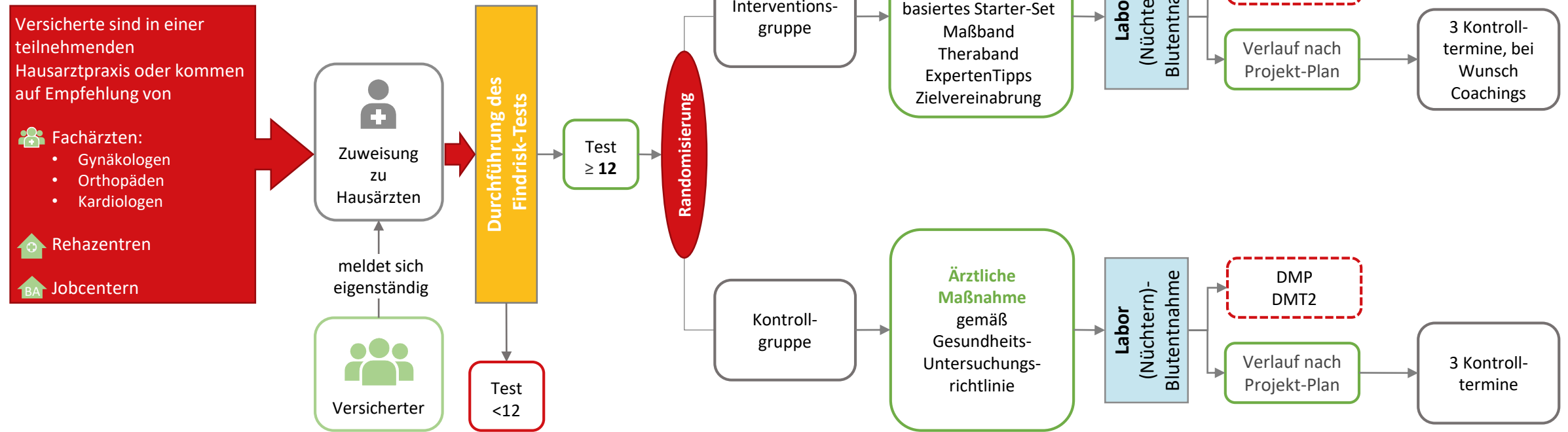
Die Dimini-Webanwendung können Sie

- auf der Homepage der KVSH unter Praxis > Dimini oder
- direkt unter folgendem Link <https://dimini.ekvsh.kv-safenet.de> erreichen

Ablaufschema

Die gesamte Dimini-Dokumentation erfolgt in <https://dimini.ekvsh.kv-safenet.de>

Ablaufschema Dimini-Projekt

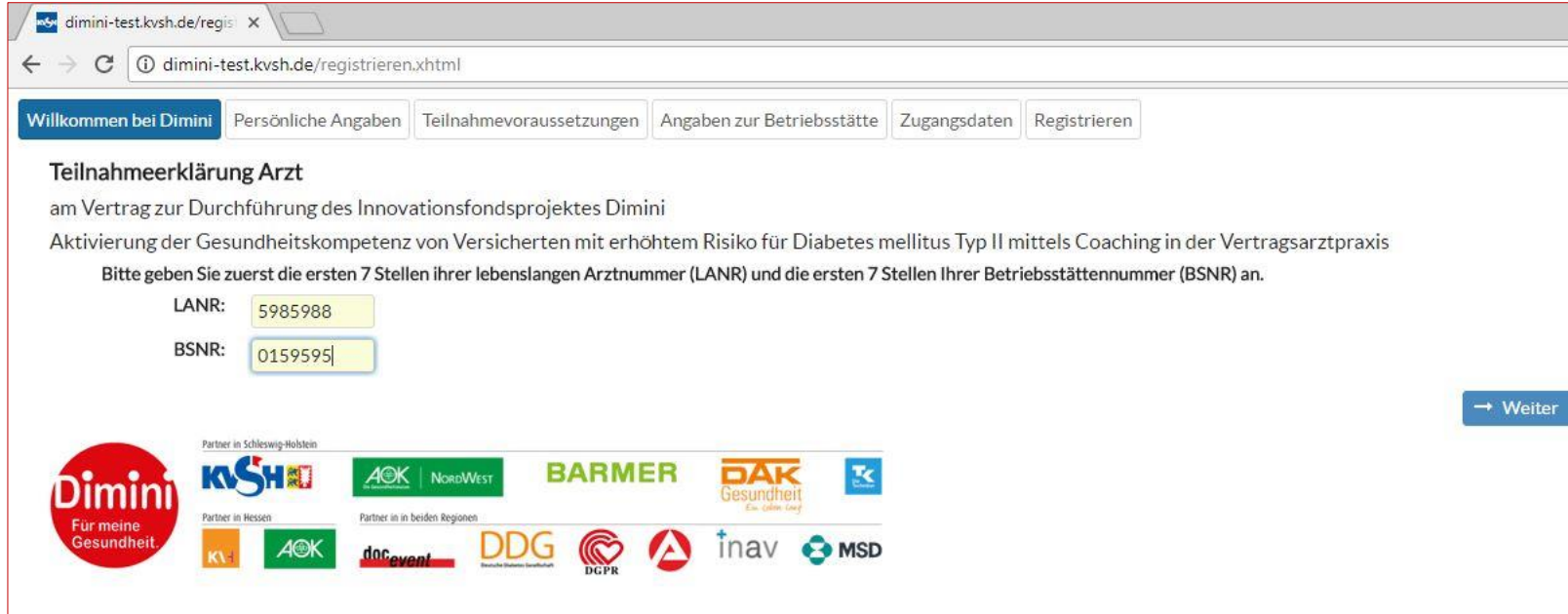


Die Webanwendung führt Sie gruppengerecht (IG, KG) durch alle relevanten Dokumentations-Schritte!

Registrierung

Tragen Sie die LANR und BSNR ein (die ersten 7 Stellen)

Registrierung (1)



dimini-test.kvsh.de/registrieren.xhtml

Willkommen bei Dimini | Persönliche Angaben | Teilnahmevoraussetzungen | Angaben zur Betriebsstätte | Zugangsdaten | Registrieren

Teilnahmeerklärung Arzt

am Vertrag zur Durchführung des Innovationsfondsprojektes Dimini
Aktivierung der Gesundheitskompetenz von Versicherten mit erhöhtem Risiko für Diabetes mellitus Typ II mittels Coaching in der Vertragsarztpraxis

Bitte geben Sie zuerst die ersten 7 Stellen ihrer lebenslangen Arztnummer (LANR) und die ersten 7 Stellen Ihrer Betriebsstättennummer (BSNR) an.

LANR:

BSNR:

[→ Weiter](#)

Partner in Schleswig-Holstein: Dimini, KVSH, AOK NordWest, BARMER, DAK Gesundheit, ...

Partner in Hessen: KV, AOK, ...

Partner in in beiden Regionen: doc event, DDG, DGPR, inav, MSD

- Die Registrierung in der Webanwendung ersetzt die analoge Teilnahmeerklärung
- Bedienen Sie den Button [→ Weiter](#) um auf die nächste Seite zu gelangen
- Im weiteren Verlauf können Sie auch den Button [← Zurück](#) bedienen, wenn Sie Daten nochmal anpassen möchten

Tragen Sie Ihre persönlichen Kontaktinformationen ein

Registrierung (2)



dimini-test.kvsh.de/registri... x

← → ↻ dimini-test.kvsh.de/registrieren.xhtml

Willkommen bei Dimini **Persönliche Angaben** Teilnahmevoraussetzungen Angaben zur Betriebsstätte Zugangsdaten Registrieren

Vorname:

Nachname:

Anrede:

Titel:

Bitte hinterlegen Sie hier die Kontaktinformationen, unter denen Sie **persönlich** erreicht werden wollen.

Die Kontaktinformationen können, müssen aber nicht mit den Kontaktinformationen Ihrer Betriebsstätte übereinstimmen.

Straße:

Haus-Nr.:

PLZ:

Ort:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

← Zurück → Weiter

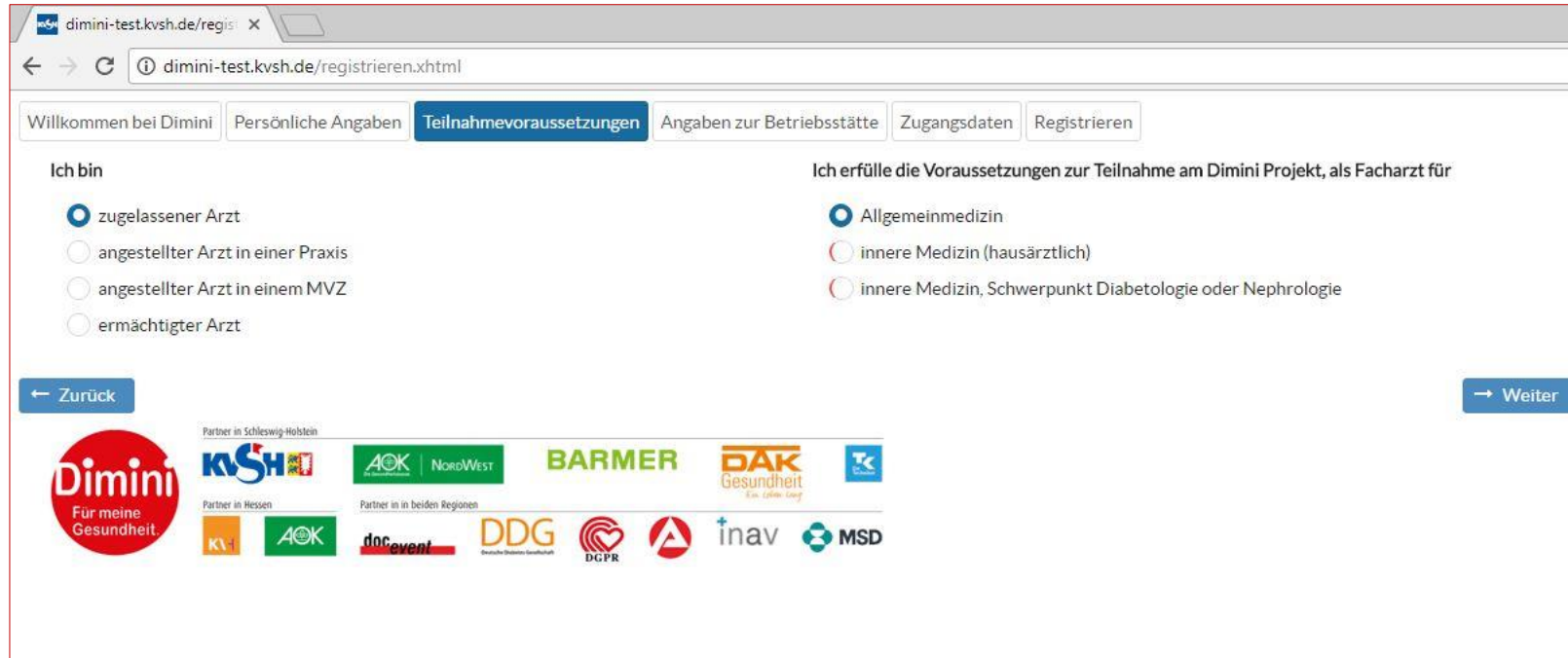
Partner in Schleswig-Holstein:

Partner in Hessen:

Partner in beiden Regionen:

Wählen Sie jeweils eine Möglichkeit aus

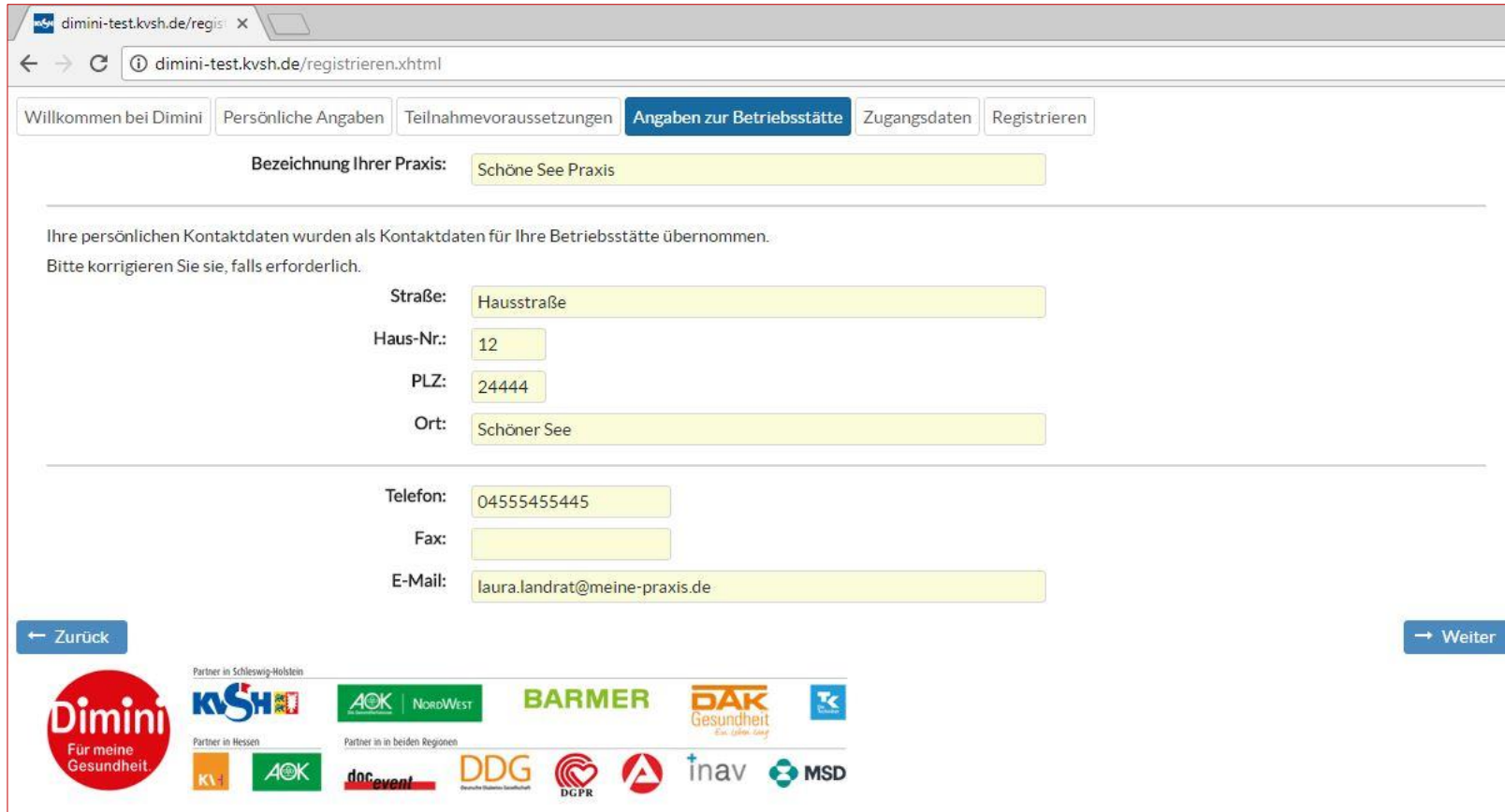
Registrierung (3)



- Wenn Sie ein/e angestellte/r oder ermächtigte/r Arzt/Ärztin sind, dann werden Sie aufgefordert die LANR des/der zugelassenen Arztes/Ärztin einzutragen
- Bitte wählen Sie ihre Facharztbezeichnung aus, da lediglich die o. g. Fachbereiche zur Teilnahme an Dimini berechtigt sind

Tragen Sie die Kontaktdaten der Betriebsstätte ein

Registrierung (4)



dimini-test.kvsh.de/registrieren.xhtml

Willkommen bei Dimini | Persönliche Angaben | Teilnahmevoraussetzungen | **Angaben zur Betriebsstätte** | Zugangsdaten | Registrieren

Bezeichnung Ihrer Praxis:

Ihre persönlichen Kontaktdaten wurden als Kontaktdaten für Ihre Betriebsstätte übernommen.
Bitte korrigieren Sie sie, falls erforderlich.

Straße:

Haus-Nr.:

PLZ:






Ort:



Telefon:







Fax:

E-Mail:

[← Zurück](#) [→ Weiter](#)

Partner in Schleswig-Holstein:     

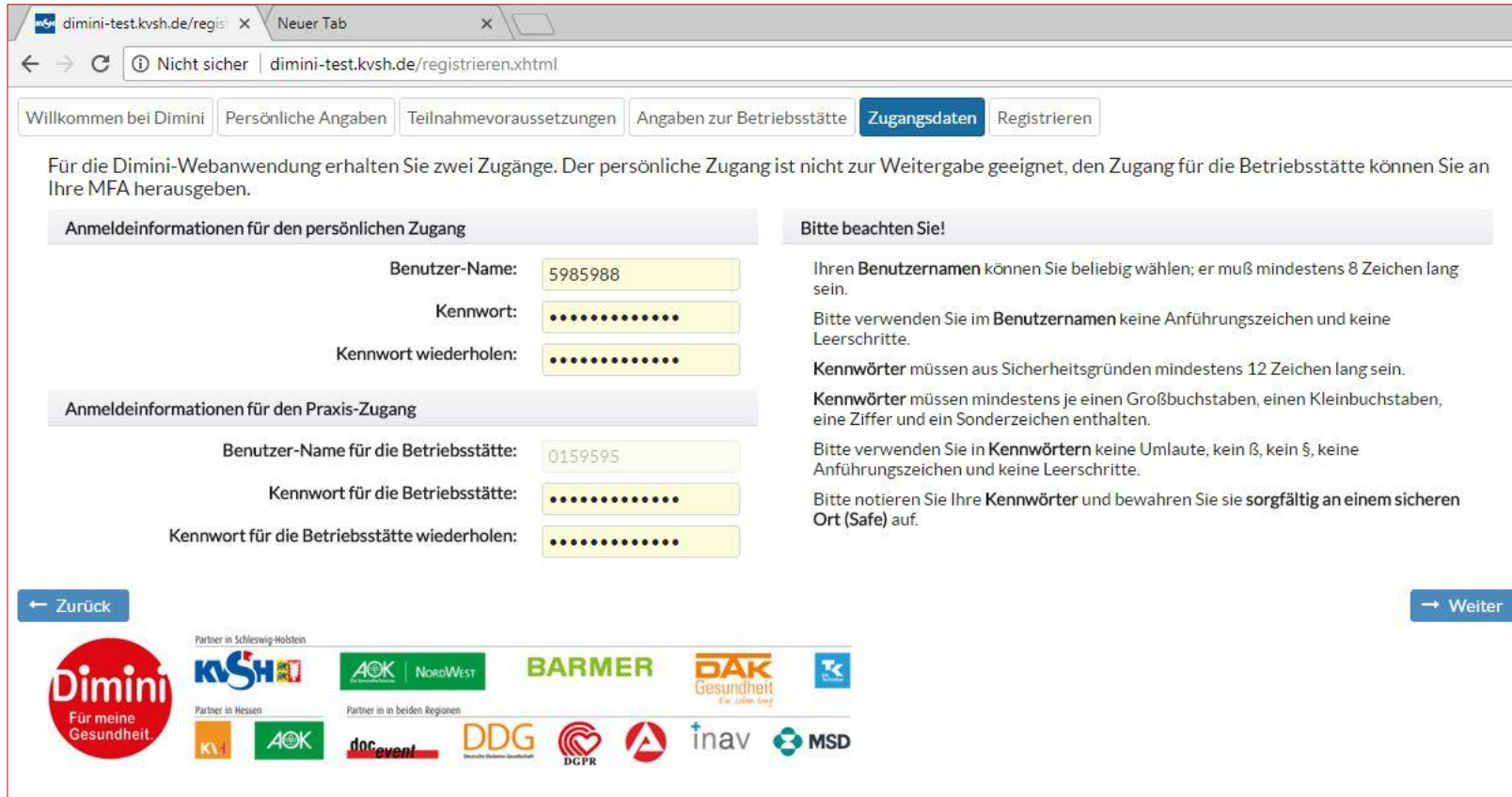
Partner in Hessen:  

Partner in in beiden Regionen:      

- Ihre persönlichen Kontaktdaten werden automatisch übernommen
- Korrigieren Sie die Angaben, falls erforderlich

Erstellen Sie für sich und Ihre Praxis einen Zugang

Registrierung (5)



Willkommen bei Dimini | Persönliche Angaben | Teilnahmevoraussetzungen | Angaben zur Betriebsstätte | **Zugangsdaten** | Registrieren

Für die Dimini-Webanwendung erhalten Sie zwei Zugänge. Der persönliche Zugang ist nicht zur Weitergabe geeignet, den Zugang für die Betriebsstätte können Sie an Ihre MFA herausgeben.

Anmeldeinformationen für den persönlichen Zugang

Benutzer-Name: 5985988
 Kennwort:
 Kennwort wiederholen:




Anmeldeinformationen für den Praxis-Zugang

Benutzer-Name für die Betriebsstätte: 0159595
 Kennwort für die Betriebsstätte:
 Kennwort für die Betriebsstätte wiederholen:

Bitte beachten Sie!

Ihren **Benutzernamen** können Sie beliebig wählen; er muß mindestens 8 Zeichen lang sein.
 Bitte verwenden Sie im **Benutzernamen** keine Anführungszeichen und keine Leerschritte.
Kennwörter müssen aus Sicherheitsgründen mindestens 12 Zeichen lang sein.
Kennwörter müssen mindestens je einen Großbuchstaben, einen Kleinbuchstaben, eine Ziffer und ein Sonderzeichen enthalten.
 Bitte verwenden Sie in **Kennwörtern** keine Umlaute, kein ß, kein \$, keine Anführungszeichen und keine Leerschritte.
 Bitte notieren Sie Ihre **Kennwörter** und bewahren Sie sie **sorgfältig an einem sicheren Ort (Safe)** auf.

← Zurück → Weiter

Partner in Schleswig-Holstein:  Partner in Hessen:  Partner in in beiden Regionen: 

- Zur Nutzung der Webanwendung müssen Sie sich und der Praxis einen Zugang erstellen und Kennwörter auswählen
- Bitte beachten Sie beim Erstellen der Kennwörter auf die Hinweise (s. rechts)

Die online Registrierung ersetzt die Teilnahmeerklärung der Praxis

Registrierung (6)



dimini-test.kvsh.de/registrieren.xhtml

Willkommen bei Dimini | Persönliche Angaben | Teilnahmevoraussetzungen | Angaben zur Betriebsstätte | Zugangsdaten | **Registrieren**

Indem ich diese Registrierung abschicke, erkläre ich:

Ich habe die Inhalte des Vertrages über die Durchführung des Projektes "Dimini" zur Kenntnis genommen und verpflichte mich, diese entsprechend umzusetzen.

Der Nachweis einer Dimini-Schulung bzw. eines Dimini-e-Learnings liegt der Kassenärztlichen-Vereinigung vor.

Ich bin einverstanden mit

- der Veröffentlichung meines Namens und der Praxisadresse im Leistungserbringerverzeichnis
- der Weitergabe des Leistungserbringerverzeichnisses an die teilnehmenden Vertragspartner
- der Veröffentlichung des Leistungserbringerverzeichnisses auf der Homepage der Vertragspartner
- der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der zur Erfüllung des Projektes notwendigen Daten unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen
- der Verwendung und Übermittlung der anonymisierten Daten zu Evaluationszwecken an das inav - privates Institut für angewandte Versorgungsforschung - unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen

Registrierung abschicken

[← Zurück](#)

Partner in Schleswig-Holstein:

Partner in Hessen:

Partner in in beiden Regionen:

- Betätigen Sie den Button, **Registrierung abschicken** um die Teilnahme an Dimini zu erklären

Die Zugangsdaten können Sie als Kennwortbriefe herunterladen und abspeichern

Registrierung (7)



dimini-test.kvsh.de/regis... Neuer Tab

← → ↻ dimini-test.kvsh.de/registrieren/registrieren_Success.xhtml

Ihre Registrierung war erfolgreich!

Ihre Teilnahmeerklärung wird jetzt von der Dimini-Geschäftsstelle geprüft und Ihr Zugang anschließend freigeschaltet. Sie erhalten nach der Freischaltung umgehend eine Benachrichtigung per E-Mail. Die Genehmigung zur Teilnahme am Innovationsfondprojekt Dimini wird Ihnen postalisch zugestellt.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das KV-Telematik Team unter Telefon 04551 - 883 888 oder per E-Mail an dimini@kvsh.de.

Download der Zugangsdaten als Kennwortbriefe:

- [Arzt \(persönlicher Zugang\) Kennwortbrief herunterladen](#)
- [Praxis Kennwortbrief herunterladen](#)

Partner in Schleswig-Holstein: Dimini, KVSH, AOK NordWest, BARMER, DAK Gesundheit, KV

Partner in Hessen: KV, AOK

Partner in beiden Regionen: doc event, DDG, DGPR, inav, MSD

- Nachdem Sie die Registrierung abgeschickt haben, generieren sich automatisch PDF-Dateien mit den von Ihnen vergebenen Zugangsdaten
- **Speichern Sie sich die Kennwortbriefe ab oder drucken Sie sich diese aus**
- Sollten Sie die Kennwörter dennoch vergessen oder die Kennwortbriefe verlegt haben, können Sie jederzeit die Kennwörter bei der KVSH zurücksetzen lassen
- Nachdem die Dimini-Geschäftsstelle Ihre Teilnahmeerklärung geprüft hat, werden Sie per E-Mail über die Freischaltung der Webanwendung informiert

Kennwortbriefe

Registrierung (8)




Für meine Gesundheit.

- persönlich -

| Betriebsstätten-Nr. |
| BSNr. 0159595 |


Zugangsdaten für die Dimini-Webanwendung

Mit den nachfolgenden Zugangsdaten gelangen Sie auf das Dimini-WebPortal:

Benutzername	0159595
Kennwort	1234567890aA!

Sie können das Kennwort im Dimini-WebPortal unter „Einstellungen“ → „Kennwort ändern“ auf ein Wunsch Kennwort ändern.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Dimini-Geschäftsstelle


Für meine Gesundheit.

- persönlich -

| Lebenslange Arzt-Nr. |
| LANr. 5985988 |

Zugangsdaten für die Dimini-Webanwendung

Mit den nachfolgenden Zugangsdaten gelangen Sie auf das Dimini-WebPortal:

Benutzername	5985988
Kennwort	1234567890aA!

Sie können das Kennwort im Dimini-WebPortal unter „Einstellungen“ → „Kennwort ändern“ auf ein Wunsch Kennwort ändern.

Mit freundlichen Grüßen
Ihre Dimini-Geschäftsstelle

- Ihren persönlichen Kennwortbrief erkennen Sie an der LANR (oben rechts)
- Den Kennwortbrief der Praxis erkennen Sie an der BSNR (oben rechts)

Falls Sie Ihre Kennwörter verlegt oder vergessen haben, kann die KV diese wieder zurücksetzen

Kennwort vergessen?



Dimini

Nicht sicher | dimini-test.kvsh.de/login/login.xhtml

Anmelden

Benutzername: arzt1

Kennwort:

Anmelden

Registrieren

Falls Sie noch keinen Zugang zu der Dimini-Webanwendung haben, können Sie sich hier registrieren.

Kennwort vergessen?

Wenn Sie Ihr Kennwort vergessen haben, wenden Sie sich bitte an die Dimini-Geschäftsstelle Ihrer KV.

KV Hessen: 069 24741-7776

KV Schleswig-Holstein: 04551 883-328

Partner in Schleswig-Holstein: Dimini, KSH, AOK NordWest, BARMER, DAK Gesundheit

Partner in Hessen: KV, AOK

Partner in beiden Regionen: docevent, DDG, DGPR, inav, MSD

- Wenn Sie Ihr Kennwort vergessen oder die Kennwortbriefe verlegt haben, dann wenden Sie sich an die Dimini-Geschäftsstelle Ihrer KV
- Die Durchwahl wird Ihnen auf der Homepage direkt angezeigt
- Die KV setzt Ihre Kennwörter zurück und sendet Ihnen per Post die neuen Kennwortbriefe zu
- Sobald Sie sich wieder einloggen können, vergeben Sie sich bitte wieder ein eigenes Kennwort (siehe Folie 19)

Menü Webanwendung

Startseite der Dimini-Webanwendung

Menü Webanwendung



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite

Patienten Liste

Einstellungen

Downloadbereich

Kontaktinformationen

Startseite

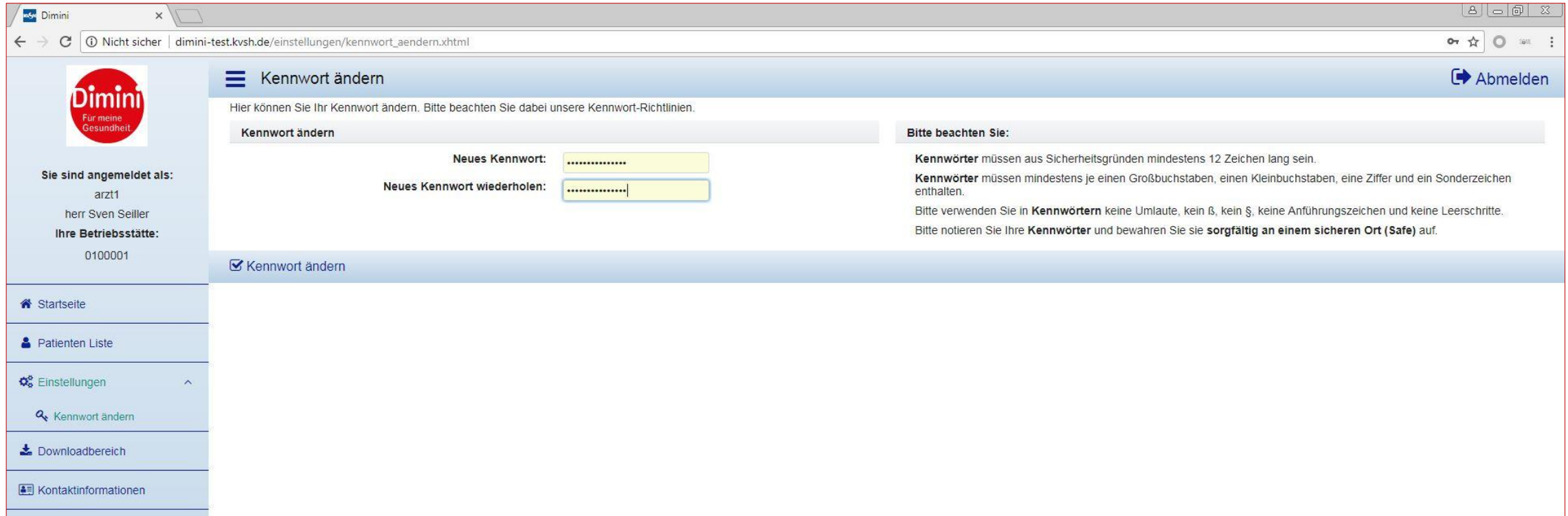
Abmelden


Willkommen in der Webanwendung des Projekts Dimini, des Präventionsprogramms zur Stärkung der Gesundheitskompetenz von Personen mit erhöhtem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2.
Mit dem Diabetes-Präventionsprojekt Dimini soll in den Regionen Schleswig-Holstein und Hessen die Aufdeckung unbekannter Diabeteserkrankungen und das Screening auf Risikofaktoren des Typ-2-Diabetes in der ärztlichen Praxis verbessert werden.
Die vorliegende Dimini-Webanwendung dient dabei der Ablage bzw. dem Ausfüllen von für das Programm notwendigen Dokumentationen.

- Auf der Startseite finden Sie das Menü (linke Spalte) über welches Sie alle Funktionen der Webanwendung erreichen können
- Oben links sehen Sie, ob Sie sich in Ihrem persönlichen oder in dem Praxis Zugang befinde
 - „Sie sind angemeldet als:“ und „Ihre Betriebsstätte:“

Kennwörter können jederzeit geändert werden

Menü Webanwendung



- Unter dem Menü-Punkt Einstellungen können Sie Ihre Kennwörter ändern
- Nachdem Sie zwei Mal ein neues Kennwort eingetragen haben, speichern Sie dieses indem Sie den Button  betätigen
- Bei der nächsten Anmeldung ist Ihr neu vergebenes Kennwort zu nutzen
 - Sie erhalten keine gesonderte Bestätigung über die selbst durchgeführte Kennwortvergabe

Dimini-Unterlagen können im Downloadbereich runtergeladen werden

Menü Webanwendung



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite

Patienten Liste

Einstellungen

Downloadbereich

Kontaktinformationen

Downloadbereich

Abmelden

Informationen für den Arzt / die Praxis

- Anleitung zur Ausstellung der Teilnahmeerklärung für Versicherte der AOK in Hessen
- Selektivvertrag nach §140a SGB V

Informationen für den Patienten

- Teilnahmeerklärung für Versicherte der AOK in Hessen
- Versicherten- und Datenschutzinformationen für Versicherte der AOK in Hessen
- Teilnahmeerklärung für Versicherte der AOK NordWest, Barmer, DAK und TK
- Versicherten- und Datenschutzinformationen für Versicherte der AOK NW, Barmer, DAK und TK

- Im Downloadbereich können Sie alle relevanten Dimini-Dokumente runterladen
- Die Dokumente unter „*Informationen für den Patienten*“ werden Ihnen im Verlauf der Patienten-Aufnahme an der richtigen Stelle zum Download zur Verfügung gestellt
 - An dieser Stelle sind sie nur informativ oder können nochmal runtergeladen werden, wenn z. B. eine Teilnahmeerklärung abhanden kommt

Wenden Sie sich bei Fragen an folgende Ansprechpartner

Menü Webanwendung



Für fachliche Fragen wenden Sie sich bitte an das Dimini-Büro:		Für technische Fragen wenden Sie sich bitte an das Team Telematik der KVSH:	
Telefon	04621 855 425	Telefon Hotline	04551 883 888
Fax	04621 855 426	Fax	04551 883 341
Email	info@dimini.net	Email	portal@kvsh.de
Straße Hausnummer	Stadtweg 49	Straße Hausnummer	Bismarckallee 1-6
PLZ Stadt	24837 Schleswig	PLZ Stadt	23795 Bad Segeberg

- Bei fachlichen Fragen rund um den Ablauf und Inhalt des Dimini-Projektes wenden Sie sich an das Dimini-Büro
- Bei technischen Fragen rund um die Webanwendung wenden Sie sich an das Team Telematik der KVSH

Patientenaufnahme

Wählen Sie aus, ob der Patient schon am aha!-Programm teilgenommen hat

Patientenaufnahme (1)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Aufnahmebogen

Abmelden

Patient anlegen

aha! Teilnahme | Einschlusskriterien | Empfehlung | Patienten Daten | Teilnahmeerklärung

Hat der Versicherte in der Vergangenheit am aha!-Programm teilgenommen?

JA NEIN

HINWEIS:
Wenn der/die Versicherte am aha!-Programm teilgenommen hat oder sich noch im Programm befindet, dann ist für ihn/sie die Registrierung und Teilnahme am Dimini-Programm ausgeschlossen.

Weiter >>

Abbrechen

- Sofern der Patient schon am aha!-Programm teilgenommen hat, ist er/sie von der Teilnahme am Dimini-Programm ausgeschlossen
 - Beantworten Sie die Frage mit „JA“, wird die Aufnahme des/der Patienten/in beendet
- Bedienen Sie den Button **Weiter >>** um auf die nächste Seite zu gelangen

Prüfung der studienrelevanten Ein- und Ausschlusskriterien

Patientenaufnahme (2)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Aufnahmebogen

Patient anlegen

aha! Teilnahme **Einschlusskriterien** Empfehlung Patienten Daten Teilnahmeerklärung

Erfüllt der/die Versicherte die Einschlusskriterien und kann somit an der Studie teilnehmen?

JA NEIN

HINWEIS:

Einschluss:

- ≥ 18 Jahre
- Wohnort in teilnehmender KV Region
- Versichert bei teilnehmenden Krankenkasse
- Übergewicht / Adipositas
- Familiäre Disposition für DMT2
- Anamnestisch erhöhter Glukosewert

Ausschluss:

- bekannter DMT2
- Einschätzung des Arztes, nicht geeignet
- vorliegende Mangelerkrankung
- psychiatrische Erkrankung
- Teilnahme an klinischer Studie
- Schwangerschaft

Zurück Weiter

Abbrechen

- Prüfen Sie bei jedem Patienten, ob die Ein- und Ausschlusskriterien, welche im o. g. Fenster zu sehen sind, bei dem/der Patienten/in zutreffen
- Treffen die Ausschlusskriterien zu oder Einschlusskriterien nicht zu, dann beantworten Sie die Fragen mit „NEIN“ → die Aufnahme des/der Patienten/in wird beendet

Wählen Sie aus, ob der Patient von einem anderen Leistungserbringer empfohlen wurde

Patientenaufnahme (3)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Aufnahmebogen

Patient anlegen

aha! Teilnahme | Einschlusskriterien | **Empfehlung** | Patienten Daten | Teilnahmeerklärung

Wurde der/die Versicherte von einem anderen Leistungserbringer empfohlen und hatte ein Empfehlungsschreiben dabei?

NEIN, der Versicherte kam von sich aus.

Ja, er wurde empfohlen von:

Gynäkologe

Kardiologe

Orthopäde

Rehazentrum

Sonstige ärztliche Einrichtung

Jobcenter / Arbeitsagentur

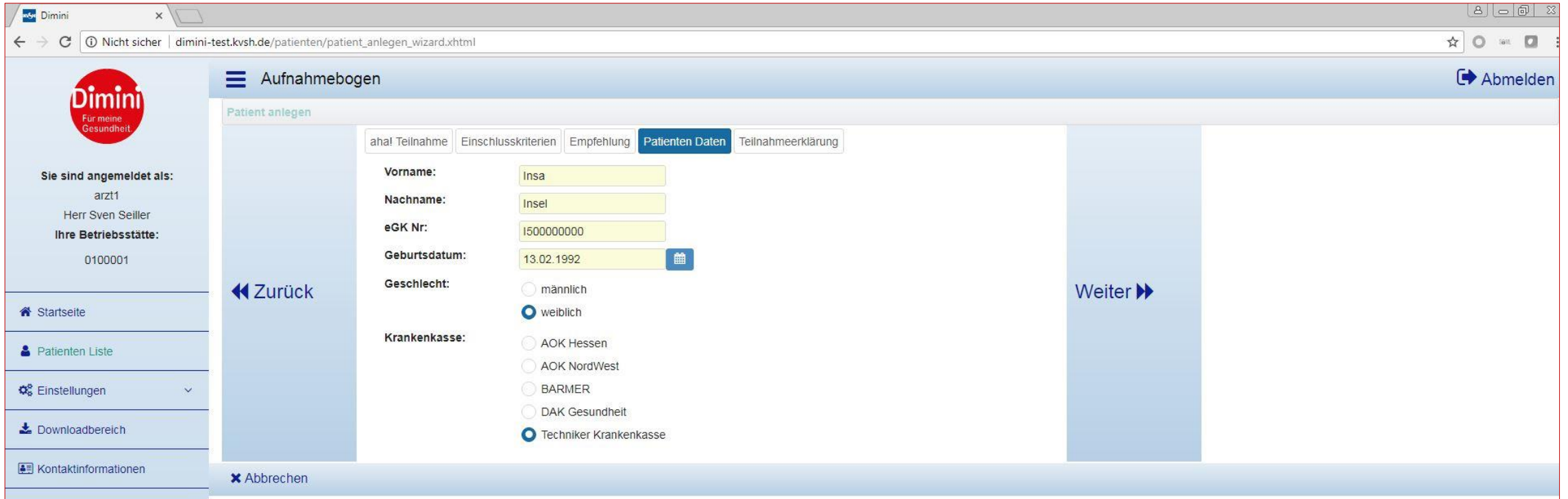
anderer Empfehler:

Zurück Zurück Weiter Weiter Abbrechen

- Wenn Sie den Patienten nicht selber auf das Dimini-Programm angesprochen haben, dann fragen Sie den Patienten bitte, ob und von wem er empfohlen wurde

Füllen Sie die Daten des Patientenkopfs aus

Patientenaufnahme (4)



- Tragen Sie bitte die persönlichen Patientendaten des/der Patienten/in ein
- Kontrollieren Sie bitte die richtige Schreibweise bei den Freitextfeldern Vorname, Nachname und eGK Nr.
- Für den weiteren Verlauf ist die Auswahl der richtigen Krankenkasse wichtig
 - Nur Versicherte der o. g. Kassen dürfen am Dimini-Programm teilnehmen

Teilnahmevoraussetzung ist die vom Patienten unterschriebene Teilnahmeerklärung der Krankenkasse

Patientenaufnahme (5)



- Durch die vorherige Auswahl der Krankenkasse, werden Sie zum Drucken der Patienten-Teilnahmeerklärung aufgefordert
- Wenn der Patient die Teilnahmeerklärung unterzeichnet und Sie „JA“ auswählen, startet die Dokumentation
- Nachdem Sie auf **Speichern** klicken, können Sie die Angaben nicht mehr ändern
- Bis hierhin können Sie die Aufnahme des Patienten jederzeit durch **Abbrechen** beenden

Führen Sie gemeinsam mit dem Patienten den FINDRISK durch, um das DMT2 Risiko zu ermitteln

FINDRISK und Randomisierung - Interventionsgruppe (1)



Dimini

dimini-test.kvsh.de/patienten/doku_findrisk.xhtml

Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Findrisk*: Insa Insel

Abmelden

Patient ▶ Findrisk ▶ Fragebogen ▶ Sozio ▶ Starterset ▶ Ziele ▶ Termin ▶ Labor

Alter

Geb.-Datum: 13.02.1992 Alter: 25

Körpergröße und Gewicht

Körpergröße: 188 cm
Gewicht: 88,0 kg
BMI: 24,9

Welchen Taillenumfang messen Sie auf der Höhe des Nabels, bzw. in der Mitte zwischen Ihrer untersten Rippe und Ihrem Beckenkamm?

Taillenumfang: 88 cm

Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung (in der Arbeit z.B. Verkaufsregale befüllen, im Haushalt z.B. Fensterputzen, in der Freizeit z.B. Radfahren, flott Spaziergehen, etwas anstrengende Gartenarbeit ...)?

Ja Nein

Wie oft essen Sie Gemüse, Obst oder dunles Brot (Roggenbrot oder Vollkornbrot)?

Jeden Tag Nicht jeden Tag

Wurden Ihnen schon einmal Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet?

Ja Nein

Hatten Sie bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte (z.B. während einer Krankheit, während einer Schwangerschaft)?

Ja Nein

Wurde bei Mitgliedern Ihrer Blutsverwandschaft Diabetes diagnostiziert?

Ja, bei leiblichen Großeltern, Tante, Onkel, Cousine, Cousin
 Ja, bei leiblichen Eltern, Schwester, Bruder, Kind
 Nein

* FINDRISK-Evaluation 2007: Prof. Dr. Peter E. H. Schwarz, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden.

Zum Patienten

Ergebnis des FINDRISK-Tests und der Randomisierung

Findrisk-Score des/der Versicherten: 18

Versicherter in folgender Gruppe: Interventionsgruppe

HINWEIS:

- Score < 12 - Ausschluss aus Versorgungsprogramm, keine weitere Dokumentation erforderlich
- Score \geq 12 - Versicherter wird in das Programm aufgenommen (es geht mit der Dimini-Dokumentation weiter)

WICHTIG: Der/die Versicherte soll nicht mit auf den Bildschirm schauen, da er/sie sonst nach Abschluss sehen könnte, in welcher Gruppe er/sie randomisiert wird (Interventions- oder Kontrollgruppe).

[↓ FINDRISK als PDF herunterladen](#)

[Patient wird in Dimini aufgenommen, weiter mit nächstem Schritt \(Versichertenfragebogen\)](#)

- **Bei Patienten mit einem Score <12 Pkt. Ist hier die Dokumentation beendet**
- Bei Versicherten Score \geq 12:
 - Achten Sie darauf, dass der Patient nicht sieht, in welche Gruppe er randomisiert wurde
- Weiteres siehe Folie 30

Der FINDRISK-Score wirkt sich nicht auf die Randomisierung aus

FINDRISK und Randomisierung – Kontrollgruppe (2)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Findrisk*: Insa Insel

Patient ▶ Findrisk ▶ Fragebogen ▶ Sozio ▶ Richtlinie ▶ Termin ▶ Labor

Alter
Geb.-Datum: 15.12.1977 Alter: 40

Körpergröße und Gewicht
Körpergröße: 188 cm
Gewicht: 88,0 kg
BMI: 24,9

Weichen Taillenumfang messen Sie auf der Höhe des Nabels, bzw. in der Mitte zwischen Ihrer untersten Rippe und Ihrem Beckenkamm?
Taillenumfang: 88 cm

Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung (in der Arbeit z.B. Verkaufsregale befüllen, im Haushalt z.B. Fensterputzen, in der Freizeit z.B. Radfahren, flott Spazierengehen, etwas anstrengende Gartenarbeit ...)?
 Ja Nein

Wie oft essen Sie Gemüse, Obst oder dunles Brot (Roggenbrot oder Vollkornbrot)?
 Jeden Tag Nicht jeden Tag

Wurden Ihnen schon einmal Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet?
 Ja Nein

Hatten Sie bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte (z.B. während einer Krankheit, während einer Schwangerschaft)?
 Ja Nein

Wurde bei Mitgliedern Ihrer Blutsverwandschaft Diabetes diagnostiziert?
 Ja, bei leiblichen Großeltern, Tante, Onkel, Cousine, Cousin
 Ja, bei leiblichen Eltern, Schwester, Bruder, Kind
 Nein

* FINDRISK-Evaluation 2007: Prof. Dr. Peter E. H. Schwarz, Universitätsklinikum Carl Gustav Carus der TU Dresden.

Zum Patienten

Ergebnis des FINDRISK-Tests und der Randomisierung

Findrisk-Score des/der Versicherten: 19
Versicherter in folgender Gruppe: **Kontrollgruppe**

HINWEIS:

- Score < 12 - Ausschluss aus Versorgungsprogramm, keine weitere Dokumentation erforderlich
- Score \geq 12 - Versicherter wird in das Programm aufgenommen (es geht mit der Dimini-Dokumentation weiter)

WICHTIG: Der/die Versicherte soll nicht mit auf den Bildschirm schauen, da er/sie sonst nach Abschluss sehen könnte, in welcher Gruppe er/sie randomisiert wird (Interventions- oder Kontrollgruppe).

[↓ FINDRISK als PDF herunterladen](#)

[Patient wird in Dimini aufgenommen, weiter mit nächstem Schritt \(Versichertenfragebogen\)](#)

- **Bei Patienten mit einem Score <12 Pkt. Ist hier die Dokumentation beendet**
- Bei Versicherten Score \geq 12:
 - Achten Sie darauf, dass der Patient nicht sieht, in welche Gruppe er randomisiert wurde
- Weiteres siehe Folie 30

Die FINDRISK-Dokumentation können Sie optional downloaden und in der Patienten-Akte ablegen

FINDRISK und Randomisierung (3)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich

Findrisk*: Insa Insel
Abmelden

Patient ▶ Findrisk ▶ Fragebogen ▶ Sozio ▶ Richtlinie ▶ Termin ▶ Labor

Alter
Geb.-Datum: 15.12.1977 Alter: 40

Körpergröße und Gewicht
Körpergröße: 188 cm
Gewicht: 88,0 kg
BMI: 24,9

Welchen Taillenumfang messen Sie auf der Höhe des Nabels, bzw. in der Mitte zwischen Ihrer untersten Rippe und Ihrem Beckenkamm?
Taillenumfang: 88 cm

Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung (in der Arbeit z.B. Verkaufsregale befüllen, im Haushalt z.B. Fensterputzen, in der Freizeit z.B. Radfahren, flott Spazierengehen, etwas anstrengende Gartenarbeit ...)?


Ergebnis des FINDRISK-Tests und der Randomisierung
Findrisk-Score des/der Versicherten: 19
Versicherter in folgender Gruppe: **Kontrollgruppe**

HINWEIS:
• Score < 12 - Ausschluss aus Versorgungsprogramm, keine weitere Dokumentation erforderlich
• Score >= 12 - Versicherter wird in das Programm aufgenommen (es geht mit der Dimini-Dokumentation weiter)

WICHTIG: Der/die Versicherte soll nicht mit auf den Bildschirm schauen, da er/sie sonst nach Abschluss sehen könnte, in welcher Gruppe er/sie randomisiert wird (Interventions- oder Kontrollgruppe).

↓ FINDRISK als PDF herunterladen

Patient wird in Dimini aufgenommen, weiter mit nächstem Schritt (Versichertenfragebogen)

- Achten Sie beim gemeinsamen Ausfüllen des FINDRISK auf wahrheitsgemäße Aussagen der Patienten
- Patienten mit einem FINDRISK-Score ≥ 12 werden automatisch in die Interventions- oder Kontrollgruppe randomisiert
 - **Achten Sie bitte darauf, dass der Patient die Randomisierung nicht mitbekommt**
- Der Score und die Studiengruppe werden Ihnen in der Webanwendung oben rechts angezeigt.
- Sie können die FINDRISK-Dokumentation und das Ergebnis mit dem Button  runterladen, ausdrucken, dem Patienten aushändigen und/oder in der Patienten-Akte ablegen
 - Bsp.-FINDRISK-PDF siehe Folie 31

Nach Durchführung des FINDRISK generiert sich eine PDF mit der FINDRISK-Dokumentation

FINDRISK und Randomisierung (4)



Dimini
Für meine Gesundheit.

FINDRISK - Dokumentation für: 14.12.2017

Anna Antana
eGK-Nr.: D214012470

Alter: 38 Jahre
Körpergröße: 172 cm
Gewicht: 172 kg
BMI: 29.1
Taillenumfang: 106 cm

Haben Sie täglich mindestens 30 Minuten körperliche Bewegung (in der Arbeit z.B. Verkaufsregale befüllen, im Haushalt z.B. Fensterputzen, in der Freizeit z.B. Radfahren, flott Spaziergehen, etwas anstrengende Gartenarbeit ...)?
Ja

Wie oft essen Sie Gemüse, Obst oder dunkles Brot (Roggenbrot oder Vollkornbrot)?
Jeden Tag

Wurden Ihnen schon einmal Medikamente gegen Bluthochdruck verordnet?
Nein

Hatten Sie bei ärztlichen Untersuchungen schon einmal zu hohe Blutzuckerwerte (z.B. während einer Krankheit, während einer Schwangerschaft)?
Ja

Wurde bei Mitgliedern Ihrer Blutsverwandtschaft Diabetes diagnostiziert?
Ja, bei leiblichen Eltern, Schwester, Bruder, Kind

Findrisk-Score: 16

- Wenn Sie die FINDRISK-Dokumentation in der Patientenakte aufbewahren möchten oder Sie es dem Patienten mitgeben möchten, dann können Sie den FINDRISK zusätzlich downloaden, abspeichern und/oder ausdrucken

Hinweis:

- Die FINDRISK-Dokumentation bleibt Ihnen, wie auch alle anderen Dimini-Dokumentationen, immer in der Webanwendung erhalten

IG- und KG-Patienten müssen den Versichertenfragebogen des inav ausfüllen

Versichertenfragebogen Interventions- und Kontrollgruppe



The screenshot shows a web browser window with the URL `dimini-test.kvsh.de/patienten/doku_verseichertenbogen.xhtml`. The page title is "Versichertenfragebogen: Insa Insel". The breadcrumb navigation is "Patient > Findrisk > Fragebogen > Sozio > Starterset > Ziele > Termin > Labor". The main content area contains the following text and form elements:

- Drucken Sie bitte den Versichertenbogen aus.
- A button labeled "Versichertenfragebogen" with a document icon.
- Haben Sie den Versichertenfragebogen ausgehändigt und hat der/die Versicherte den Versichertenfragebogen alleine ausgefüllt?
- Radio buttons for "JA" and "NEIN".
- Buttons for "Speichern" (Save) and "Abbrechen" (Cancel).

The left sidebar contains the Dimini logo and user information: "Sie sind angemeldet als: arzt1, Herr Sven Seiller, Ihre Betriebsstätte: 0100001". The bottom sidebar lists navigation options: "Startseite", "Patienten Liste", "Einstellungen", "Downloadbereich", and "Kontaktinformationen".

- Bitte drucken Sie den Versichertenfragebogen aus und lassen Sie den/die Patienten/in diesen im Wartezimmer Ihrer Praxis selbständig ausfüllen
- Im Nachgang versenden Sie bitte den Fragebogen im dafür vorgesehenen Rücksendeumschlag an das inav (Evaluationsinstitut für die Datenauswertung)
- Klicken Sie auf **Speichern** wenn der/die Patient/in den Fragebogen erhalten und ausgefüllt hat, danach geht die Dimini-Dokumentation weiter

Füllen Sie mit dem/der Patienten/in den Soziodemographischen Fragebogen aus

Soziodemographie-Bogen Interventions- und Kontrollgruppe (1)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Soziodemographie-Bogen: Insa Insel [Abmelden](#)

Patient ▶ Findrisk ▶ Fragebogen ▶ Sozio ▶ Starterset ▶ Ziele ▶ Termin ▶ Labor

Schulabschluss, Wohnsituation Familienstand Staatsangehörigkeit Behinderung, Gewohnheiten Berufstätigkeit

Welchen höchsten allgemeinbildenden Schulabschluss haben Sie?

keinen Abschluss
 Hauptschulabschluss
 Realschulabschluss
 Fachhochschul- oder Hochschulreife
 Sonstiges

Wie ist Ihre Wohnsituation zur Zeit?

allein
 mit Partner
 allein mit Kind(ern)
 mit Partner und Kind(ern)
 mit (Schwieger-) Eltern
 andere

Wie lautet Ihre Postleitzahl?

Postleitzahl:

Weiter ▶▶

Abbrechen

- Achten Sie bitte auf wahrheitsgemäße Antworten der Patienten
- Jede Frage muss beantwortet werden oder es muss min. eine Auswahl getroffen werden, damit es in der Dokumentation weiter geht

Füllen Sie mit dem/der Patienten/in den Soziodemographischen Fragebogen aus

Soziodemographie-Bogen Interventions- und Kontrollgruppe (2)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Soziodemographie-Bogen: Insa Insel

Abmelden

Patient ▶ Findrisk ▶ Fragebogen ▶ Sozio ▶ Starterset ▶ Ziele ▶ Termin ▶ Labor

Schulabschluss, Wohnsituation Familienstand Staatsangehörigkeit Behinderung, Gewohnheiten Berufstätigkeit

Haben Sie Kinder?

Ja Nein

Anzahl der Kinder: 2

Wie ist Ihr Familienstand?

keine Partnerschaft
 mit Partner, unverheiratet
 verheiratet
 getrennt lebend
 geschieden
 verwitwet
 sonstiges

Zurück Weiter

Abbrechen

- Achten Sie bitte auf wahrheitsgemäße Antworten der Patienten
- Jede Frage muss beantwortet werden oder es muss min. eine Auswahl getroffen werden, damit es in der Dokumentation weiter geht

Füllen Sie mit dem/der Patienten/in den Soziodemographischen Fragebogen aus

Soziodemographie-Bogen Interventions- und Kontrollgruppe (3)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Soziodemographie-Bogen: Insa Insel

Abmelden

Patient > Findrisk > Fragebogen > Sozio > Starterset > Ziele > Termin > Labor

Schulabschluss, Wohnsituation Familienstand Staatsangehörigkeit Behinderung, Gewohnheiten Berufstätigkeit

Haben Sie einen Migrationshintergrund?

Ja Nein

Welche Staatsangehörigkeit(en) besitzen Sie?

Deutschland

Zurück Weiter

Abbrechen

- Achten Sie bitte auf wahrheitsgemäße Antworten der Patienten
- Jede Frage muss beantwortet werden oder es muss min. eine Auswahl getroffen werden, damit es in der Dokumentation weiter geht
- Tragen Sie bei der Staatangehörigkeit des/der Patienten/in bitte das entsprechende Land ein (Mehrfachauswahl möglich)

Füllen Sie mit dem/der Patienten/in den Soziodemographischen Fragebogen aus

Soziodemographie-Bogen Interventions- und Kontrollgruppe (4)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Soziodemographie-Bogen: Insa Insel

Abmelden

Patient > Findrisk > Fragebogen > Sozio > Starterset > Ziele > Termin > Labor

Schulabschluss, Wohnsituation Familienstand Staatsangehörigkeit **Behinderung, Gewohnheiten** Berufstätigkeit

Haben Sie eine Behinderung?

Ja Nein

Grad der Behinderung: 20 %

Rauchen Sie?

Ja Nein

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja Nein

Häufigkeit in der Woche: 4 mal

Zurück Weiter

Abbrechen

- Achten Sie bitte auf wahrheitsgemäße Antworten der Patienten
- Jede Frage muss beantwortet werden oder es muss min. eine Auswahl getroffen werden, damit es in der Dokumentation weiter geht

Füllen Sie mit dem/der Patienten/in den Soziodemographischen Fragebogen aus

Soziodemographie-Bogen Interventions- und Kontrollgruppe (5)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Soziodemographie-Bogen: Insa Insel

Abmelden

Patient ▶ Findrisk ▶ Fragebogen ▶ Sozio ▶ Starterset ▶ Ziele ▶ Termin ▶ Labor

Schulabschluss, Wohnsituation Familienstand Staatsangehörigkeit Behinderung, Gewohnheiten **Berufstätigkeit**

Sind Sie berufstätig?

Ja Nein

Haben Sie einen Antrag auf Berufsunfähigkeit bzw. Erwerbsunfähigkeit gestellt?

Ja Nein

Haben Sie einen Antrag auf Frühberentung gestellt?

Ja Nein

Zurück Speichern

➤ Erst wenn alle Fragen beantwortet sind, können Sie den Fragebogen 

Patienten der Interventionsgruppe erhalten ein Dimini-Startset zur Lebensstilintervention

Dimini-Startset Interventionsgruppe



- Bitte händigen Sie **nur** den Patienten der Interventionsgruppe das Dimini-Startset aus
- Erklären Sie bitte dem Patienten den Inhalt des Dimini-Startsets und informieren Sie ihn über die Dimini-App und die Dimini-Homepage dimini.org
- Lassen Sie sich bitte die o. g. Fragen vom Patienten beantworten und klicken Sie auf [Speichern und weiter](#)

Vereinbaren Sie mit dem/der Teilnehmer/in der Interventionsgruppe realistische Ziele

Zielvereinbarung Interventionsgruppe (1)



Dimini x

Nicht sicher | dimini-test.kvsh.de/patienten/doku_zielvereinbarung.xhtml

Dimini
Für meine Gesundheit

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Zielvereinbarungsbogen: Insa Insel Abmelden

Patient ▶ Findrisk ▶ Fragebogen ▶ Sozio ▶ Starterset ▶ Ziele ▶ Termin ▶ Labor

Bitte vereinbaren Sie gemeinsam mit dem/der Versicherten die persönlichen Gesundheitsziele für die nächsten 15 Monate. Mindestens zwei der folgenden konkreten persönlichen Ziele möchte ich in den kommenden 15 Monaten erreichen:

Gewichtsreduktion bei Übergewicht (mittelfristig sollte eine Reduktion um 5% des derzeitigen Körpergewichts erreicht werden).

Ausgangsgewicht: 88.0 kg
Zielgewicht (innerhalb 15 Monate): 82,0 kg

Reduktion des Bauchumfanges (mittelfristig sollte eine Reduktion um 5% des derzeitigen Bauchumfangs erreicht werden).

Ausgangswert: 88 cm
Zielwert (innerhalb 15 Monate): 80 cm

Erreichung von mind. 30 Minuten körperlicher Aktivität/Tag (mind. 150 Min. pro Woche)

Aktivitätsziel erreichen:

Falls keine persönlichen Gesundheitsziele mit dem/der Versicherten vereinbart wurden, was war der Grund dafür?

Haben Sie dem/der Versicherten eine Schulung/ einen Präventionskurs zur Ernährung gemäß § 20 SGB V empfohlen?

Ja, Name der Schulung Ernährung leicht gemacht
 Nein

HINWEIS:
Die ausgefüllte Zielvereinbarung kann als PDF heruntergeladen, anschließend ausgedruckt und von dem/der Versicherten unterschrieben werden (Erhöhung der Compliance). Sie können die unterzeichnete Zielvereinbarung einscannen und in Ihrer Patientenakte ablegen.

↓ Zielvereinbarung PDF herunterladen

Speichern und weiter × Abbrechen

Vereinbaren Sie mit dem/der Patienten/in der Interventionsgruppe realistische Ziele

Zielvereinbarung Interventionsgruppe (2)




Zielvereinbarung

19.12.2017

Sehr geehrte Frau Insel,
wie freuen uns, dass Sie am Dimini-Programm teilnehmen. Damit stärken Sie Ihr Gesundheitsbewusstsein und senken Ihr Risiko, an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken.
Gemeinsam mit Ihrer Ärztin / Ihrem Arzt haben Sie folgende persönlichen Ziele vereinbart:

Ihr Körpergewicht zu Beginn des Programms: 88.0 kg
Ihr vereinbartes Zielgewicht: 77.0 kg

Ihr Taillenumfang zu Beginn des Programms: 88 cm
Ihr vereinbarter Zieltaillenumfang: 77 cm

Erreichung von mind. 30 Minuten körperlicher Aktivität / Tag
(mind. 150 Minuten pro Woche).

Unterschrift _____

- Vereinbaren Sie mit dem/der Patienten/in persönliche und realistische Gesundheitsziele für die nächsten 15 Monate
- Es müssen min. zwei der drei Zielvereinbarungen getroffen werden
- Falls mit dem/der Patienten/in keine Gesundheitsziele vereinbart werden, tragen Sie bitte den Grund dafür in der Webanwendung ein
- Falls Sie dem/der Patienten/in eine Schulung empfohlen haben, dann tragen Sie bitte den Namen der Schulung ein

Download und Druck der Zielvereinbarung

- Nach dem Eintragen der Gesundheitsziele in der Webanwendung generiert sich eine PDF-Datei (siehe links), die sie dem Patienten ausdrucken können [↓ Zielvereinbarung PDF herunterladen](#)
- Lassen Sie den/die Patient/in diese Zielvereinbarung unterschreiben, um die Compliance des/der Patienten/in zu erhöhen
- Beenden Sie diesen Schritt, indem Sie in der Webanwendung auf [Speichern und weiter](#) klicken (siehe vorherige Seite)

Patienten der Kontrollgruppe erhalten lediglich einen Informations-Flyer

Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie Kontrollgruppe



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Abmelden

Gesundheitsu.- oder Präv.-Richtlinie: Pinia Pinata

Patient > Findrisk > Fragebogen > Sozio > Richtlinie > Termin > Labor

Haben Sie dem/der Versicherten eine Präventionsempfehlung ausgehändigt (Muster 36)?

JA NEIN


Welche?

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressmanagement
- Suchtmittelkonsum
- Sonstige

Händigen Sie dem/der Versicherten den Informations-Flyer für die **Kontrollgruppe** aus.

HINWEIS:
Achten Sie darauf, dass es der richtige Flyer ist und dass der Versicherte nicht erfährt, welcher Gruppe er zugehört.

Speichern

- Bitte händigen Sie den Patienten der Kontrollgruppe **nur** den Dimini-Flyer, der für die Kontrollgruppe vorgesehen ist, aus
- Die Flyer für die Kontrollgruppe wurden Ihrer Praxis in einem extra markierten Umschlag mit dem Hinweis „Kontrollgruppe“ zugeschickt
- Beenden Sie auch diesen Schritt, indem Sie auf  klicken

Die Webanwendung erinnert Sie jedes Mal an die Terminvereinbarungen

Terminvereinbarungen Interventions- und Kontrollgruppe



- Vereinbaren Sie mit dem/der Patienten/in direkt die notwendigen Folgetermine und tragen Sie diese in Ihrem Patientenverwaltungssystem ein
- **Nach der Aufnahme** in das Dimini-Programm und **vor dem letzten Kontrolltermin 3** ist bei Patienten beider Gruppen eine Blutentnahme notwendig, um den HbA1c-Wert zu bestimmen
- Die Webanwendung weist nach jedem Termin/ jeder Dokumentation auf die Terminvergabe hin

Tragen Sie bitte den HbA1c-Wert des/der Patienten/in in der Webanwendung ein

Laborergebnisse Interventions- und Kontrollgruppe



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
Herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Laborergebnis: Insa Insel [Abmelden](#)

Patient ▶ Findrisk ▶ Fragebogen ▶ Sozio ▶ Starterset ▶ Ziele ▶ Termin ▶ Labor

Bitte tragen sie den HbA1c Wert ein

HbA1c Wert in % *

HbA1c Wert in mmol/mol

HINWEIS:
Bitte vermerken Sie sich den Wert auch in der Arztdokumentation (PVS, Karteikarte), da es sich um eine EBM-Leistung handelt.

Haben Sie bei dem/der Versicherten einen DMT2 diagnostiziert?

JA NEIN

Aufnahme abschließen Abbrechen

- Bevor die Dokumentation des Kontrolltermins 1 freigeschaltet wird, ist das Eintragen des HbA1c-Wertes verpflichtend
 - Schließen Sie danach mit Aufnahme abschließen die Dokumentation der Aufnahme ab
- Wurde bei dem/der Patienten/in ein DMT2 diagnostiziert, so beantworten Sie die Fragen bitte mit „JA“
 - Die Aufnahme des/der Patienten/in wird automatisch beendet
 - Nutzen Sie den Kontrolltermin 1 um den/die Patienten/in in ein DMP einzuschließen

Der Patienten-Übersicht können Sie den aktuellen Dokumentations-Status entnehmen

Patienten-Übersicht Interventions- und Kontrollgruppe (1)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Patient Übersicht: Cleo Clementine

Abmelden

Termin	Dokumentationsschritt	Erledigt
Aufnahme:	Patientendaten / Teilnahmeerklärung	<input checked="" type="checkbox"/>
	FINDRISK Test	<input checked="" type="checkbox"/>
	Versichertenfragebogen aushändigen	<input checked="" type="checkbox"/>
	Soziodemographischer Fragebogen	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dimini-Startset Dokumentation	<input checked="" type="checkbox"/>
	Gesundheitsziele Vereinbarung	<input checked="" type="checkbox"/>
	Folge Termine vereinbaren / Hinweis Laborergebnisse	<input checked="" type="checkbox"/>
	Laborergebnisse eintragen / DMT2 diagnostiziert	<input checked="" type="checkbox"/>
Kontrolltermin 1	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Zwischencoaching 1	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermin 2	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Zwischencoaching 2	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermin 3	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
	Versichertenfragebogen aushändigen	<input type="checkbox"/>
	Laborergebnisse eintragen	<input type="checkbox"/>

Bearbeiten Zur Patientenliste

Studiengruppe: Interventionsgruppe

Vorname: Cleo

Nachname: Clementine

eGK Nr.: C000000006

Geburtsdatum: 19.11.81

Geschlecht: männlich weiblich

Krankenkasse: AOK Hessen AOK NordWest BARMER DAK Gesundheit Techniker Krankenkasse

- Jeder einzelne Dokumentationsschritt, der vollständig beantwortet/ausgefüllt und gespeichert wurde, ist mit einem blauen Haken versehen, sodass Sie den Status des/der Patienten schnell überblicken können
- Alle Dokumentationsschritte sind chronologisch, wie in der Abbildung zu sehen, bedienbar
- Mit dem Klick auf [Zur Patientenliste](#) gelangen Sie zu Ihrer Patienten-Liste (siehe Folien 48,49)

In der Patienten-Übersicht können Sie den Patientenkopf bearbeiten

Patienten-Übersicht Interventions- und Kontrollgruppe (2)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Patient Übersicht: Cleo Clementine

Abmelden

Termin	Dokumentationsschritt	Erledigt
Aufnahme	Patientendaten / Teilnahmeerklärung	<input checked="" type="checkbox"/>
	FINDRISK Test	<input checked="" type="checkbox"/>
	Versichertenfragebogen aushändigen	<input checked="" type="checkbox"/>
	Soziodemographischer Fragebogen	<input checked="" type="checkbox"/>
	Dimini-Startset Dokumentation	<input checked="" type="checkbox"/>
	Gesundheitsziele Vereinbarung	<input checked="" type="checkbox"/>
	Folge Termine vereinbaren / Hinweis Laborergebnisse	<input checked="" type="checkbox"/>
	Laborergebnisse eintragen / DMT2 diagnostiziert	<input checked="" type="checkbox"/>
Kontrolltermin 1	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Zwischencoaching 1	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermin 2	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Zwischencoaching 2	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermin 3	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
	Versichertenfragebogen aushändigen	<input type="checkbox"/>
	Laborergebnisse eintragen	<input type="checkbox"/>

Studiengruppe: Interventionsgruppe

Vorname: Cleo

Nachname: Clementine

eGK Nr.: C000000006

Geburtsdatum: 19.11.81

Geschlecht: männlich weiblich

Krankenkasse: AOK Hessen AOK NordWest BARMER DAK Gesundheit Techniker Krankenkasse

- Wenn sich die Angaben des/der Patienten/in im Laufe des Programms ändern (Nachname, Krankenkasse, eGK Nr.) oder Ihnen auffällt, dass eine Angabe fehlerhaft ist, können Sie dies korrigieren
- Klicken Sie bei Bedarf auf um die Angaben zu ändern
- Klicken Sie auf damit die Änderungen in der Webanwendung übernommen werden

Patienten mit einem FINDRISK Score unter 12 Punkten beenden das Programm mit der Testdurchführung

Patienten-Übersicht, FINDRISK Score <12 (3)



Patient Übersicht: Yvette Ylon Abmelden

Aufgrund des zu niedrigen Findrisk-Scores (8 von 12 benötigten Punkten) ist der Patient vom Dimini-Programm ausgeschlossen.

Termin	Dokumentationsschritt	Erledigt
Aufnahme	Patientendaten / Teilnahmeerklärung	<input checked="" type="checkbox"/>
	FINDRISK Test	<input checked="" type="checkbox"/>
	Versichertenfragebogen aushändigen	<input type="checkbox"/>
	Soziodemographischer Fragebogen	<input type="checkbox"/>
	Gesundheitsu. - oder Präv.-Richtlinie	<input type="checkbox"/>
	Folge Termine vereinbaren / Hinweis Laborergebnisse	<input type="checkbox"/>
	Laborergebnisse eintragen / DMT2 diagnostiziert	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermin 1	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermin 2	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermin 3	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
	Versichertenfragebogen aushändigen	<input type="checkbox"/>
	Laborergebnisse eintragen	<input type="checkbox"/>

Sie sind angemeldet als:
arzt1
herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Studiengruppe: Kontrollgruppe

Vorname: Yvette

Nachname: Ylon

eGK Nr.: U000000004

Geburtsdatum: 12.11.64

Geschlecht: männlich weiblich

Krankenkasse: AOK Hessen AOK NordWest BARMER DAK Gesundheit Techniker Krankenkasse

[Bearbeiten](#) [Zur Patientenliste](#)

- Patienten, die Sie aufgenommen haben, die jedoch einen FINDRISK Score <12 haben, sind von der weiteren Dokumentation ausgeschlossen
- Diese Patienten bleiben Ihnen jedoch in der Webanwendung mit einem Hinweis erhalten
- Die Dokumentationsschritte nach dem FINDRISK Test sind inaktiv

Patienten mit einem diagnostizierten DMT2 werden vom weiteren Dimini-Programm ausgeschlossen

Patienten-Übersicht, diagnostizierter DMT2 (4)



Patient Übersicht: Balea Balearen Abmelden

Aufgrund eines vorhandenen DMT2 ist der Patient vom Dimini-Programm ausgeschlossen.

Termin	Dokumentationsschritt	Erledigt
Aufnahme	Patientendaten / Teilnahmeerklärung	<input checked="" type="checkbox"/>
	FINDRISK Test	<input checked="" type="checkbox"/>
	Versichertenfragebogen aushändigen	<input checked="" type="checkbox"/>
	Soziodemographischer Fragebogen	<input checked="" type="checkbox"/>
	Gesundheitsu.- oder Präv.-Richtlinie	<input checked="" type="checkbox"/>
	Folge Termine vereinbaren / Hinweis Laborergebnisse	<input checked="" type="checkbox"/>
	Laborergebnisse eintragen / DMT2 diagnostiziert	<input checked="" type="checkbox"/>
Kontrolltermin 1	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermin 2	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
Kontrolltermin 3	Dokumentation	<input type="checkbox"/>
	Versichertenfragebogen aushändigen	<input type="checkbox"/>
	Laborergebnisse eintragen	<input type="checkbox"/>

Sie sind angemeldet als:
arzt1
herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Studiengruppe:
Vorname: Balea
Nachname: Balearen
eGK Nr.: B000000004
Geburtsdatum: 13.11.98
Geschlecht: männlich weiblich
Krankenkasse: AOK Hessen AOK NordWest BARMER DAK Gesundheit Techniker Krankenkasse

Kontrollgruppe:

[Bearbeiten](#) [Zur Patientenliste](#)

- Patienten, bei denen ein Diabetes mellitus Typ 2 diagnostiziert wurde, sind zu benachrichtigen und werden einer Behandlung zugeführt. Die Dimini-Dokumentation wird nicht fortgeführt.
- Diese Patienten bleiben Ihnen jedoch in der Webanwendung mit einem Hinweis erhalten
- Die Dokumentationsschritte nach dem Laborergebnis sind inaktiv
- Bitte denken Sie ggf. an eine Einschreibung in ein Diabetes-DMP

Der Patienten Liste können Sie entnehmen wie viele Patienten im Dimini-Programm aufgenommen wurden

Menü Webanwendung, Patienten Liste (1)



Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
arzt1
herr Sven Seiller
Ihre Betriebsstätte:
0100001

Startseite
Patienten Liste
Einstellungen
Downloadbereich
Kontaktinformationen

Abmelden

Patieneten Liste

In allen Spalten suchen: Suchbegriff eingeben.

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	eGK-Nr.	Ausschluss
Aalglaß	Alana	01.11.1998	A000000002	
Antana	Anna	29.06.1979	D214012470	
Balearen	Balea	13.11.1998	B000000004	DMT2 diagnostiziert
Clementine	Cleo	19.11.1981	C000000006	DMT2 diagnostiziert
Dattel	Delana	20.11.1998	H000000007	
Demuth	Heike	06.02.1960	L550542618	FINDRSIK Score < 12
Engelshaar	Emilia	12.11.1998	I000000009	
Fabelhaft	Fabula	07.11.1998	J000000001	
Gottwig	Anna	22.02.1998	C644103382	
Gusta	Gina	16.11.1972	M000000007	
Herbert	Huilya	15.11.1980	T000000002	
Killa	Kilia	13.11.1998	K000000003	FINDRSIK Score < 12
Lecher	Edda	09.06.1940	H838879507	
Michel	Tatjana	26.07.1961	H702730915	
Natt	Karlheinz	10.09.1946	B987654306	
Nussbaum	Natascha	20.11.1975	A100000003	
Oelbaum	Olympia	11.11.1976	O000000002	
Paietta	Pinata	17.11.1988	P000000004	
Quelle	Quisa	11.11.1955	Q000000006	
Ritus	Risa	20.11.1987	R000000008	
Sommer	Peter	10.09.1944	F549479617	
Ylon	Yvette	12.11.1964	U000000004	FINDRSIK Score < 12
Zorn	Zora	06.06.1966	L000000005	

Patient aufnehmen

Patienten, die nach der Aufnahme vom Programm ausgeschlossen wurden, sind markiert

Menü Webanwendung, Patienten Liste (2)



Nachname	Vorname	Geburtsdatum	eGK-Nr.	Ausschluss
Aalglatt	Alana	01.11.1998	A00000002	
Antana	Anna	29.06.1979	D214012470	
Balearen	Balea	13.11.1998	B00000004	DMT2 diagnostiziert
Clementine	Cleo	19.11.1981	C00000006	DMT2 diagnostiziert
Dattel	Delana	20.11.1998	H00000007	
Demuth	Heike	06.02.1960	L550542618	FINDRISK Score < 12
Engelshaar	Emilia	12.11.1998	I00000009	
Fabelhaft	Fabula	07.11.1998	J000000001	
Gottwig	Anna	22.02.1998	C644103382	
Gusta	Gina	16.11.1972	M00000007	

- In der Patienten Liste sehen Sie, welche Ihrer Patienten an Dimini teilnehmen
- Mit den Suchfunktionen, können Sie Ihre Patienten bei den Kontrollterminen schnell und einfach finden
- Die Patienten, die nach der Aufnahme in das Dimini-Programm, vom Programm ausgeschlossen wurden, sind farblich hinterlegt
- In der letzten Spalte „Ausschluss“ ist zu erkennen, weshalb ein/e Patient/in von Dimini ausgeschlossen ist
 - FINDRISK Score <12
 - DMT2 diagnostiziert
- Klicken Sie einen Patienten an, um in die entsprechende Dokumentation zu gelangen (siehe Folie 44/45)

Um einen Überblick darüber zu bekommen, welche Patienten nun in der Interventions- bzw. Kontrollgruppe weiterbetreut bzw. zum nächsten Termin eingeladen werden müssten, können Sie die Dimini-WebAnwendung nutzen!

- ✓ Öffnen Sie zunächst die Web-Anwendung wie gewohnt und gehen dann auf die Seite „Patientenliste“.
- ✓ Blenden Sie alle Patienten mit DMT2 oder FINDRISK Score < 12 aus.
- ✓ Blenden Sie alle Patienten mit abgeschlossener Dokumentation aus.
- ✓ Blenden Sie alle Patienten aus, die ihre Teilnahme an Dimini abgebrochen haben.

Nun werden Ihnen nur noch die Patienten angezeigt, die in der Interventions- oder Kontrollgruppe weiter betreut werden.

TIPP: Fällt Ihnen auf, dass hier vielleicht noch ein Patient angezeigt wird, der nicht mehr teilnehmen möchte? Dann kennzeichnen Sie ihn bitte mit „Patient hat abgebrochen“. So haben Sie den richtigen Überblick in der Patientenliste und wir haben die korrekten Daten für die Studie.

Checken Sie die Patientenliste:

- ✓ Wurden alle Daten zu den bisher stattgefundenen Terminen eingegeben?

Nachname	Vorname	Geburtsdatum	eGK-Nr.	Eintrittsdatum	Status	Letzter Termin
Beleh	Safari	30.01.2000	P00000001	30.04.2018	KT 3 - unvollständig	04.06.2018
Schuback	Jens	16.08.1978	I50000017	10.04.2018		05.12.2018
Silvester	Holl	10.01.1967	I168791874	24.01.2019	Kontrolltermin 1	24.01.2019
Tessti	Hanna	04.07.1973	I020154680	26.07.2018	Kontrolltermin 1	26.07.2018

- ✓ Wenn nicht, tragen Sie die Daten bitte nach.
Nur bei vollständiger Dokumentation können die Leistungen auch bei Ihrer KV abgerechnet werden.
- ✓ Bitte schauen Sie auch, ob Sie den HbA1c-Wert bei den Teilnehmern eingetragen haben.

Prüfen Sie nun, ob noch teilnehmende Patienten vielleicht „überfällig“ sind.

- ✓ Gehen Sie hierzu auf die Seite „Terminplanung“.
- ✓ Lassen Sie sich alle Patienten anzeigen mit ausstehenden Terminen bis: → aktuelles Datum
- ✓ Dann sehen Sie automatisch, welcher Patient bis wann zu welchem Termin hätte kommen sollen.
- ✓ Wenn Sie den Patient daraufhin einbestellen, können Sie dies unter „Recall erledigt“ abhaken.

Studiengruppe	Nachname	Vorname	eGK-Nr.	Nächster Termin: Art	Nächster Termin: Datum	Recall erledigt
Alle	Schuback	Jens	I50000017	Kontrolltermin 3	13.08.2019 - KW 28	<input type="checkbox"/>

Planen Sie nun die nächsten Termine.

- ✓ Planen Sie vorausschauend und wenden die oben beschriebene Sortierung und Einbestellung der Teilnehmer für einen Ihnen passenden Zeitraum an (zum Beispiel für den nächsten Monat oder das nächste Quartal).
- ✓ Geben Sie hierzu das jeweilige Datum in „Patienten anzeigen mit ausstehenden Terminen bis“ ein.

WICHTIG: Wenn ein Teilnehmer bei der Einbestellung sagt, er möchte nicht mehr an Dimini teilnehmen, vermerken Sie dies bitte wieder bei dem Patienten in der Web-Anwendung unter „Patient hat abgebrochen“.

Super! Vielen Dank!

Jetzt sollten alle Daten auf dem neuesten Stand sein und Ihnen die weitere Durchführung von Dimini erleichtern.

Denken Sie bitte immer daran,

- ✓ die vorgesehenen Zeiträume zwischen den Terminen so gut wie möglich einzuhalten,
- ✓ den letzten Kontrolltermin (t3) spätestens im September 2020 durchzuführen (dann endet Dimini),
- ✓ alle Daten – bis zum Schluss – in die Web-Anwendung einzutragen und
- ✓ alle Gebührenordnungspositionen der erbrachten Leistungen in der Quartalsabrechnung des jeweiligen Arztes (LANR) anzugeben.

Sie haben noch Fragen? Rufen Sie uns gerne an:

- Allgemeine Fragen: 04551/883-443 bzw. -543 (KVSH)
- Allgemeine Fragen: 04621/85 54 25 (Dimini-Büro)
- Technische Fragen zur Web-Anwendung: 04551/883-888 (KVSH, Team Telematik)

Anlage 8: Selektivvertrag

Vertrag
über die Durchführung des Projektes „Dimini:
Aktivierung der Gesundheitskompetenz von Versicherten mit erhöhtem Risiko für Di-
abetes mellitus Typ 2
mittels Coaching in der Vertragsarztpraxis
– Diabetes mellitus? – Ich nicht!“
im Rahmen des Innovationsfonds

auf der Grundlage des § 140a SGB V

zwischen

der AOK NORDWEST – Die Gesundheitskasse, Region Schleswig-Holstein,
der BARMER, Axel Springer Str. 44, 10969 Berlin
Korrespondenzadresse: Landesvertretung Schleswig-Holstein, Hopfenstr. 1d,
24114 Kiel

der DAK-Gesundheit, Landesvertretung Schleswig-Holstein,
der Techniker Krankenkasse, Landesvertretung Schleswig-Holstein,
der AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen,

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
und
der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

und

docevent GmbH (alleinvertretungsberechtigt Dr. Carsten Petersen)

und

MSD SHARP & DOHME GmbH

und unter Beteiligung

der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaue-
krankungen e.V. (DGPR),
und der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG).

Akronym: Dimini

Förderkennzeichen: 01NVF17012

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1 Ziele des Dimini-Projektes

§ 2 Teilnahme von Ärzten

§ 3 Teilnahme von Rehabilitationszentren

§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte

§ 5 Aufgaben der teilnehmenden Rehabilitationseinrichtungen

§ 6 Teilnahme der Versicherten

§ 7 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

§ 8 Aufgaben der Krankenkassen

§ 9 Aufgaben Dr. Petersen

§ 10 Aufgaben MSD Sharp & Dohme GmbH

§ 11 Technische Umsetzung

§ 12 Vertragsausschuss

§ 13 Vergütung

§ 14 Wirtschaftlichkeit und Abrechnung

§ 15 Datenschutz

§ 16 Öffentlichkeitsarbeit

§ 17 Evaluation

§ 18 Salvatorische Klausel

§ 19 Laufzeit und Kündigung

Anlagenregister

Anlage 1 Teilnahmeerklärung Arzt KVSH, KV Hessen

Anlage 2 Teilnahmeerklärung Versicherte

Anlage 2a Teilnahmeerklärung Versicherte AOK NordWest, Barmer, DAK

Anlage 2b Teilnahmeerklärung Versicherte TK

Anlage 2c Teilnahmeerklärung Versicherte AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen

Anlage 3 Versicherteninformation und Datenschutzmerkblatt

Anlage 3a Versicherteninformation und Datenschutzmerkblatt AOK NordWest, Barmer, DAK

Anlage 3b Versicherteninformation und Datenschutzmerkblatt TK

Anlage 3c Versicherteninformation und Datenschutzmerkblatt AOK – Die Gesundheitskasse in
Hessen

Anlage 4 Teilnahmeerklärung Rehabilitationszentrum

Anlage 5 Empfehlung zur Teilnahme (für Praxen der Ebene 1 und Rehabilitationseinrichtungen)

Anlage 6 Muster elektronische Dokumentation

Anlage 7 Vergütung

Anlage 8 Leistungserbringerverzeichnis

Anlage 9 Ablauf

Anlage 10 Abrechnung Standard-Report KVSH

Anlage 11 Teilnahmeerklärung Verfahren

Anlage 12 Ausfüllhinweise zur Teilnahmeerklärung Versicherte AOK Hessen

Präambel

Das Thema Gesundheitskompetenz gewinnt aktuell an Bedeutung¹. Bis heute existiert jedoch keine einheitliche Begriffsdefinition oder Erkenntnis darüber, welche Fähigkeiten zu einer gestärkten Gesundheitskompetenz führen. Man geht davon aus, dass in Deutschland ca. 32% der Bevölkerung eine „problematische“ und ca. 12 % eine „inadäquate“ Gesundheitskompetenz aufweisen².

Diabetes mellitus Typ 2 gehört in Deutschland zu einer der häufigsten Erkrankungen. In Deutschland sind etwa acht Millionen³ Menschen betroffen. Der Typ-2-Diabetes bleibt nach internationalen Untersuchungen in bis zu 50 % der Fälle über lange Jahre unentdeckt und wird oft erst im Rahmen einer Routine-Laboruntersuchung auffällig⁴. In der DEGS-Studie wurde mittels Blutzucker- und HbA1c-Messung eine Gesamprävalenz unerkannter Diabetesfälle in Höhe von 2,1 % berichtet.⁵

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass mittels gezielter Ansprache die Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 bei Menschen mit einem erhöhten Risiko verhindert oder zumindest verzögert werden kann, da die Krankheit zum größten Teil durch ungünstige Lebensstilfaktoren bedingt ist. Zentraler Ansatz ist daher die Veränderung des Lebensstils der Betroffenen durch optimierte Kommunikation zwischen Arzt, Medizinischen Fachangestellten und Versicherten, die Förderung der Gesundheitskompetenz und somit die Motivation zu mehr Bewegung und gesunder Ernährung. Die Lebensqualität und Lebenserwartung können erhöht, Gesundheitsausgaben auch in langfristiger Perspektive gesenkt werden.

Durch die intersektorale sowie sektorenübergreifende Zusammenarbeit von Leistungserbringern der Gesetzlichen Krankenversicherung kann eine weiträumige Ansprache und Aufklärung von Menschen mit erhöhtem Diabetesrisiko erfolgen.

§ 1 Ziele und Maßnahmen des Dimini-Projektes

Die Ziele des Dimini-Projektes (Diabetes mellitus? – Ich nicht!) bestehen darin, die Gesundheitskompetenz der teilnehmenden Versicherten durch eine optimierte Ansprache und Kommunikation zu stärken und die Risikoversicherten für mögliche individuelle gesundheitliche Risiken zu sensibilisieren. Mittels standardisiertem Fragebogen wird das Risiko, in den nächsten zehn Jahren an einem Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken, ermittelt. Bei Vorliegen eines relevanten Diabetesrisikos sollen geeignete Maßnahmen zur Lebensstilveränderung eingeleitet werden, um die Gesundheitskompetenz der Versicherten zu fördern und die Erkrankung an Diabetes mellitus Typ 2 und dessen Folgeerkrankungen wie Erblindung, Nierenversagen (bis hin zur Dialyse oder Nierentransplantation), diabetisches Fußsyndrom, Amputation, Herzinfarkt, Schlaganfall sowie Depression⁶ zu verhindern oder das Risiko der Erkrankung zu vermindern.

Mit Hilfe der Versorgungsstruktur und einer standardisierten Ansprache sollen Patienten mit hohem Risiko für Diabetes mellitus Typ 2, Prädiabetes oder einen bisher noch nicht diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2 frühzeitig identifiziert und unter ärztlicher Begleitung zur eigenverantwortlichen und aktiven Änderung ihres Lebensstils motiviert werden.

Die oben genannten Ziele sollen durch folgende Maßnahmen erreicht werden:

¹ Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung e.V. (2003). gesundheitsziele.de Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht Auszug der Ergebnisse von AG 8 Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patientensouveränität stärken. http://gesundheitsziele.de/cms/medium/256/030214_bericht_final1_ag8.pdf [30.06.2016]

² Jordan S, Hoebble J. (2015). Gesundheitskompetenz von Erwachsenen in Deutschland Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA). Bundesgesundheitsbl, 58:942–950

³ Köster I, Schubert I, Huppertz G: Fortschreibung der KoDIM-Studie: Kosten des Diabetes mellitus, 2000-2009, Dtsch Med Wochenschr 2012; 137: 1013–1016

⁴ Gesundheitsziele.de, 2003

⁵ Kurth B-M: Erste Ergebnisse aus der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS). Bundesgesundheitsbl 2012; 55: 980–990

⁶ Heidemann et al, 2011

1. Ansprache von Versicherten bei Hausärzten, Fachärzten und in Rehabilitationszentren,
2. den Einsatz des FINDRISK-Bogens zur Früherkennung des individuellen Risikos, an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken,
3. eine individuelle ärztliche Aufklärung des Versicherten hinsichtlich
 - a) des ermittelten Risikos einer Erkrankung an Prädiabetes bzw. Diabetes mellitus Typ 2,
 - b) der Bedeutung der Krankheit sowie möglicher Begleit- und Folgeerkrankungen,
 - c) der möglichen präventiven Maßnahmen,
 - d) der angeratenen aktiven Lebensstiländerung mit Hilfe einer Zielvereinbarung zwischen Arzt und Patient,
4. eine ärztliche Betreuung des Patienten während der Lebensstiländerung bis zu einer Dauer von 16 Monaten.

§ 2 Teilnahme von Ärzten

An diesem Vertrag können alle im Bereich der KVSH und KV Hessen zugelassene Ärzte und bei diesen angestellte Ärzte sowie in zugelassenen MVZ angestellte Ärzte teilnehmen, die die folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- a) Teilnahme an Ebene 1 (Ansprache, Einschreibung, Übermittlung – vgl. § 4):

Zulassung oder Anstellung als

 - Facharzt für Gynäkologie,
 - Facharzt für Orthopädie,
 - Facharzt für Kardiologie.
 - b) Teilnahme an Ebene 2 (Ansprache, ggf. Einschreibung, FINDRISK, Beratung, Lebensstilintervention – vgl. § 4):
 - i. Zulassung oder Anstellung als
 - Facharzt für Allgemeinmedizin,
 - Facharzt für Innere Medizin mit Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a SGB V
 - Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Diabetologie oder Nephrologie,
 - ii. Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an
 - einer Dimini-Schulung
oder
 - einem Dimini-eLearning.
2. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und schriftlich mittels Teilnahmeerklärung (Anlage 1) bis zum 31.08.2018 bei der KVSH bzw. KV Hessen zu beantragen. Die Teilnahme der Ärzte beginnt – vorbehaltlich der Genehmigung zur Teilnahme – mit dem Tag des Eingangs des Antrags bei der KVSH bzw. KV Hessen.
 3. Die Teilnahme an diesem Vertrag endet:
 - a) wenn der Arzt seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der KVSH bzw. KV Hessen kündigt. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende eines Quartals.
 - b) mit dem Ruhen und der Beendigung der Zulassung bzw. Anstellung sowie

- c) mit Beendigung dieses Vertrages.
- d) wenn der Arzt die Aufgaben aus diesem Vertrag wiederholt nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt. Über den Ausschluss entscheidet der Vertragsausschuss einvernehmlich. Der von diesem Vertrag ausgeschlossene Arzt erhält einen schriftlichen Bescheid über den Ausschluss.

§ 3 Teilnahme von Rehabilitationseinrichtungen

1. Diesem Vertrag können im Bereich der KVSH und KV Hessen ansässige Rehabilitationseinrichtungen gemäß § 107 Abs. 2 SGB V (nachstehend Rehabilitationszentren genannt) beitreten, die einen Vertrag mit den teilnehmenden Krankenkassen nach § 111 SGB V geschlossen haben und die:

- a. die Indikation Herz-Kreislauf versorgen, ggf. Orthopädie
- b. laut Selbstauskunft innerhalb dieser Indikationen eine jährliche Fallzahl von 1.000 aufweisen,
- c. laut Selbstauskunft über Ernährungsberatung und Lehrküchen verfügen

und den vorliegenden Vertrag gegen sich gelten lassen.

2. Rehabilitationszentren, die die oben genannten Voraussetzungen erfüllen und am Vertrag teilnehmen möchten, erklären ihre freiwillige Teilnahme mittels Beitrittserklärung (Anlage 4) bis spätestens zum 31.08.2018 gegenüber der KVSH bzw. KV Hessen. Die Leistungen können frühestens mit der durch die KVSH bzw. KV Hessen ausgestellte Bestätigung des Beitritts erbracht und abgerechnet werden.

3. Die Teilnahme an diesem Vertrag endet:

- a) wenn die Rehabilitationseinrichtung ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der KVSH bzw. KVH kündigt. Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende eines Quartals.
- b) Mit dem Ende des Versorgungsvertrages gem. § 111 SGB V.

§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte

Die Leistungen können unter Beachtung der Anlage 24 BMV-Ä delegiert werden.

I. Ebene 1

- 1. Der Arzt prüft welche Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen die spezifischen Teilnahmebedingungen dieses Vertrages erfüllen und weist diese auf folgende Punkte hin:
 - a) Ziele, Inhalte und Vorteile dieses Vertrages,
 - b) die freiwillige Teilnahme, die Teilnahmevoraussetzungen, sowie Beginn, Dauer und Ende der Teilnahme,
 - c) die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme und Kündigungsmöglichkeit aus wichtigem Grund,
 - d) die mit der Teilnahme verbundene eigenverantwortliche und aktive Mitarbeit des Versicherten (insbesondere hinsichtlich Umsetzung Therapiehinweise und Therapieziele),
 - e) die Evaluation des Programms,
 - f) die im Rahmen des Programms vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung, pseudonymisierter Daten.

2. Der Arzt füllt zusammen mit dem Versicherten die Teilnahmeerklärung (Anlage 2) aus und händigt die Versicherteninformation (Anlage 3) und das Datenschutzmerkblatt (Anlage 3) aus. Die Teilnahmeerklärung (im Original) ist jeweils am Mittwoch von den in Schleswig-Holstein niedergelassenen Praxen an die KVSH bzw. von den in Hessen ansässigen Praxen an die AOK Hessen zu übermitteln.
3. Der Arzt vermittelt den Versicherten an einen Arzt der Ebene 2 (Terminvereinbarung) und händigt dem Versicherten das Informationsblatt Überweisung (Anlage 5) aus.

II. Ebene 2

1. Sofern der Versicherte nicht von einem Arzt der Ebene 1 überwiesen wurde (dann weiter bei Nr. 4), prüft der Arzt der Ebene 2 (Coaching-Arzt), welche Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen die spezifischen Teilnahmebedingungen dieses Vertrages erfüllen und spricht sie auf die mögliche Teilnahme am Programm an.
2. Der Arzt weist den Versicherten auf folgende Punkte hin:
 - g) Ziele, Inhalte und Vorteile dieses Vertrages,
 - h) die freiwillige Teilnahme, die Teilnahmevoraussetzungen, sowie Beginn, Dauer und Ende der Teilnahme,
 - i) die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme und Kündigungsmöglichkeit,
 - j) die mit der Teilnahme verbundene eigenverantwortliche und aktive Mitarbeit des Versicherten (insbesondere hinsichtlich Umsetzung Therapiehinweise und Therapieziele),
 - k) die Evaluation,
 - l) die im Rahmen des Programms vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung, pseudonymisierter Daten.
3. Der Arzt füllt zusammen mit dem Versicherten die Teilnahmeerklärung (Anlage 2) aus und händigt die Versicherteninformation (Anlage 3) und das Datenschutzmerkblatt (Anlage 3) aus. Die Teilnahmeerklärung (im Original) ist jeweils am Mittwoch von den in Schleswig-Holstein niedergelassenen Praxen an die KVSH bzw. von den in Hessen ansässigen Praxen an die AOK Hessen zu übermitteln.
4. Der Arzt füllt zusammen mit dem Versicherten den FINDRISK-Bogen (Anlage 6) aus und gibt diese Daten in die KVSH-Web-Anwendung (siehe auch § 7 Nr. 6) bzw. – sofern möglich – in sein Praxisverwaltungssystem (PVS) ein.
5. Der Arzt erhält den Score-Wert und die automatische Zuordnung des Versicherten in die Interventions-/ Kontrollgruppe direkt aus der Web-Anwendung bzw. PVS.
6. Bei einem Score < 12 verabschiedet der Arzt den Versicherten aus dem Programm.
7. Bei einem Score \geq 12 führt der Arzt die Laboruntersuchung (HbA1c, ggf. oraler Glucosetoleranztest) durch.⁷
8. Bei Versicherten der Interventionsgruppe bespricht der Arzt die Ergebnisse des FINDRISK-Bogens sowie der Laboruntersuchung mit dem Versicherten und leitet je nach Ergebnis eine der folgenden Maßnahmen ein:
 - a) Score \geq 12: Ergreifung von geeigneten Maßnahmen zur Lebensstilintervention (aha!-Programm), Einführung in die Anwendung des papierbasierten aha!-Startsets oder der aha!-App, gemeinsame Erstellung einer Zielvereinbarung,
 - b) Score \geq 15: Ergreifung von geeigneten Maßnahmen zur Lebensstilintervention (aha!-Programm), Einführung in die Anwendung des papierbasierte aha!

⁷ Abrechnung über EBM
Ergebnisbericht – Anlage 9 Selektivvertrag

Startsets oder der aha!-App, gemeinsame Erstellung einer Zielvereinbarung, Erteilen von Expertentipps,

- c) Prädiabetiker: Ergreifung von geeigneten Maßnahmen zur Lebensstilintervention (aha!-Programm), Einführung in die Anwendung des papierbasierten aha!-Startsets oder der aha!-App, gemeinsame Erstellung einer Zielvereinbarung, Erteilen von Expertentipps, Empfehlung zur Teilnahme an Schulungsprogrammen.
 - d) Bei Diagnosestellung von Diabetes mellitus Typ 2: Verabschiedung des Versicherten aus dem Programm; Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2 und Beratung des Versicherten zu einer möglichen, freiwilligen Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2; mit ggf. umgehender Einschreibung ins DMP Diabetes mellitus Typ 2.
9. Bei Versicherten der Kontrollgruppe vermittelt der Arzt die Ratschläge gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien.
10. Der Arzt betreut den Versicherten der Interventionsgruppe weiter und führt ein laufendes Monitoring nach folgenden Intervallen durch:
- a) 1. Follow-up: Nachbeobachtung und Besprechung nach 3 Monaten
 - b) Zwischencoaching drei Monate nach a)
 - c) 2. Follow-up: Nachbeobachtung und Besprechung nach 9 Monaten
 - d) Zwischencoaching drei Monate nach c)
 - e) 3. Follow-up: Nachbeobachtung und Besprechung nach 15 Monaten

Der Arzt dokumentiert die Daten während oder direkt im Anschluss an das Gespräch elektronisch in der KVSH-Webanwendung oder PVS und leitet die Daten (gemäß §§ 11 und 17) zu Evaluationszwecken weiter.

11. Bei Versicherten der Kontrollgruppe erhebt der Arzt innerhalb der Follow-ups (nach 3, 9 und 15 Monaten) die vorgeschriebenen Parameter elektronisch und leitet diese zu Evaluationszwecken weiter (vgl. §§ 11 und 17).

§ 5 Aufgaben der teilnehmenden Rehabilitationszentren

1. Das Rehabilitationszentrum prüft welche Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen die spezifischen Teilnahmebedingungen dieses Vertrages erfüllen und weist sie auf folgende Punkte hin:
 - a) Ziele, Inhalte und Vorteile dieses Vertrages,
 - b) die freiwillige Teilnahme, die Teilnahmevoraussetzungen, sowie Beginn, Dauer und Ende der Teilnahme,
 - c) die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme und Kündigungsmöglichkeit,
 - d) die mit der Teilnahme verbundene eigenverantwortliche und aktive Mitarbeit des Versicherten (insbesondere hinsichtlich Umsetzung Therapiehinweise und Therapieziele),
 - e) die Evaluation des Programms,
 - f) die im Rahmen des Programms vorgesehene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung, pseudonymisierter Daten.
2. Das Rehabilitationszentrum füllt zusammen mit dem Versicherten die Teilnahmeerklärung (Anlage 2) aus und händigt die Versicherteninformation (Anlage 3) und das Datenschutmerkblatt (Anlage 3) aus. Die Teilnahmeerklärung (im Original) ist jeweils am Mittwoch von den in Schleswig-Holstein ansässigen Rehabilitationszentren an die KVSH bzw. von den in Hessen ansässigen Rehabilitationszentren an die AOK Hessen zu übermitteln.

3. Das Rehabilitationszentrum vermittelt den Versicherten an einen Arzt der Ebene 2 (Terminvereinbarung) und händigt dem Versicherten das Informationsblatt Überweisung (Anlage 5) aus.

§ 6 Teilnahme der Versicherten

1. Teilnahmeberechtigt sind im Bezirk der KVSH alle Versicherten der AOK NORDWEST, der BARMER, der DAK-Gesundheit und der Techniker Krankenkasse sowie im Bezirk der KV Hessen alle Versicherten der AOK Hessen, unabhängig von ihrem Wohnort, die
 - a) das 18. Lebensjahr⁸ vollendet haben und
 - b) subjektiv durch den Arzt als Risikopatient (z. B. erkennbare abdominelle Adipositas, Familienanamnese, bewegungsarmer Lebensstil) einzustufen sind und
 - c) in der Lage sind eigenverantwortlich und aktiv die getroffenen Maßnahmen zur Lebensstilintervention umzusetzen.
2. Eine Teilnahme von Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen scheidet bei folgenden Kriterien aus:
 - a) vorliegende Mangelernährung
 - b) bestehende Schwangerschaft
 - c) Alkohol- oder Drogensucht
 - d) bekannte psychiatrische Erkrankung
 - e) bereits diagnostizierten Diabetes mellitus Typ 2
 - f) Teilnahme an aha!2.0
 - g) Teilnahme an klinischen Studien
3. Die Teilnahme ist freiwillig und beginnt mit dem Datum der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 2). Die Teilnahme kann bis spätestens 30.11.2018 erklärt werden.
4. Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei ihrer Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen. Hieraus entstehen dem Versicherten keine Nachteile in der Betreuung und Behandlung. Zur Fristwahrung genügt eine rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die Krankenkasse den Versicherten über das Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerspruchsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.
5. Die Teilnahme der Versicherten endet:
 - a) durch Widerruf der Teilnahmeerklärung,
 - b) durch Kündigung aus wichtigem Grund,
 - c) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der Krankenkasse bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruches nach § 19 SGB V,
 - d) wenn der behandelnde Arzt des Versicherten nicht mehr am Vertrag teilnimmt,
 - e) nach Abschluss der Lebensstiländerung, spätestens 16 Monate nach Ergreifung von Maßnahmen zur Lebensstilintervention.
 - f) mit dem Ende dieses Vertrages.
6. Die Einschreibung in diesen Vertrag bei einem teilnehmenden Arzt oder bei einem teilnehmenden Rehabilitationszentrum, der/das keine Kenntnis über eine anderweitig bestehende Teilnahme des Versicherten an dem vorliegenden Vertrag oder über eine Kündigung bzw.

⁸ Die Teilnahme von ausschließlich erwachsenen Personen ist nur möglich, da der FINDRISK-Bogen nur für Erwachsene evidenzbasiert ist.
Ergebnisbericht – Anlage 9 Selektivvertrag

einen Widerruf des Versicherten zur Teilnahme an diesem Vertrag hat, gilt als wirksam, bis er/es in geeigneter Weise über den Teilnahmestatus informiert wurde.

§ 7 Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen

1. Die KVSH und die KV Hessen informieren alle teilnahmeberechtigten Ärzte und die ihr von der DGPR zu benennenden Rehabilitationszentren in ihrer Region über die Inhalte und Teilnahmevoraussetzungen dieses Vertrages.
2. Die KVSH und die KV Hessen prüfen die Teilnahmeerklärungen der Ärzte und Rehabilitationszentren (Anlage 4) in ihrer Region und erteilen bei Vorliegen der Voraussetzungen die Genehmigung bzw. Bestätigung zur Teilnahme am Vertrag.
3. Die KVSH und die KV Hessen pflegen ein Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 8) über die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte und Rehabilitationszentren. Sie übermitteln dieses Verzeichnis quartalsweise bis zum 10. des ersten Monats des Folgequartals in elektronischer Form auf gesicherten Datenwegen an die teilnehmenden Krankenkassen ihrer Region. Sie veröffentlichen ein Leistungserbringerverzeichnis (Anlage 8) auf ihrer Homepage.
4. Die KVSH und die KV Hessen stellen den in ihrer Region teilnehmenden Ärzten und Rehabilitationszentren jeweils die Teilnahme-/Einwilligungserklärung für Versicherte (kassen-spezifische Varianten), ggf. auch als Druckvorlage in elektronischer Form, zur Verfügung (Anlage 2).
5. Die KVSH nimmt die Teilnahme-/Einwilligungserklärungen der Versicherten aus ihrer Region (Anlage 2) entgegen und leitet diese entsprechend der Anlage 11 an die Krankenkassen weiter. Die KV Hessen informiert die KVSH auf Basis der von der AOK Hessen übermittelten Teilnehmerverzeichnisse der Versicherten einmal pro Woche über die aktuelle Fallzahl. Die KVSH überwacht die Fallzahlentwicklung für beide Bundesländer.
6. Die KVSH und die KV Hessen stellen den teilnehmenden Ärzten zum Zweck der Datenerfassung eine Web-Anwendung (KVSH-Webanwendung) zur Dokumentation der Daten (Anlage 6) zur Verfügung und ermöglichen die datenschutzkonforme Weiterleitung der pseudonymisierten Daten an das evaluierende Institut (vgl. § 16).
7. Die KVSH führt die Abrechnung der Leistungserbringer ihrer Region im Rahmen dieses Vertrages durch. Über die abgerechneten Leistungen führt die KVSH einen Standard-Report (Anlage 10), den sie den Kassen regelmäßig für jedes Quartal nach Quartalsabschluss übermittelt.
8. Die KV Hessen führt die artzseitige Abrechnung der vereinbarten Leistungen im Rahmen der Quartalsabrechnung durch.
9. Die KV Hessen führt die kassenseitige Abrechnung mit der AOK Hessen durch (siehe § 14 Abs. 5).

§ 8 Aufgaben der Krankenkassen

1. Die teilnehmenden Krankenkassen informieren und beraten ihre Versicherten über die Inhalte und Ziele dieses besonderen Vertrages.
2. Die teilnehmenden Krankenkassen erstellen die Teilnahme-/Einwilligungserklärung, die Versicherteninformation sowie das Datenschutzmerkblatt für die Versicherten.
3. Die Krankenkassen beobachten die Inanspruchnahme und die vertragliche Versorgung und beteiligen sich an erforderlichen Entwicklungen des Projektes.
4. Die AOK Hessen vergütet die Leistungen dieses Vertrages (Anlage 7) gegenüber der KV Hessen bzw. gegenüber den in Hessen teilnehmenden Rehabilitationszentren.

5. Die AOK Hessen nimmt die Teilnahmeerklärungen der Versicherten entgegen und prüft die Teilnahmeberechtigungen der Versicherten. Sie erstellt wöchentlich ein Teilnehmerverzeichnis der teilnehmenden und abgelehnten Versicherten und übermittelt dieses in elektronischer Form an die KV Hessen. Die Zeitpunkte und das Verfahren bestimmen die KV Hessen und die AOK Hessen in gemeinsamer Abstimmung nach Vertragsstart.

§ 9 Aufgaben der docevent GmbH (Dr. Petersen)

Herr Dr. Petersen als Ideengeber und Initiator des aha!-Programms zeichnet insbesondere verantwortlich für:

1. die (Weiter-)Entwicklung und Begleitung des Projektes,
2. die Inhalte der aha!-App und des aha!-Startsets,
3. das Curriculum für train-the-trainer-Seminare und eLearning,
4. die Koordination von Information und Fortbildungen,
5. die Bereitstellung und Pflege der Programmwebsite und web-Kommunikation,
6. die Distribution des aha!-Startsets,
7. die Bereitstellung der Helpdesk Funktion für teilnehmende Versicherte, Mediziner und Praxispersonal,
8. die inhaltliche Mitwirkung bei der Gestaltung der elektronischen Dokumentation.

§ 10 Aufgaben MSD Sharp & Dohme GmbH

MSD übernimmt insbesondere folgende Aufgaben:

1. die inhaltliche und ggf. finanzielle Unterstützung
 - a. der (Weiter-)Entwicklung und Begleitung des Dimini-Projektes,
 - b. der Erstellung des Evaluationskonzeptes und -designs,
 - c. der Konzeption, Entwicklung und Implementierung der aha!-App,
 - d. der Erstellung des Kommunikationskonzeptes,
2. Schnittstellenmanagement (in weiteren Regionen) mit weiteren Projektbeteiligten,
3. Kommunikationsmaßnahmen zum Dimini-Projekt gemäß regionaler Absprache.

§ 11 Technische Umsetzung

Die Vertragspartner planen die Implementierung einer digitalen Prozesskette von der Risikorechner-Berechnung über die Erfassung der standardisierten Dokumentationsbögen bis hin zur automatischen Bereitstellung der Ergebnisse an den Evaluator. Geplant ist ein mehrstufiges Umsetzungsmodell:

1. KVSH-Webanwendung:
 - Die KVSH stellt für Desktop-PC und Mobile-Device eine Web-Anwendung zur Verfügung, die im Internet, im KV-SafeNet und perspektivisch im Netz der Telematik-Infrastruktur verfügbar sein wird.
 - Praxen ohne KV-SafeNet-Anschluss können die Anwendung über Smartphones oder Tablets im Internet nutzen, ohne dass ein Risiko für die Praxis-EDV besteht.
 - Die Web-Anwendung hält alle für die Evaluation notwendigen Formulare vor und ermöglicht die elektronische Erfassung der vorgesehenen Dokumentation inkl. der Berechnung des FINDRISK-Scores und der automatischen Zuordnung in die Interventions- bzw. Kontrollgruppe.

- Zudem erfolgt eine Plausibilitätsprüfung und die Arztpraxis wird durch die vorgesehenen Prozessschritte geleitet.
 - Die für die Evaluation relevanten Daten werden in geeignetem Format aggregiert, auf einem KVSH-Server gespeichert und über sichere Austauschverfahren vom Evaluator abgeholt.
2. Aufbauend auf Nummer 1 soll innerhalb der Web-Anwendung ein automatisches Befüllen von festgelegten Formularfeldern durch die Praxis EDV ermöglicht werden.
 3. Mittels geeigneter Software-Schnittstelle (wie zum Beispiel S3C) oder Geräte-Schnittstelle, sollen alle notwendigen Formulare, die automatische Befüllung festgelegter Formularfelder, elektronische Erfassungsmöglichkeiten, Berechnung des Scores, automatische Zuordnung in die Interventions-/ bzw. Kontrollgruppe und Plausibilisierung aller Prozessschritte in die Praxis-Software (PVS) integriert werden. Die für die Evaluation benötigten Daten sollen nach vorheriger Freigabe durch die Praxis pseudonymisiert direkt an den Zielsever übertragen werden. Nur das berechnete Evaluations-Institut hat die Möglichkeit, diese Daten vom Zielsever abzuholen. Alle abrechenbaren Gebührenpositionen sollten automatisch in die Quartalsabrechnung übernommen werden können (vgl. Anlage 9 Ablaufdiagramm).

§ 12 Vertragsausschuss

1. Die Vertragspartner bilden einen paritätisch besetzten Vertragsausschuss zur Erfüllung der in diesem Vertrag festgelegten Aufgaben sowie zur Gewährleistung einer gemeinschaftlichen und einvernehmlichen Umsetzung des Vertrages.
2. Der Vertragsausschuss tagt auf besonderen Anlass, mindestens aber einmal jährlich. Die Einladung koordiniert die KVSH.
3. Zu den Aufgaben des Vertragsausschusses gehören insbesondere
 - die praktische Umsetzung dieses Vertrages,
 - die Öffentlichkeitsarbeit,
 - die Bewertung der Vertragsziele – insbesondere die Teilnehmerentwicklung – im Rahmen des Vertragscontrollings,
 - der Ausschluss von Ärzten bei Vertragsverstößen,
 - die gemeinsame Bewertung des Fördermittelcontrollings.

§ 13 Vergütung

Die auf der Grundlage dieses Vertrages erbrachten ärztlichen Leistungen der teilnehmenden Ärzte und Rehabilitationszentren werden gemäß Anlage 7 vergütet.

§ 14 Wirtschaftlichkeit und Abrechnung

1. Die teilnehmenden Ärzte und Rehabilitationszentren unterliegen auch im Rahmen der Leistungen aus diesem Vertrag der Abrechnungsprüfung durch die KVSH und KV Hessen.
2. Die auf der Grundlage dieses Vertrages erbrachten Leistungen sind von den teilnehmenden Ärzten im Rahmen der Quartalsabrechnung über die jeweils zuständige KV nach den dafür jeweils regional geltenden Regelungen abzurechnen. Bei Nichterfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungsinhalte und Teilnahmevoraussetzungen durch den Arzt besteht für diesen kein Vergütungsanspruch.

3. Im Versorgungsbereich Schleswig-Holstein sind die von den teilnehmenden Rehabilitationszentren auf der Grundlage dieses Vertrages erbrachten Leistungen gegenüber der KVSH mittels Anlage 7 abzurechnen. Im Versorgungsbereich Hessen erfolgt die Abrechnung der teilnehmenden Rehabilitationszentren direkt über die AOK Hessen gem. § 301 Abs. 4 SGB V. Bei Nichterfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungsinhalte und Teilnahmevoraussetzungen durch das Rehabilitationszentrum besteht für dieses kein Vergütungsanspruch.
4. Die Vergütung je Krankenkasse beschränkt sich auf die dem Förderantrag zugrunde liegende Fallzahlkalkulation. Die Fallzahlüberwachung erfolgt durch die KVSH unter der Beteiligung der KV Hessen.
5. Die Abrechnung zwischen der KV Hessen und der AOK Hessen richtet sich nach den für die Abrechnung der Gesamtvergütung (§§ 85, 87a SGB V) in Hessen maßgeblichen Regelungen. Die KV Hessen wird die abgerechneten Leistungen dieses Vertrages quartalsweise außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung über das Formblatt 3 bis zur Ebene 6 unter der Kontenart 584 ausweisen.

§ 15 Datenschutz

Die Vertragspartner sowie die Leistungserbringer verpflichten sich, in den verschiedenen Phasen der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten die allgemeinen Vorschriften des Datenschutzes, insbesondere § 35 SGB I und §§ 67 a und b SGB X (Sozialgesetzbuch – zehntes Buch), zu beachten. Sie treffen die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen. Sie verpflichten sich weiter, Übermittlungen von personenbezogenen Versichertendaten ausschließlich zur Erfüllung dieses Vertrages vorzunehmen.

§ 16 Öffentlichkeitsarbeit

Alle Maßnahmen der Öffentlichkeitsarbeit zu diesem Vertrag sind nur im Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern zulässig.

§ 17 Evaluation

Der Vertrag wird evaluiert, um die Versorgungseffekte bewerten zu können. Insbesondere soll die Auswirkung der im Rahmen dieses Vertrages durchgeführten Maßnahmen auf Gesundheitskompetenz, Ernährung, körperliche Aktivitäten und weitere Lebensstiländerungen ermittelt werden.

Zum Zwecke der Evaluation dürfen ausschließlich die in den Dokumentationen (Anlage 6) erfassten, pseudonymisierten Daten genutzt werden. Die Weiterleitung der für die Evaluation durch den Arzt erhobenen Daten erfolgt direkt aus der KVSH-Webanwendung bzw. der PVS aktiv durch den Arzt (vgl. § 11) an die inav (privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH).

Das inav (privates Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH) führt die Evaluation unter Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften durch. Die Ergebnisse der Evaluation werden in anonymisierter Form veröffentlicht.

§ 18 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden bzw. Lücken enthalten, so wird die Gültigkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Die Vertragspartner verpflichten sich, etwaige unwirksame oder undurchführbare Vertragsbestimmungen bzw. vorhandene Lücken zu ersetzen oder zu ergänzen, die dem Zweck des Vertrages am Nächsten kommen.

19 Laufzeit und Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt – vorbehaltlich einer vollumfänglichen Förderzusage durch den Innovationsausschuss gemäß § 92b Abs. 4 Nr. 3 SGB V – am 01.09.2017 in Kraft. Der Vertrag endet zum 31.05.2020.
2. Der Vertrag kann entsprechend den in der Konsortialvereinbarung festgelegten Regelungen gekündigt werden.
3. Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen der Anlagen bedürfen keiner Vertragskündigung. Der Vertrag bleibt durch Änderung seiner Anlagen unberührt. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform. Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.