

Dimini – „Diabetes mellitus? Ich nicht!“

**Aktivierung der Gesundheitskompetenz von Versicherten mit erhöhtem Risiko
für Diabetes mellitus Typ 2 mittels Coaching in der Vertragsarztpraxis**

Patienteninformation und –befähigung | Wie setzt man es um?

KBV – Herbsttagung 10.10.18

Dr. Monika Schliffke | Vorstandsvorsitzende der KVSH



Partner in Schleswig-Holstein



BARMER



Partner in Hessen



Partner in beiden Regionen



inav



Projekt Dimini

Zielgruppe und Fragestellungen



Das Projekt richtet sich an Personen mit einem **möglichen erhöhten Diabetesrisiko**, welches anhand des sogenannten Findrisk-Tests ermittelt wird.



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 **oder**
- geringe körperliche Aktivität **oder**
- bekannte familiäre Disposition für DMT2

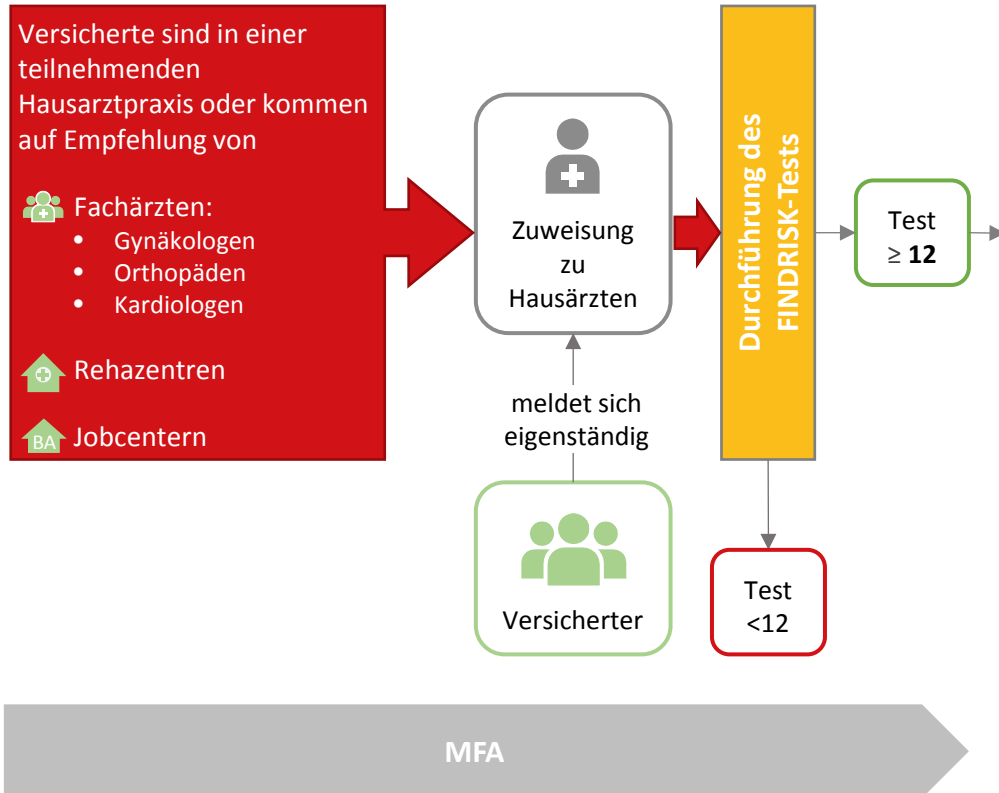


Fragestellungen

- Ist der Findrisk geeignet, um regelhaft z.B. im Rahmen von Gesundheitsuntersuchungen in der ambulanten Versorgung eingesetzt zu werden?
- Welcher Coaching-Aufwand mit welchem Mitteleinsatz ist nötig, um eine Lebensstilintervention zum Erfolg zu bringen?
- Nutzen Versicherte kontinuierlich eine spezifische Präventions-App?
- Erleichtert sich die Dokumentation in der Arztpraxis durch webbasierte gezielte Führung?

Ablaufschema

Dimini-Projekt



Findrisk (FINnish Diabetes RISK Score)



Dimini x

Sicher | https://dimini-demo.kvsh.de/patienten/doku_findrisk.xhtml

Dimini
Für meine Gesundheit.

Sie sind angemeldet als:
2000005
Frau Pintje Paris
Ihre Betriebsstätte:
0120005

Startseite

Patienten Liste

Einstellungen

Downloadbereich

Kontaktinformationen

Findrisk*: Katrina Muster [Abmelden](#)

Patient ▶ **Findrisk** ▶ Fragebogen ▶ Sozio ▶ Starterset ▶ Ziele ▶ Termin ▶ Labor

Alter

Geb.-Datum: 17.03.1977 Alter: 41

Körpergröße und Gewicht

Körpergröße: 166 cm

Gewicht: 89,0 kg

BMI: 32,3

Welchen Taillenumfang messen Sie auf der Höhe des Nabels, bzw. in der Mitte zwischen Ihrer untersten Rippe und Ihrem Beckenkamm?

Taillenumfang: 97 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 dunkles 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 Blutsverwandtschaft 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

[Zum Patienten](#)

WICHTIG: Der/die Versicherte soll nicht mit auf den Bildschirm schauen, wenn sie den FINDRISK-Wert ermitteln, da er/sie sonst nach Abschluss sehen könnte, in welcher Gruppe er/sie randomisiert wird (Interventions- oder Kontrollgruppe).

Ergebnis des FINDRISK-Tests und der Randomisierung

Findrisk-Score des/der Versicherten: 23

Versicherter in folgender Gruppe: Interventionsgruppe

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)

[FINDRISK als PDF herunterladen](#)

[Patient wird in Dimini aufgenommen, weiter mit nächstem Schritt \(Versichertenfragebogen\)](#)

Ablaufschema

Dimini-Projekt



Versicherte sind in einer teilnehmenden Hausarztpraxis oder kommen auf Empfehlung von



Fachärzten:

- Gynäkologen
- Orthopäden
- Kardiologen



Rehazentren



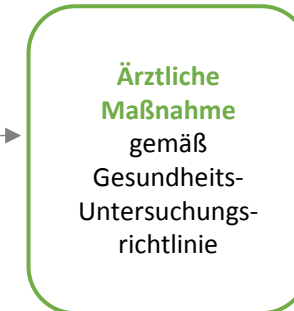
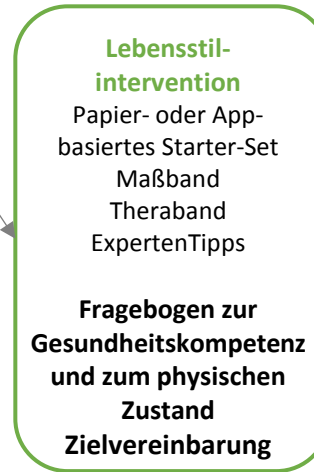
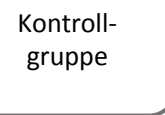
Jobcentern



meldet sich eigenständig



Test ≥ 12



Fragebogen zur Gesundheitskompetenz

Teil 1: Fragebogen zur Gesundheitskompetenz (HLS-EU-Q16)

Bei den folgenden Fragen möchten wir von Ihnen gerne erfahren, wie Sie Gesundheitsinformationen suchen, verstehen und nutzen. Zudem interessiert uns, wie Sie mit Ärzten, Therapeuten und anderen Ansprechpartnern im Gesundheitswesen kommunizieren.

Bitte kreuzen Sie für jede der folgenden Aussagen ein Kästchen an, das Sie persönlich am besten beschreibt. Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an.

Auf einer Skala von sehr einfach bis sehr schwierig: Wie einfach ist es Ihrer Meinung nach:	sehr einfach	ziemlich einfach	ziemlich schwierig	sehr schwierig	weiß nicht
...Informationen über Therapien für Krankheiten, die Sie betreffen, zu finden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...herauszufinden, wo Sie professionelle Hilfe erhalten, wenn Sie krank sind? (Arzt, Apotheker, Psychologe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zu verstehen, was Ihr Arzt Ihnen sagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...die Anweisungen Ihres Arztes oder Apothekers zur Einnahme der verschriebenen Medikamente zu verstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...zu beurteilen, wann Sie eine zweite Meinung von einem anderen Arzt einholen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...mit Hilfe der Informationen, die Ihnen der Arzt gibt, Entscheidungen bezüglich Ihrer Krankheit zu treffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zum Gesundheitszustand

Teil 2: SF-12 (Short Form 12) Fragebogen zum Gesundheitszustand (Lebensqualität)

Im Folgenden sind wir an einigen Angaben interessiert, die Sie und Ihre Gesundheit bzw. Ihren Alltag betreffen. Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an.



Fragebogen zum Essverhalten

Teil 3: Fragebogen zum Essverhalten FEV

Bitte lesen Sie auch die folgenden Aussagen und Fragen genau durch und kreuzen Sie bei jeder Frage spontan das an, was auf Sie derzeit zutrifft. Bitte lassen Sie keine Frage aus. Falls Sie sich zwischen den vorgegebenen Antworten mal nicht entscheiden können, kreuzen Sie das Feld an, was noch am ehesten zutrifft.

Fragebogen zum Essverhalten (FEV)

von Volker Pudiel und Joachim Westenhöfer

Name: _____ Datum: _____


Lesen Sie bitte die Aussagen genau durch und beantworten Sie bitte jede Frage sorgfältig und möglichst schnell. Lassen Sie keine Frage aus!

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Geschlecht: weiblich <input type="checkbox"/>
..... männlich <input type="checkbox"/> | 5. Welches war Ihr höchstes Gewicht? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Das war vor <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
Das war vor <input type="text"/> <input type="text"/> Monaten | 7. Wie alt sind Sie? <input type="text"/> <input type="text"/> Jahre |
| 2. Wie groß sind Sie? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> cm | 6. Welches ist Ihr Schulabschluss?
Hauptschule ohne Lehre 1 <input type="checkbox"/>
Hauptschule mit Lehre 2 <input type="checkbox"/>
Weiterführende Schule 3 <input type="checkbox"/>
Abitur/Hochschule 4 <input type="checkbox"/> | 8. Wie ist Ihre Lebenssituation?
Ich lebe allein 1 <input type="checkbox"/>
Ich lebe mit Kind/Kindern 2 <input type="checkbox"/>
Ich lebe mit Partner 3 <input type="checkbox"/>
Ich lebe mit Partner und Kind/Kindern 4 <input type="checkbox"/>
Ich lebe bei den Eltern 5 <input type="checkbox"/>
Keine der angeführten 6 <input type="checkbox"/> |
| 3. Wieviel wiegen Sie? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg | 4. Welches war Ihr niedrigstes (Erwachsenen-)Gewicht? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kg
Das war vor <input type="text"/> <input type="text"/> Jahren
Das war vor <input type="text"/> <input type="text"/> Monaten | |

Fragebogen zur physischen Aktivität

Teil 4: Fragebogen zur physischen Aktivität (IPAQ): INTERNATIONAL PHYSICAL ACTIVITY QUESTIONNAIRE SHORT LAST 7 DAYS SELF-ADMINISTERED FORMAT- German Version

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 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.



Vereinbaren Sie mit dem/der Patienten/in der Interventionsgruppe realistische Ziele

Zielvereinbarung Interventionsgruppe (2)





Zielvereinbarung

24.11.2017

Sehr geehrte Frau Gusta,

wir freuen uns sehr, dass Sie am Dimini Programm teilnehmen möchten, um Ihr Gesundheitsbewusstsein zu stärken und das Risiko an Diabetes mellitus Typ 2 zu erkranken zu senken.

Als kleinen Ansporn und zur eigenen Kontrolle, erhalten Sie hiermit die gemeinsam mit Ihrem Dimini-Arzt vereinbarten Ziele.

Ihr Bauchumfang zu Beginn des Programms: 66 cm
Ihr vereinbarter Zielbauchumfang: 62 cm

Ihr Ziel ist es eine tägliche körperliche Aktivität von mind. 30 Minuten (mind. 150 Minuten pro Woche) zu erreichen!

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

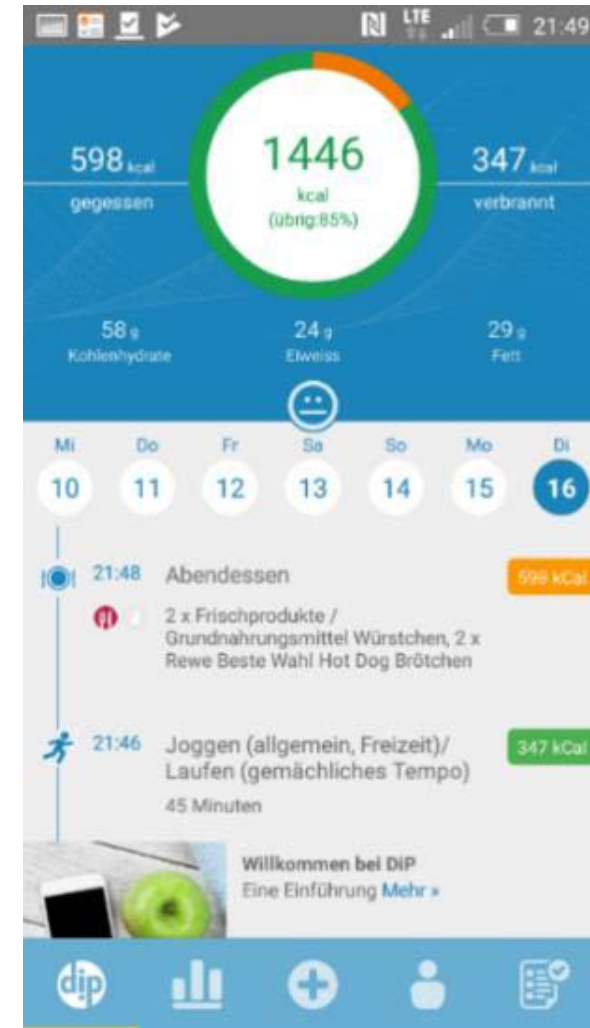
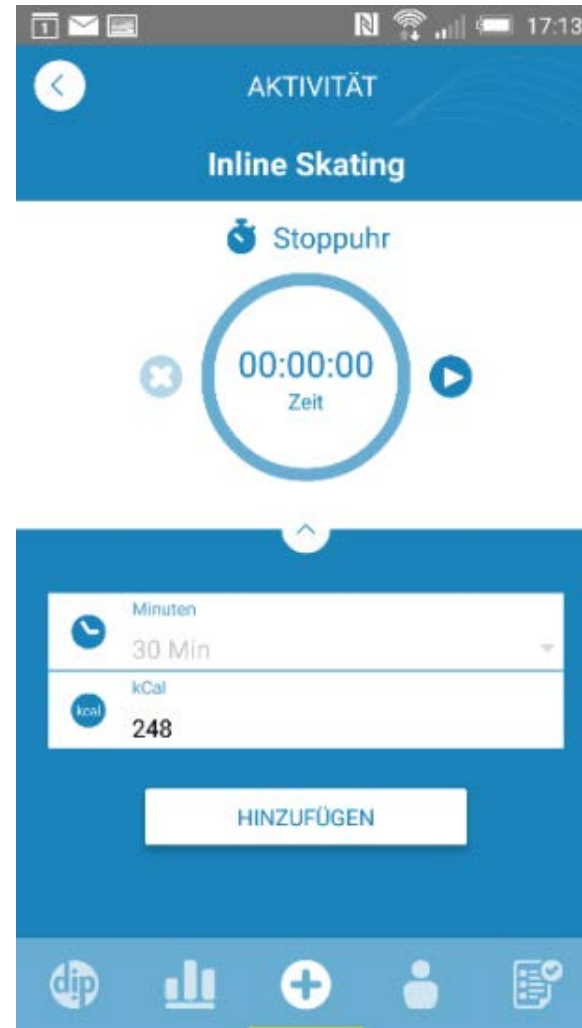
Download und Druck der Zielvereinbarung

- 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)

Infobroschüre, Lebensmitteltabelle, Tagebuch

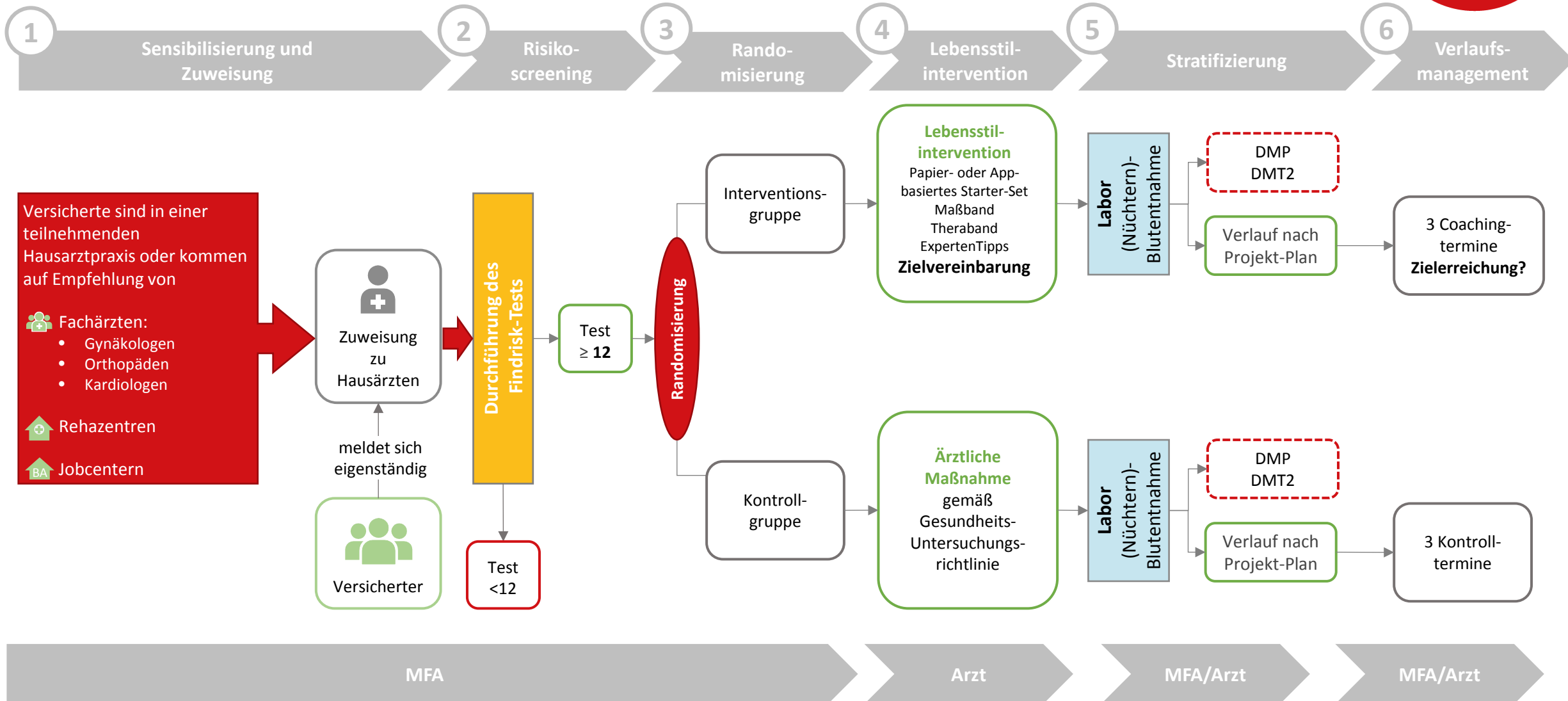


DiP App | Die Alternative zu Broschüren und Tabellen



Die gesamte Projekt-Dokumentation erfolgt in <https://dimini.ekvsh.kv-safenet.de>

Ablaufschema Dimini-Projekt



Die Webanwendung erinnert Sie jedes Mal an die Terminvereinbarungen

Terminvereinbarungen Interventions- und Kontrollgruppe



- Stehen Sie dem/der Patienten/in **jederzeit** für Rückfragen zur Verfügung. Ärztliche **Folgetermine** sind nach 3, nach 9 und nach 15 Monaten zu vereinbaren. Tragen Sie diese in Ihrem Patientenverwaltungssystem ein
- **Bei jedem Kontrolltermin** ist die Zielvereinbarung mit dem/der Patienten/in zu besprechen, Zwischenziele sind erreicht/nicht erreicht? Probleme der Umsetzung?
- Die Webanwendung weist nach jedem Termin/ jeder Dokumentation auf die Terminvergabe hin

Danke



- Für Ihre Aufmerksamkeit