

aha!-Präventionsprogramm: Vom Pilotprojekt aha!1.0 zur flächendeckenden Implementierung Schleswig-Holstein weit



Petersen C.^{1,2}, Püschner F.³, Amelung V.E.^{3, 4}, Schliffke M., Schütt M.⁵

¹Diabetes-Schwerpunktpraxis Internistische Gemeinschaftspraxis SL, Schleswig, Deutschland, ²Doevent, Schleswig, Deutschland, ³Institut für angewandte Versorgungsforschung GmbH (inav), Berlin, Deutschland, ⁴Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein, Bad Segeberg, Deutschland, ⁵Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Lübeck, Deutschland

HINTERGRUND

Typ-2-Diabetes mellitus (T2DM) ist mit einer Prävalenz von ca. 7-8% eine der häufigsten chronischen Erkrankungen in Deutschland. Der hohe Anteil an nicht entdeckten Diabetes-Fällen stellt darüber hinaus eine komplexe Problematik dar [1,2]. Langfristig geht die Erkrankung mit Komorbiditäten einher, die zu schwerwiegenden Folgeerkrankungen führen [3]. Allerdings kann eine zielgerichtete Primärprävention bei Menschen mit einem Risiko für T2DM präventiv auf die Manifestation der Erkrankung wirken, da diese zu einem großen Teil durch ungünstige Lebensfaktoren bedingt ist [1,4]. Die Prävention und frühzeitige Identifikation von T2DM wurde bereits als ein wichtiges Gesundheitsziel in Deutschland definiert [5].

Das Diabetes-Präventionsprogramm aha! wurde auf Basis des in Schleswig-Flensburg erfolgreich umgesetzten und positiv evaluierten Pilotprojektes aha!1.0 auf gesamt Schleswig-Holstein ausgerollt. Die Kassenärztliche Vereinigung hat dazu zum 1. Juli 2014 mit Krankenkassen einen Vertrag zur frühzeitigen Erkennung und Prävention von T2DM abgeschlossen.

Ziel der Evaluation

Mit dem aha!-Programm möchten alle Projektpartner erreichen, dass Versicherte mit einem hohen Risiko für T2DM frühzeitig identifiziert werden. Durch die ärztliche Unterstützung sowie eine Lebensstilintervention soll eine Manifestation der Erkrankung verzögert oder gar vermieden werden. Somit soll die Lebensqualität der betroffenen Menschen steigen und gleichzeitig die Kosten der Behandlung sinken.

INTERVENTION

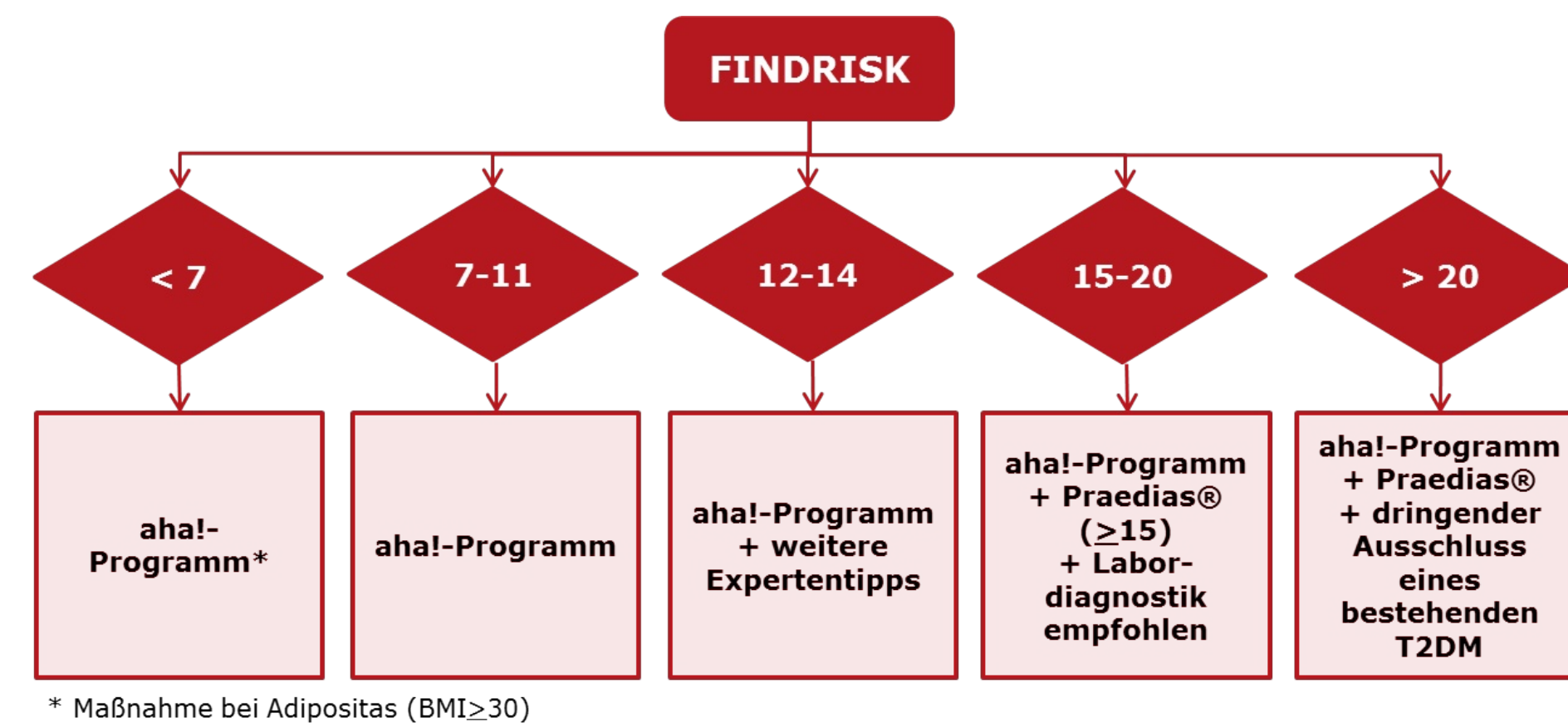
FINDRISK Test

Um das zehn Jahres Risiko, an T2DM zu erkranken, zu ermitteln, wird der FINDRISK Test (acht Fragen) eingesetzt.

aha!-Programm

Abhängig vom individuellen FINDRISK Score empfiehlt der Arzt den Versicherten die in Abbildung 1 dargestellten Interventionen. Das aha!-Programm besteht aus: einer Chipliste, Ernährungstagebuch, Thera-Band, Messband und einem Pedometer.

Abbildung 1 - Interventionen abhängig vom Risikoscore des Teilnehmers



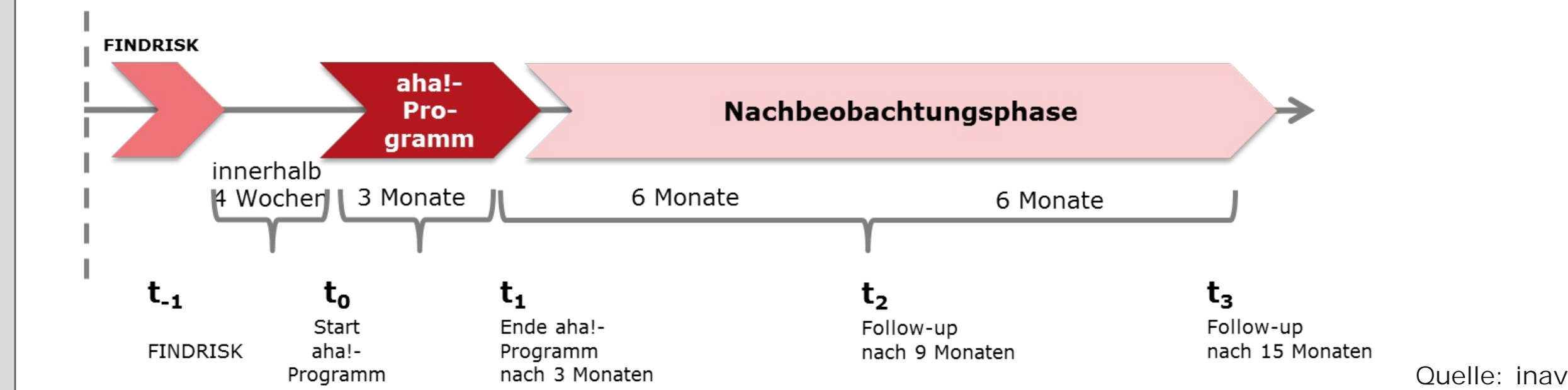
Quelle: inav.

EVALUATIONSDSIGN

Design

Die Erhebung ist als prospektive, multizentrische Evaluation im Eingruppendesign angelegt, ohne Einbezug von medikamentöser Behandlung. Die Evaluation erfolgt über eine Laufzeit von zwei Jahren. Die Erhebungszeitpunkte sind in Abbildung 2 ersichtlich.

Abbildung 2 - Evaluation bei Versicherten mit einem Risiko für T2DM



Quelle: inav.

Versichertenpopulation

Eingeschlossen werden Versicherte ab 18 Jahre, die eine erkennbare, abdominelle Adipositas (v.a. den Bauchraum betreffende Fettgewebs- bzw. Fettansammlung mit deutlich erhöhtem Risiko für die Entwicklung von Herz- und Gefäßkrankheiten) und/oder eine Familienanamnese und/oder einen bewegungsarmen Lebensstil aufweisen. Rekrutiert werden diese über in Schleswig-Holstein ansässige Ärzte.

Datenauswertung

Die Daten werden deskriptiv ausgewertet, wobei der Einfluss des aha!-Programms auf das Körpergewicht, den Taillenumfang, den HbA1c Wert, die Gesundheitszielvereinbarung sowie die Lebensqualität untersucht

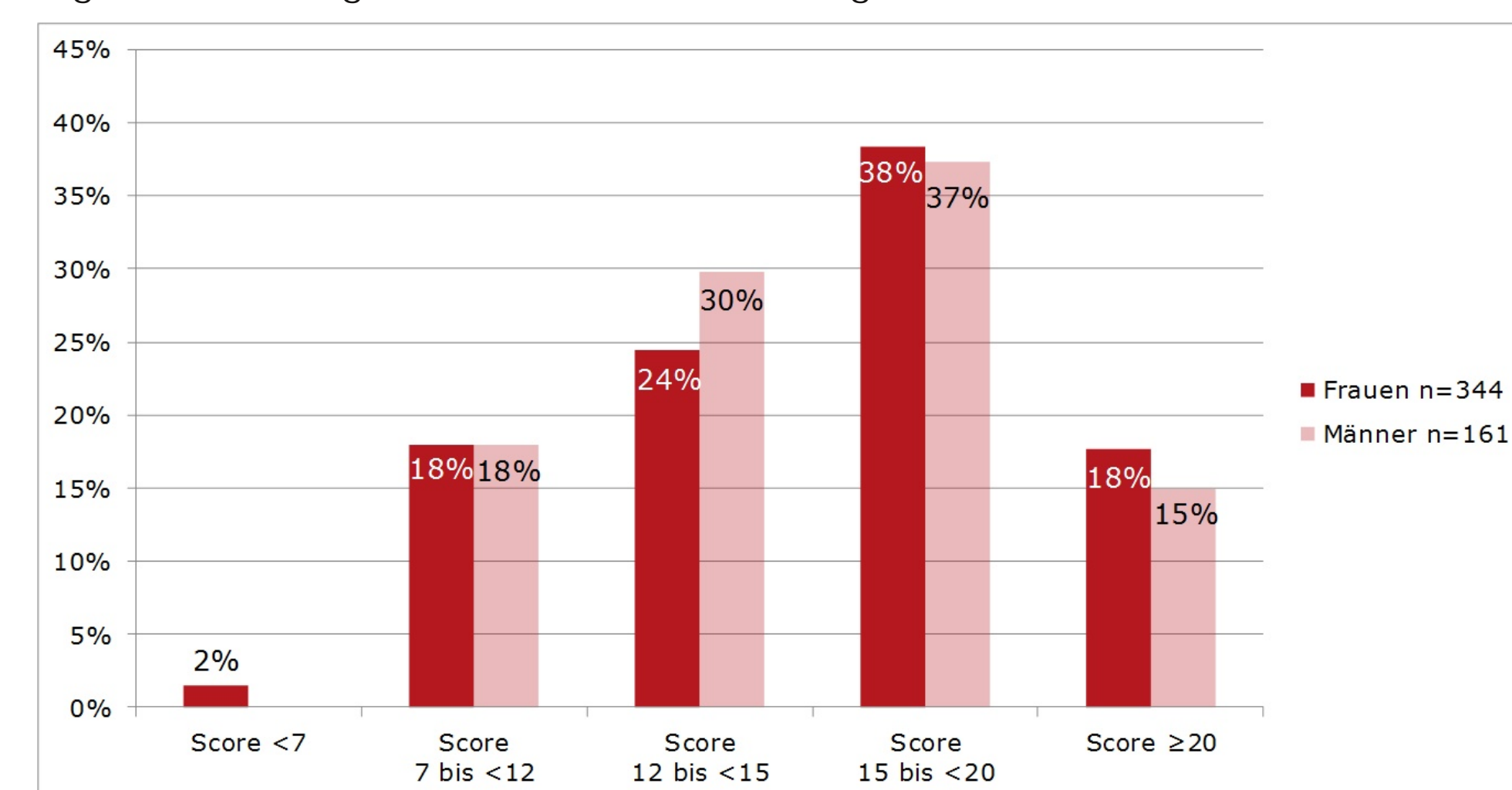
ERSTE ZWISCHENERGEBNISSE

FINDRISK Test

Insgesamt nahmen bisher 505 Versicherte am FINDRISK Test teil, darunter 344 Frauen (68%) sowie 161 Männer (32%) mit einem Durchschnittsalter von 51 Jahren (Standardabweichung (SD) 15), respektive 53 Jahren (SD 17). Die Frauen waren im Schnitt 1,66m groß (SD 7) bei einem durchschnittlichen Gewicht von 98kg (SD 20). Die Männer wiesen eine mittlere Größe von 1,80m (SD 7) und ein Gewicht von 113kg (SD 25) auf.

Beide Geschlechter erreichten durchschnittlich einen Score von 15 (SD 4). Bei etwa zwei Drittel lag der Score zwischen 12 und 19 (siehe Abb. 3). Sowohl die Frauen als auch die Männer wiesen im Schnitt einen Body Mass Index (BMI) von 35 (SD 7) auf. Von den Teilnehmern waren etwa 19% übergewichtig und etwa 77% adipös (siehe Abb. 4).

Abbildung 3 - Verteilung der FINDRISK Scores, Angaben in %, N=505 Versicherte

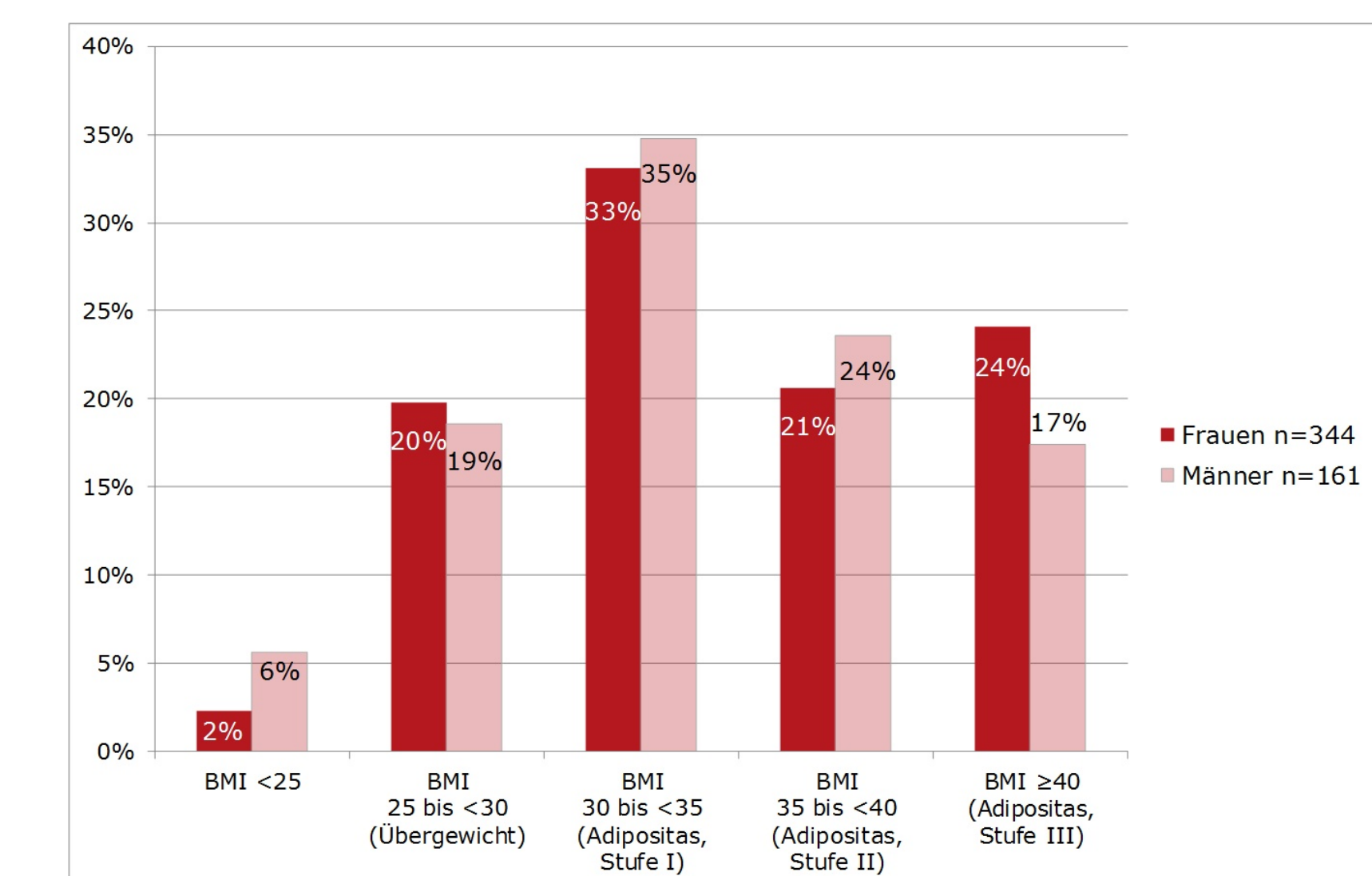


Quelle: inav.

aha!-Programm

Eine Zwischenanalyse von 98 Teilnehmern, die bereits drei Monate das aha!-Programm absolvierten, zeigte im Mittel eine Gewichtsreduktion von 2,6kg sowie eine Taillenreduktion von 3,3cm (siehe auch Abb. 5 und 6).

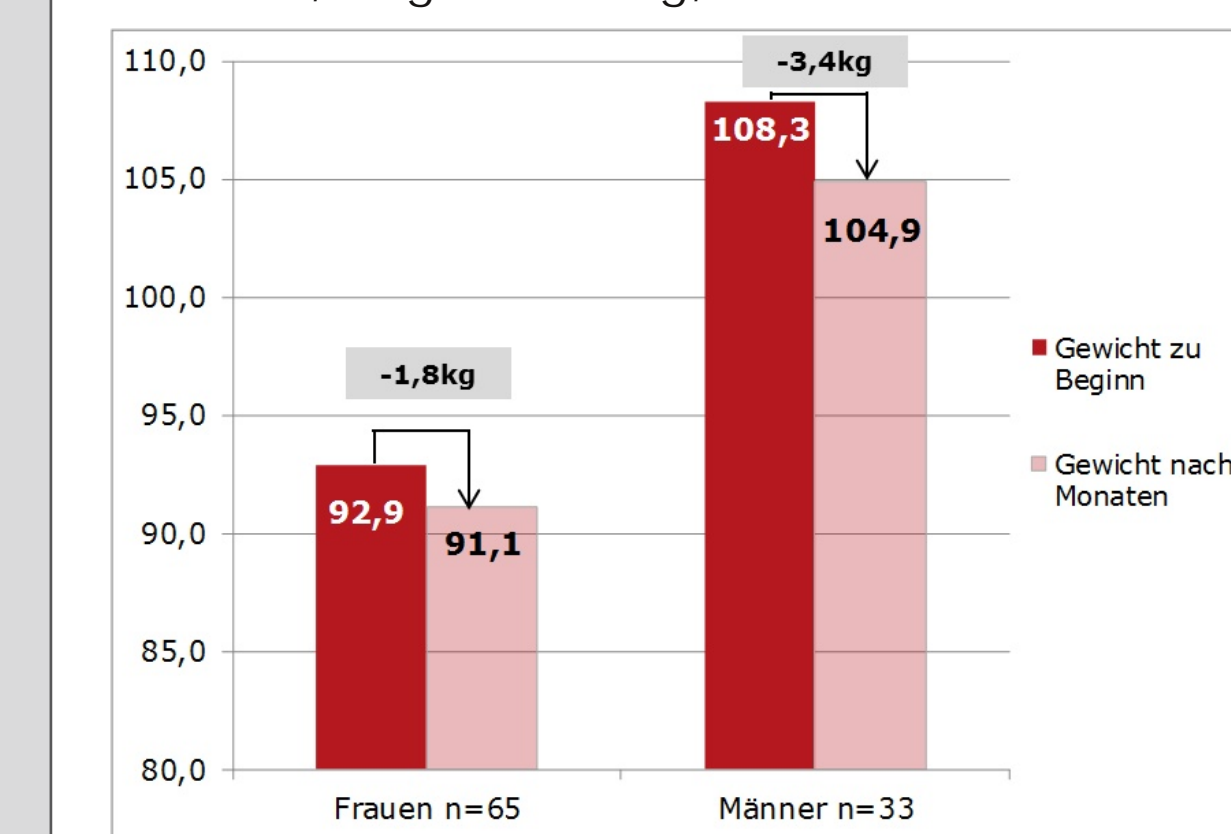
Abbildung 4 - Verteilung der BMI, Angaben in %, N=505 Versicherte



Quelle: inav.

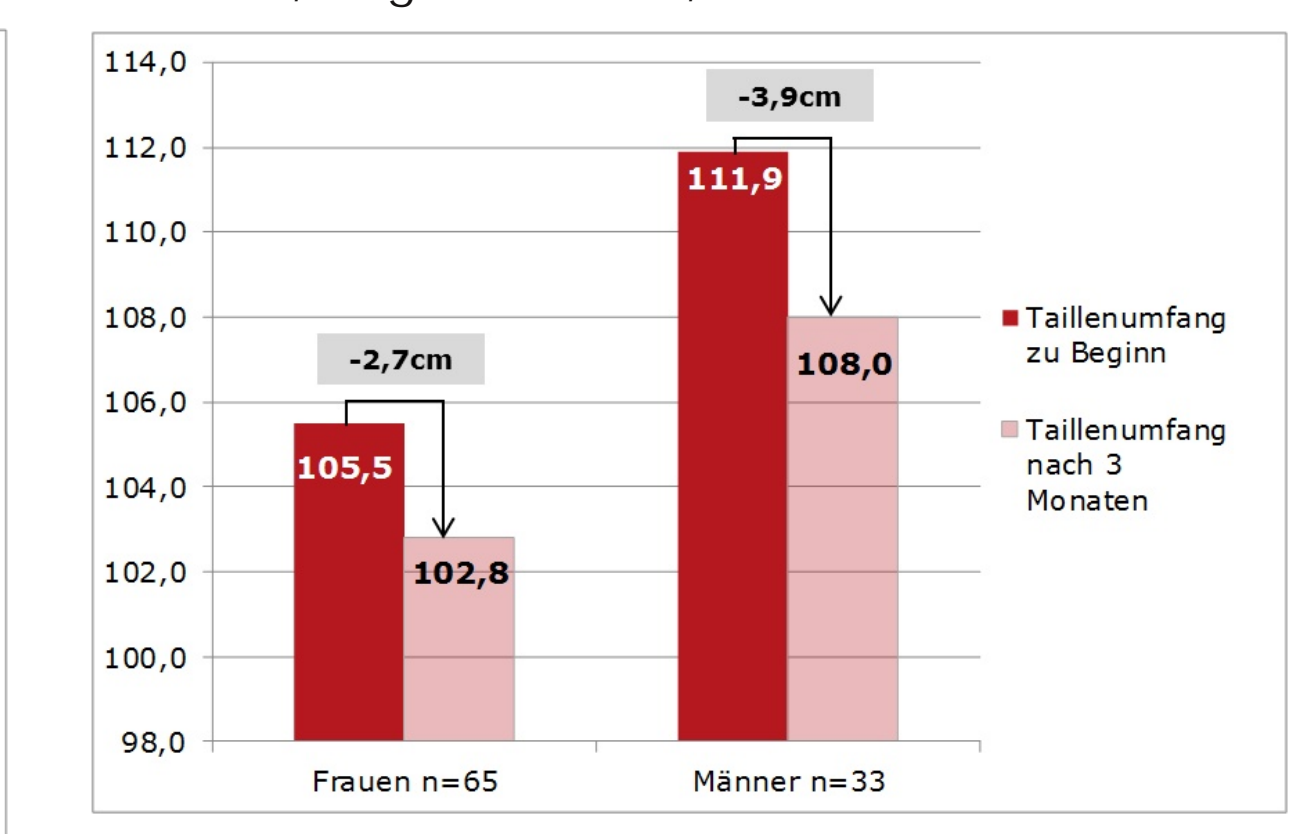
92% der Versicherten vereinbarten Gesundheitsziele, 57% führen nach drei Monaten ihr aha!-Tagebuch weiter. 76% der Teilnehmer sind weiterhin körperlich aktiv, wobei der Anteil der Frauen mit 82% deutlich höher ist als der Anteil der Männer (64%).

Abbildung 5 - Reduktion des Gewichtes nach 3 Monaten, Angaben in kg, n=98



Quelle: inav.

Abbildung 6 - Reduktion der Taille nach 3 Monaten, Angaben in cm, n=98



Quelle: inav.

SCHLUSSFOLGERUNG

Skalierung eines Pilotprojektes

Das deutsche Gesundheitswesen zeichnet sich durch eine Vielzahl an erfolgreich umgesetzten Pilotprojekten aus. Eine der zentralen Herausforderungen ist es, diese flächendeckend zu implementieren. Es wird angenommen, dass das niedrigschwellige Versorgungsangebot aha! bei Risikopersonen die Entwicklung eines T2DM verhindern bzw. hinauszögern kann – und somit die Versorgungsqualität steigert und die Gesamtkosten für das Gesundheitssystem senkt. Das aha!-Programm zeigt, dass auf Basis eines etablierten Projektes in Kooperation mit allen Projektpartnern ein übergreifendes Präventionsprojekt realisiert werden kann.

Das aha!-Programm identifiziert Risikopatienten

Die Verteilungen der FINDRISK Scores sowie der BMI zeigen, dass mithilfe des aha!-Programmes relevante Versicherte mit einem T2DM Erkrankungsrisiko heraus gefiltert und angesprochen werden. Die Zwischenanalyse nach drei Monaten lässt tendenziell vermuten, dass eine Gewichts- und Taillenreduktion durch das aha!-Programm erreicht wird.

Literatur
 [1] Icks, A., Rathmann, W., Rosenbauer, J., Giani, G., DMT2. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Robert Koch-Institut, Editor 2005: Berlin.
 [2] IDF, Diabetes Atlas, 4th edition, 2009.
 [3] Heidenmann, C., Y. Du, and C. Scheidt-Nave, DMT2 in Deutschland. in GBE Kompakt, Robert Koch Institut, Editor 2011: Berlin.
 [4] Schwarz, P.E.H., Landgraf, R., Hoffmann, R., Prävention des Typ-2-Diabetes, Deutscher Gesundheitsbericht DMT2 2013, Editor: 2012, DMT2DE, p. 17-24.
 [5] gesundheitsziele.de. Forum zur Entwicklung und Umsetzung von Gesundheitszielen in Deutschland. Bericht Auszug der Ergebnisse von AG 4 Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln. Editor: 2004.

Kontakt: Dr. Carsten Petersen; c.petersen@praxis.sl