



Evaluation *action d*

Synthesebericht zur Evaluation 2008–2010 (Phase 3)

Esther Grichting
Severin Haug
Corina Salis Gross

Projekt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz

Zusammenfassung

Es hat sich in der Bestandesaufnahme zur Phase 3 (2008-2010) gezeigt, dass die breite Information von *action d* sowohl bei den Versicherten der Trägerkassen als auch von der Öffentlichkeit insgesamt gut wahrgenommen wurde. Jährlich waren ca. 100'000 Versicherte persönlich angeschrieben und regelmässig war auch in den Mitgliederzeitschriften über Diabetes informiert worden. Ausserdem waren Informationen zu Diabetes in zahlreichen Printmedien, an öffentlichen Anlässen und via *Website* verbreitet worden. Mehr als 20'000 Personen haben in den drei Jahren den Risikofragebogen ausgefüllt, davon mehr als die Hälfte im Rahmen der *Mailings*. Von letzteren hat fast die Hälfte zusätzliches Informationsmaterial bestellt.

Die ausgefüllten Risikofragebogen stammen mehrheitlich von Frauen sowie von deutschsprachigen Personen (Folge von Selektionskriterien). Die Teilnehmenden sind zu je einem Viertel unter 45, 45-54, 56-64 sowie über 64 Jahre alt. Ein Viertel der Teilnehmenden ist für weitere Aktivitäten im Zusammenhang mit Diabetes Typ 2 kontaktfähig.

Das Risikoprofil der Teilnehmenden wurde anhand des sogenannten Risikofragebogens ermittelt (adaptierte Version des Fragebogens von Lindström & Tuomilehto). Basierend auf der Gesamtpunktezahl einer Person aus den 8 Fragen wird das persönliche Risiko als gering (<7 Punkte), leicht erhöht (7-10 Punkte), mittel (11-15 Punkte), hoch (16-20 Punkte) oder sehr hoch (>20 Punkte) eingestuft. Die Auswertung der Risikoprofile hat ergeben, dass 40% der Personen ein geringes, 34% ein leicht erhöhtes, 20% ein mittleres, 5% ein hohes und 1% ein sehr hohes Risiko aufweisen.

Für die Beurteilung der Zielerreichung von *action d* (inwiefern konnten mit den verschiedenen Aktivitäten Risikopersonen erreicht werden?), wurden in der Evaluation zusätzlich zwei Definitionen von Risikopersonen verwendet, welche eine für die Praxis relevante Spannweite abstecken: *Definition 1: Personen mit einem Gesamtscore von mehr als 10 Punkten ODER einem BMI von mehr als 25 oder einem erhöhten Bauchumfang (>94 Männer, >80 Frauen) oder weniger als 30 Minuten Bewegung täglich. Definition 2: Personen mit einem BMI von mehr als 25 oder einem erhöhten Bauchumfang (>94 Männer, >80 Frauen) oder weniger als 30 Minuten Bewegung täglich UND einem Gesamtscore von mehr als 10 Punkten.* Unter Verwendung der breiten Risikodefinition 1 handelt es sich bei einer Mehrheit von 74% um Personen mit einem erhöhten Risiko für Diabetes Typ 2, bei Verwendung der engeren Definition 2 bei lediglich 25%.

Das Risikoprofil unterscheidet sich signifikant zwischen Männern und Frauen, nach Alterskategorie, nach Aktivität (kategorisiert) sowie zwischen den wieder kontaktfähigen und den nicht wieder kontaktfähigen Personen: Männer weisen einen etwas höheren Anteil von Risikopersonen auf als Frauen; mit steigender Alterskategorie wächst der Anteil von Risikopersonen; von den Aktivitäten vermochte die *Website* den höchsten Anteil von Risikopersonen zu erreichen, und unter den wieder kontaktfähigen Personen sind Risikopersonen stärker vertreten als unter den Nicht-Kontaktfähigen.

Nachbefragungen bei den wieder kontaktfähigen Personen aus den *Mailings* 2008 und 2009 haben gezeigt, dass die zentralen Botschaften von *action d* gut angekommen sind. Wissen zu Diabetes (Charakteristika, Risikofaktoren) ist in wesentlichen Aspekten vorhanden. Die Befragten scheinen auch ihr eigenes Risiko mehrheitlich adäquat einzuschätzen und die Auseinandersetzung mit der Thematik scheint einen beachtlichen Teil der Befragten zu Verhaltensänderungen vor allem in den Bereichen Bewegung und Ernährung angeregt zu haben. Dabei erweisen sich die Informationen von *action d* resp. der Krankenversicherungen sowie Artikel in Zeitungen und Zeitschriften von hoher Bedeutung für die Befragten.

Eine vergleichende *repräsentative Befragung* bei Versicherten von Träger- und anderen Krankenkassen ab 35 Jahren hat, anders als die Nachbefragung, in dieser Breite keine messbaren Unterschiede hinsichtlich Sensibilisierung und Wissensstand zeigen können. Der Wissensstand ist in beiden Gruppen relativ hoch und bezüglich der Auseinandersetzung mit der Thematik (u.a. Informationsaufnahme, bereits Test gemacht, Kenntnis von Organisationen, Verhaltensänderungen) zeigen sich keine wesentlichen Unterschiede. Als Einziges gaben mehr Versicherte der Trägerkassen von *action d* an, Information über die Mitgliederzeitschrift oder ein Informationsschreiben der Krankenkasse erhalten zu haben. Der breite Sensibilisierungseffekt der Informationen scheint daher begrenzt, der Anteil der Personen, die sich mit den Botschaften intensiver auseinandergesetzt haben, ist im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten offenbar zu klein, um signifikante Unterschiede messen zu können. Zudem wurden auch Versicherte von Nichtträgerkassen über allgemeine Kanäle zu Diabetes informiert, was es erschwert, messbare Unterschiede zu finden.

Neben der allgemeinen Sensibilisierung war ein Ziel der breiten Informationskampagne von *action d*, insbesondere Risikopersonen für die angebotenen Kurse zu rekrutieren. Die Zielgrösse von mind. 60 Kursteilnehmenden pro Jahr wurde im zweiten und dritten Jahr deutlich übertroffen. Allerdings ging dieser Erfolg mit sehr hohem organisatorischem Aufwand für das Projekt einher und es gelang gemäss Aussage der Kursleitenden nur bedingt, tatsächliche Risikopersonen in die Kurse zu holen.

Die Bekanntheit von *action d* bei ihren wichtigsten Stakeholdern konnte in der Evaluation aus finanziellen Gründen nur am Rande berücksichtigt werden. Die Ergebnisse der Stakeholderbefragung von Gesundheitsförderung Schweiz haben jedoch gezeigt, dass rund ein Drittel der Befragten *action d* kennen. Von diesen beurteilt eine Mehrheit das Projekt als wichtig und ist auch damit zufrieden. Allerdings sind diese Werte für *action d* nur eingeschränkt relevant, da sich die Stakeholder von Gesundheitsförderung Schweiz und *action d* nur teilweise decken.

Die Evaluation der Phase 3 hat das Potenzial und die Grenzen von breiten Sensibilisierungsaktivitäten zu Diabetes aufgezeigt. In Phase 4 wird die externe Evaluation formativ ausgerichtet sein und die als Pilot geführten adaptierten Unterstützungsangebote für Risikopersonen evaluativ begleiten.

1. Einleitung

Das Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung Zürich (ISGF) führt im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz seit 2006 eine externe Evaluation des Projektes *action d – diabetes aktiv vorbeugen* durch. Das Projekt *action d* war bereits 2001 mit dem Ziel lanciert worden, „die Häufigkeit von Diabetes und dessen Folgekrankheiten zu reduzieren, die frühzeitige Erkennung zu fördern sowie generell die Lebensqualität zu verbessern und potentielle Diabeteskosten zu senken“ (Kämpf 2010).

In der Projektphase 3, auf die sich dieser Bericht bezieht (Jahre 2008-2010), bildeten die Versicherten der Trägerkassen (Helsana, Visana, Xundheit) die hauptsächliche Zielgruppe der Aktivitäten von *action d*. Als sekundäre Zielgruppe war die allgemeine Öffentlichkeit definiert (ebenda). Zentrale Aktivitäten waren das jährliche *Mailing* an die Versicherten der Trägerkassen, das Angebot von Kursen zu den Themen Bewegung und Ernährung, die Öffentlichkeitsarbeit (Artikel in Mitgliederzeitschriften und Printmedien), der Internetauftritt sowie Auftritte an Messen und Events.

Die Evaluation von *action d* orientierte sich an folgenden Projektzielen:

1. Viele Risikopersonen (ab Alter 35) kennen die Spätfolgen des Diabetes Typ 2 und sind sich bewusst, dass Diabetes Typ 2 eine schwerwiegende Erkrankung ist.
2. Viele Risikopersonen (ab Alter 35) kennen ihr Risikoprofil bezüglich Diabetes Typ 2 und ihre Handlungsmöglichkeiten.
3. *Action d* erleichtert und fördert bei Risikopersonen die Motivation für eine Verhaltensänderung in Richtung aktiver Lebensstil mit ausreichend Bewegung und ausgewogener Ernährung.

Ein viertes Ziel bezieht sich auf die Bekanntheit von *action d* als schweizweites Diabetespräventionsprogramm. Dieses Ziel stand für die Evaluation nicht im Vordergrund.

Mit Bezug auf die Ziele 1-3 umfasste die Evaluation in den Jahren 2008–2010 eine fortlaufende Bestandesaufnahme zum Einsatz und Rücklauf des Risikofragebogens (RFB) im Rahmen der verschiedenen Aktivitäten, zum Risikoprofil der teilnehmenden Personen sowie zur Erreichung der Zielgruppen für verhaltensändernde Aktivitäten (Kurse). Zusätzlich wurden 2 Nachbefragungen bei wieder kontaktierbaren Teilnehmenden der *Mailings* sowie eine repräsentative Bevölkerungsbefragung zu Diabetes spezifischem Wissen durchgeführt.

Die Evaluation der Phase 3 war tendenziell summativ angelegt, d.h. darauf ausgerichtet, die Wirkung der breiten Sensibilisierungsarbeit von *action d* hinsichtlich Wissensstand zu Diabetes zu untersuchen und zu prüfen, inwiefern Risikopersonen zu Schritten in Richtung einer Verhaltensänderung motiviert werden können. Der vorliegende Bericht stellt die Synthese der Evaluation in Phase 3 dar. Er fasst die Hauptergebnisse der ausführlichen Evaluationsberichte zusammen (siehe Liste im Anhang) und mündet in eine Gesamtbeurteilung aus Sicht der Evaluation. Ergänzend dazu liegt ein Projektabschlussbericht von *action d* selber vor (Kämpf 2010), welcher insbesondere die operative Perspektive stärker einzubringen vermag.

2. Sensibilisierungsaktivitäten

2.1 Reichweite, Beschreibung der Stichprobe, Risikoprofil der Teilnehmenden – Ergebnisse der Bestandesaufnahmen

Reichweite

In den Jahren 2008–2010 haben mehr als 20'000 Personen den *action d*-Risikofragebogen ausgefüllt (Total 22'249). Die *Datenbasis für die Gesamtauswertungen* in der Bestandesaufnahme 2008-2010 umfasst 20'730 RFB, wovon etwas mehr als die Hälfte (11'097) aus den *Mailings* stammen, ein Viertel (4949) via *Website* von *action d* ausgefüllt wurde, ein Fünftel (3876) aus den verschiedenen *Messen und Events* hervorging und der Rest (808) aus *Träger internen Aktivitäten*¹ resultiert (Abbildung 1). Die Auswertungen zum *Risikoprofil* der Befragten basieren auf einer bereinigten Stichprobe von 20'352 Fällen.

¹ Sensibilisierungsaktionen der Trägerversicherungen bei ihren eigenen Mitarbeiter/innen

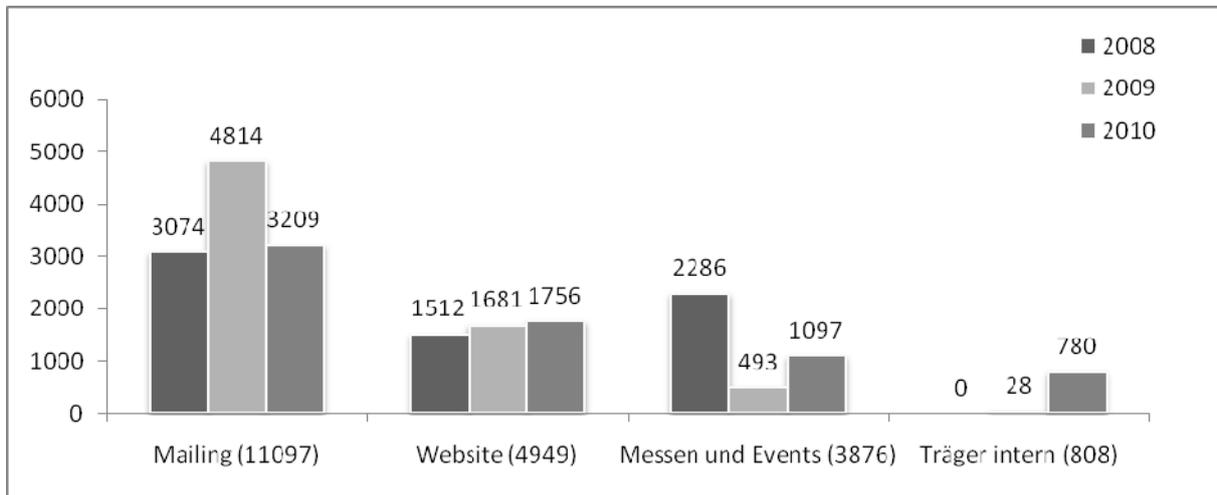


Abb. 1 Anzahl ausgefüllte Risikofragebögen nach Aktivität (kategorisiert) und nach Jahr (N=20'730, Datenbasis für Auswertungen zur Reichweite)

Das jährliche *Mailing* war die zentrale Aktivität der Trägerversicherungen, die sich pro Jahr an rund 100'000 Versicherte richtete. Die Reichweite dieser Aktivität ist in Abbildung 2 zusätzlich verdeutlicht. Der Rücklauf beim *Mailing* variierte von 3.3% im Jahr 2008 zu 4.8% im Jahr 2009 und 3.2% im Jahr 2010 (für die *Messen und Events* sowie die *Website* lassen sich keine Rücklaufquoten eruieren, dort wurden jeweils so viele RFB wie möglich vor Ort resp. online erhoben). Die durchschnittliche Rücklaufquote lag bei 3.8%. Fast die Hälfte der *Mailing*-Teilnehmenden (47% im Durchschnitt über die drei Jahre) hat bei *action d* Zusatzinformationen (Broschüren zu Ernährung, Bewegung oder Diabetes Typ 2) angefordert. Der Anteil dieser Personen hat über die 3 Jahre zugenommen von 40.4% im Jahr 2008 auf 46.1% im Jahr 2009 und 54.7% im Jahr 2010.

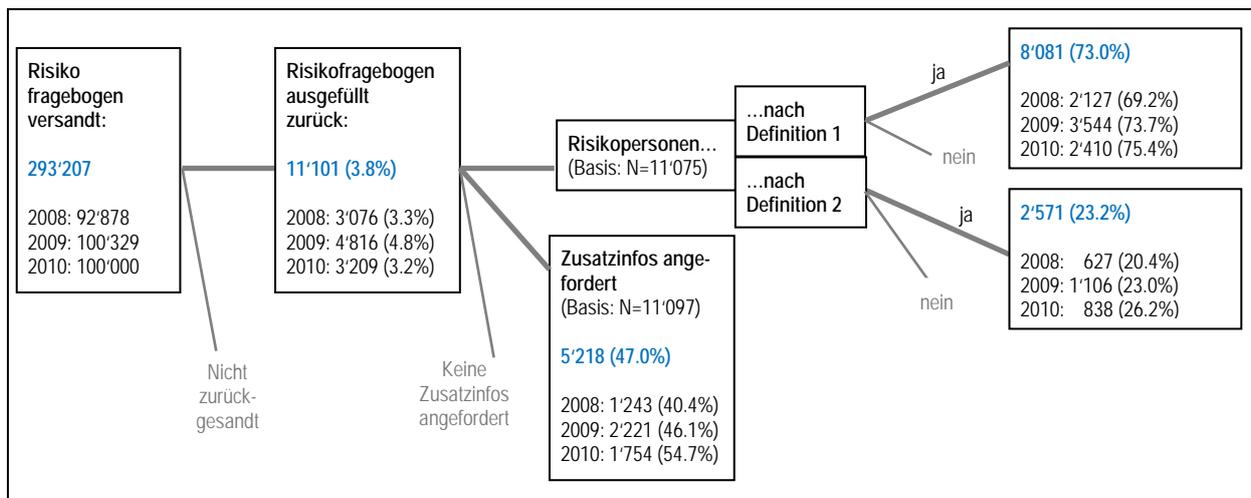


Abb. 2 Reichweite Mailing 2008-2010

Der Anteil von *Risikopersonen* an den *Mailing*-Teilnehmenden beläuft sich nach der breit gefassten Definition 1 auf 73%, nach der eng gefassten Definition 2 auf 23.2% (vgl. zu den Definitionen nachfolgende Ausführungen zum Risikoprofil der Teilnehmenden).

Eine exemplarische Analyse anhand des *Mailings* 2010 hat gezeigt, dass diejenigen Personen, welche Zusatzinformationen angefordert haben, im Vergleich zu den übrigen, die nur den Risikofragebogen ausgefüllt haben, deutlich häufiger zu den *Risikopersonen* gehören (Definition 1: 81.9% vs. 67.7%; Definition 2: 33.4% vs. 17.7%). Andererseits wurde in dieser Analyse auch deutlich, dass der Anteil von *Risikopersonen*, welche Zusatzinformationen anforderten, wunschgemäss bei der enger gefassten Definition höher liegt als bei der breiter gefassten: bei Definition 2 waren es 69.3% (581 von 838 *Risikopersonen*), bei Definition 1 waren es 59.2% (1'427 von 2'410).

Beschreibung des Samples – Gesamt und nach Gruppe²

Die ausgefüllten RFB stammen insgesamt

- am häufigsten von Visana-Versicherten (33.9%), gefolgt von Helsana-Versicherten (26.8%) und solchen von Nicht-Träger-Kassen (12.7%). Für 16.9% der RFB fehlt diese Angabe, da sie nicht systematisch erhoben worden war, 5.2% der Befragten haben diese Frage nicht beantwortet und 4.4% waren bei der Xundheit versichert. Die Kategorien *Website* sowie *Messen und Events* weisen die höchsten Anteile von Versicherten anderer Kassen auf (36.8% resp. 79.1%).
- mehrheitlich von Frauen (59.6%). Dies ist auch innerhalb der einzelnen Gruppen der Fall, wobei sich der höchste Anteil von Männern unter den *Webusern* findet (44.2%) und der tiefste Anteil bei den *Träger internen Aktivitäten* (32.7%).
- zu etwa je einem Viertel von Befragten im Alter von <45 Jahren, 45-54 Jahren, 55-64 Jahren und >64 Jahren (Abbildung 3). Das *Mailing* weist erwartungsgemäss am wenigsten Personen in der tiefsten Alterskategorie auf (13.6% unter 45-Jährige), jedoch die höchsten Anteile von Personen in den übrigen Alterskategorien. *Website* und *Träger interne Aktivitäten* vermochten dagegen am wenigsten ältere Personen zu erreichen, hier sind 42.5% resp. 54.6% der Teilnehmenden unter 45 Jahre alt.

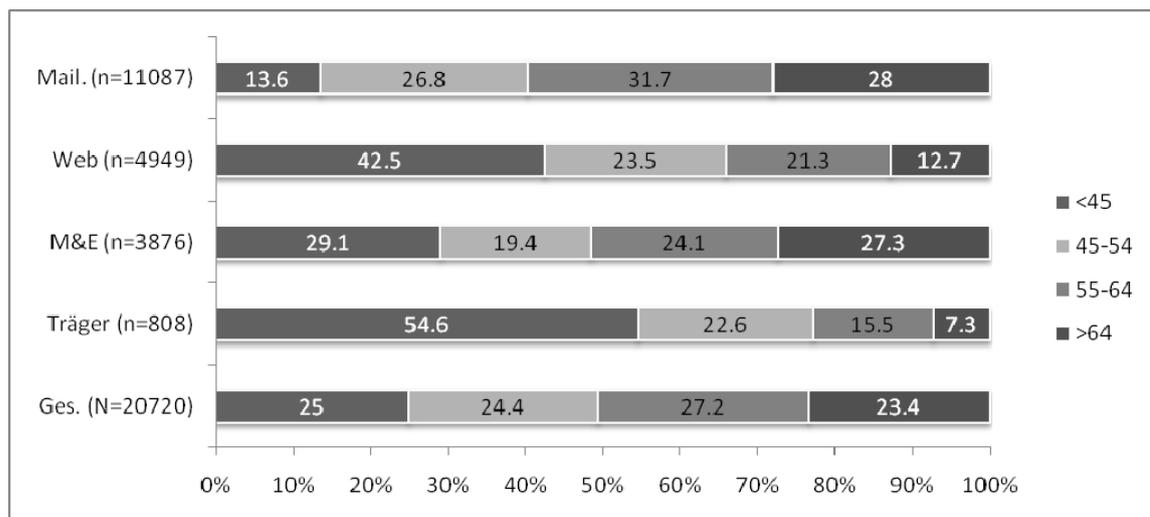


Abb. 3 Verteilung der ausgefüllten Risikofragebögen nach Alterskategorie, Gesamt und nach Gruppe

- mehrheitlich von deutschsprachigen Personen (81.5%), gefolgt von französisch- (12.1%) und italienischsprachigen Personen (6.4%). Diese Verteilung ist weitgehend als Folge von Auswahlkriterien bei den Aktivitäten (v.a. *Mailing*) zu verstehen.
- zu einem Viertel (25.2%) von wieder kontaktierbaren Teilnehmenden und zu drei Vierteln (74.8%) von solchen, die keinen weiteren Kontakt wünschen (ohne Missing-Anteil von 7.6% des Gesamtsamples). Der höchste Anteil an wieder kontaktierbaren Personen findet sich beim *Mailing* (33.3%), der tiefste (12.5%) bei den *Webusern*.

Risikoprofil der Teilnehmenden

Das Risikoprofil der Teilnehmenden wurde mittels des sogenannten Risikofragebogens ermittelt (adaptierte Version des Fragebogens von Lindström & Tuomilehto). Basierend auf der Gesamtpunktzahl einer Person aus den 8 Fragen wird das persönliche Risiko als gering (<7 Punkte), leicht erhöht (7-10 Punkte), mittel (11-15 Punkte), hoch (16-20 Punkte) oder sehr hoch (über 20 Punkte) eingestuft. Für die Beurteilung der Zielerreichung von *action d* (inwiefern konnten mit den verschiedenen Aktivitäten Risikopersonen erreicht werden?), wurden in der Evaluation zusätzlich zwei Definitionen von Risikopersonen verwendet, welche eine für die Praxis relevante Spannweite abstecken:

- Def. 1: Personen mit einem Gesamtscore von mehr als 10 Punkten ODER einem BMI von mehr als 25 oder einem erhöhten Bauchumfang (>94 Männer, >80 Frauen) oder weniger als 30 Minuten Bewegung täglich.
- Def. 2: Personen mit einem BMI von mehr als 25 oder einem erhöhten Bauchumfang (>94 Männer, >80 Frauen) oder weniger als 30 Minuten Bewegung täglich UND einem Gesamtscore von mehr als 10 Punkten.

² Die zahlreichen Aktivitäten von *action d* wurden zum Zweck einer übersichtlichen Auswertung in die vier Kategorien *Mailing*, *Website*, *Messen und Events* sowie *Träger interne Aktivitäten* eingeteilt (vgl. Evaluationsbericht 10 gemäss Liste im Anhang).

Definition 1 hat einen weiten Adressatenkreis von Personen mit einem unterschiedlich ausgeprägten Risiko im Visier (im Extremfall auch Personen, die lediglich einen Risikofaktor, z.B. leichtes Übergewicht, aufweisen). Diese Definition wurde von *action d* formuliert und umfasst im Wesentlichen die Adressaten von Sensibilisierungsaktivitäten.

Definition 2 identifiziert eine enger gefasste Kernzielgruppe von Personen, die mindestens ein mittleres Risiko aufweisen. Damit definiert sie eher den Kreis der „Hochrisikopersonen“, die sich als Zielgruppe insbesondere auch für verhaltensändernde Aktivitäten anbieten.

Risikoprofil Gesamt

Vom Gesamt der Teilnehmenden (N=20'352) weisen, gemessen am *kategorisierten Risikoscore*, 40.3% ein geringes, 34.2% ein leicht erhöhtes, 19.6% ein mittleres, 4.9% ein hohes und 0.9% ein sehr hohes Risiko auf. Unter Verwendung von *Definition 1* gehören 73.7% aller Teilnehmenden zu den Risikopersonen, unter Verwendung von *Definition 2* sind es 24.6%. Die einzelnen *Risikofaktoren* verteilen sich wie folgt:

- Etwa je ein Viertel der Teilnehmenden ist unter 45 Jahre alt (24.7%), zwischen 45 und 54 Jahre alt (24.5%), zwischen 55 und 64 Jahre alt (27.2%) resp. über 64 Jahre alt (23.5%).
- Mehr als die Hälfte haben einen BMI unter 25 (56.1%), 34.6% sind leicht übergewichtig (BMI 25-30) und 9.3% sind stark übergewichtig (BMI >30).
- Gut ein Drittel (36.4%) haben einen unauffälligen Bauchumfang (<94/<80), ein weiteres Drittel (34.7%) einen leicht erhöhten (94-102/80-88) und 28.9% einen deutlich erhöhten (>102/>88).
- 16.3% geben an, sich nicht ausreichend zu bewegen (d.h. nicht täglich mind. eine halbe Stunde).
- 18.3% geben an, nicht täglich Früchte und Gemüse zu essen.
- 18.7% mussten je schon Medikamente gegen hohen Blutdruck nehmen.
- 9.4% hatten je schon zu hohe Blutzuckerwerte.
- 20.9% berichten über Diabetes in der direkten Verwandtschaft, 13.5% über Diabetes in der indirekten Verwandtschaft, bei 65.6% ist weder das eine noch das andere der Fall.

Risikoprofil Subgruppen

Das Risikoprofil unterscheidet sich sowohl gemessen am kategorisierten Gesamtscore als auch an den beiden Definitionen signifikant zwischen Männern und Frauen, nach Alterskategorie, nach Aktivität (kategorisiert) sowie zwischen den wieder kontaktierbaren und den nicht wieder kontaktierbaren Personen. Die einzelnen Subgruppen charakterisieren sich auf Basis der einzelnen Risikofaktoren durch teilweise deutliche Profile (ausgewählte Ergebnisse; ausführlich siehe Bestandesaufnahmen):

Geschlecht: Frauen weisen häufiger nur ein geringes Risiko auf, während Männer in den Risikokategorien mit hohem und sehr hohem Risiko übervertreten sind. Der Anteil von Risikopersonen nach Definition 1 und Definition 2 ist bei den Männern jeweils höher als bei den Frauen. Frauen sind vergleichsweise jünger, haben häufiger einen unauffälligen BMI, allerdings seltener einen unauffälligen Bauchumfang. Tägliche Bewegung sowie täglicher Konsum von Früchten und Gemüse wird von den Frauen etwas häufiger berichtet als von den Männern, ebenso Diabetes in der direkten wie auch indirekten Verwandtschaft. Die Männer haben vergleichsweise öfter schon Medikamente wegen zu hohen Blutdrucks genommen und hatten häufiger je schon zu hohe Blutzuckerwerte.

Alter (kategorisiert): Der Anteil von Personen mit einem lediglich geringen Risiko nimmt mit steigendem (kategorisiertem) Alter ab, während die übrigen Risikokategorien Zuwachs verzeichnen. Auch basierend auf Definition 1 und Definition 2 nimmt der Anteil von Risikopersonen mit steigender Alterskategorie zu. Am deutlichsten profilieren sich die <45-jährigen Teilnehmenden sowie die >64-jährigen. Erstere weisen deutlich häufiger einen unauffälligen BMI wie auch einen unauffälligen Bauchumfang auf. Die Personen dieser Gruppe bewegen sich seltener täglich und konsumieren seltener täglich Früchte und Gemüse, haben aber auch seltener schon Medikamente wegen hohen Blutdrucks genommen und seltener je schon zu hohe Blutzuckerwerte verzeichnet. Diabetes in der Verwandtschaft kommt in dieser Gruppe häufiger vor (v.a. in der indirekten). Die >64-Jährigen zeichnen sich aus durch leichtes Übergewicht, (vor allem stark) erhöhten Bauchumfang, häufigere tägliche Bewegung und täglichen Konsum von Früchten und Gemüse, häufigere Erfahrung mit Blutdruck senkenden Mitteln, häufiger je schon zu hohen Blutzuckerwerten sowie seltener Diabetes in der Verwandtschaft.

Aktivität (kategorisiert): Die Aktivitäten von *action d* vermochten in unterschiedlichem Umfang Risikopersonen zu erreichen. Der höchste Anteil findet sich bei der *Website* (kategorisiertes Risikoprofil, Definitionen 1 und 2), der tiefste liegt bei den *Messen und Events* sowie den *Träger internen Aktivitäten* (Abbildung 4).

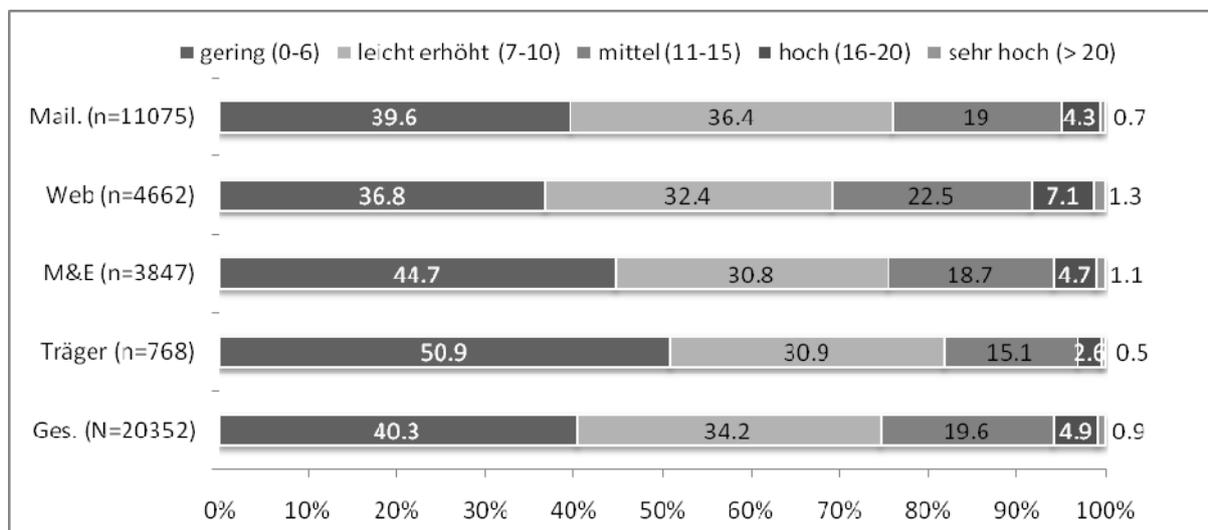


Abb. 4 Risikoscore kategorisiert, Gesamt und nach Gruppe (N=20'352, Datenbasis für Auswertungen zum Risikoprofil)

Das *Mailing* weist erwartungsgemäss den geringsten Anteil an unter 45-jährigen Personen auf (was eine Folge der Selektionskriterien darstellt), die Teilnehmenden wiesen hier öfter leichtes Übergewicht auf, ebenso einen leicht erhöhten Bauchumfang, und sie berichten häufiger über tägliche Bewegung wie auch täglichen Konsum von Früchten und Gemüse. Sie haben ausserdem geringfügig öfter je schon Medikamente wegen zu hohen Blutdrucks genommen, jedoch seltener schon zu hohe Blutzuckerwerte gehabt, und auch Diabetes in der Verwandtschaft kommt in dieser Gruppe seltener vor. Via *Website* wurden häufiger jüngere Personen erreicht, bei denen starkes Übergewicht und stark erhöhter Bauchumfang häufiger vorkommen, die häufiger über unzureichende Bewegung wie auch unzureichenden Konsum von Früchten und Gemüse berichten und häufiger je schon zu hohe Blutzuckerwerte verzeichneten. *Messen und Events* zeichnen sich im Vergleich zu den übrigen Gruppen kaum speziell aus. Die *Träger internen Aktivitäten* schliesslich erreichen, wie schon die *Website*, eher jüngere Personen, die sich ebenfalls häufiger nicht täglich bewegen und auch nicht täglich Früchte und Gemüse konsumieren, die aber oft einen unauffälligen BMI aufweisen und seltener je schon Medikamente gegen hohen Blutdruck benötigt haben.

Kontaktierbarkeit: Unter den wieder kontaktierbaren Teilnehmenden sind insbesondere Personen mit einem mittleren und mit einem hohen Risiko übervertreten, während bei den Nicht-Kontaktierbaren solche mit einem geringen Risiko häufiger vorkommen. Ähnlich sind Risikopersonen sowohl nach Definition 1 als auch nach Definition 2 unter den Kontaktierbaren übervertreten. Auf Basis der einzelnen Risikofaktoren charakterisiert sich die Gruppe der wieder Kontaktierbaren im Vergleich durch höheres Alter (kategorisiert), häufigeres Übergewicht und häufiger (v.a. stark) erhöhten Bauchumfang. Ebenso wurden in dieser Gruppe öfter je schon Medikamente wegen zu hohen Blutdrucks genommen und zu hohe Blutzuckerwerte verzeichnet, und Diabetes in der (insbesondere direkten) Verwandtschaft scheint häufiger vorzukommen. Allerdings berichten die Kontaktierbaren auch etwas häufiger als die Nicht-Kontaktierbaren über tägliche Bewegung und täglichen Konsum von Früchten und Gemüse.

Bezogen nur auf die *Risikopersonen* liegt der Anteil der wieder kontaktierbaren Teilnehmenden bei Definition 2 mit 33.0% höher als bei Definition 1 (26.6%).

☞ Ausführliche Ergebnisse siehe Berichte (10), (8) und (2) gemäss Liste im Anhang.

2.2 Wissensstand, Auseinandersetzung und Verhaltensanpassungen – Ergebnisse der Nachbefragungen

2008 sowie 2009 wurde je eine Nachbefragung bei *Mailing*-Teilnehmenden der Jahre 2008 und 2009 durchgeführt, welche den RFB ausgefüllt zurückgesandt hatten und weiterhin kontaktierbar waren. 2008 wurden 841 und 2009 genau 1000 Personen angeschrieben. Der Rücklauf belief sich auf 34.5% (2008) resp. 38.0% (2009). Somit konnten 290 resp. 378 ausgefüllte Nachbefragungsbögen ausgewertet werden. Die Ergebnisse der beiden Befragungen stimmen weitgehend überein. Für die Interpretation der Ergebnisse ist ein möglicher Effekt sozialer Erwünschtheit, insbesondere betreffend Verhaltensänderungen, mit zu berücksichtigen.

Wissensstand

Die Ergebnisse zeigen, dass diese Kerngruppe von interessierten Personen einen recht hohen Kenntnisstand zu Diabetes Typ 2 aufweist (Kennzahlen für 2008 / 2009):

- 96% / 95% der Befragten erachten die Aussage, das Erkrankungsrisiko könne durch ausgewogene Ernährung und ausreichend Bewegung deutlich reduziert werden, zu Recht als zutreffend
- 83% / 90% wissen, dass die Aussage, Diabetes sei weltweit am Zunehmen, stimmt
- 81% / 88% wissen, dass die Aussage, Diabetes könne schwerwiegende Folgen haben, stimmt
- Je 98% der Befragten wissen, dass Übergewicht (BMI>25) das Risiko für Diabetes Typ 2 erhöht (vgl. für dieses sowie für die folgenden Ergebnisse Abb. 5, Basis: Nachbefragung 2008)
- 91% / 92% beurteilen erhöhte Blutzuckerwerte zu Recht als Risikofaktor für Diabetes Typ 2
- 94% / 92% glauben zu Recht, dass täglicher Konsum von Obst und Gemüse das Risiko senkt
- 88% / 90% glauben zu Recht, dass Bewegungsmangel risikoe erhöhend wirkt
- 74% bzw. 77% schätzen das Vorhandensein von Blutsverwandten mit Diabetes Typ 2 als Risiko fördernd ein.

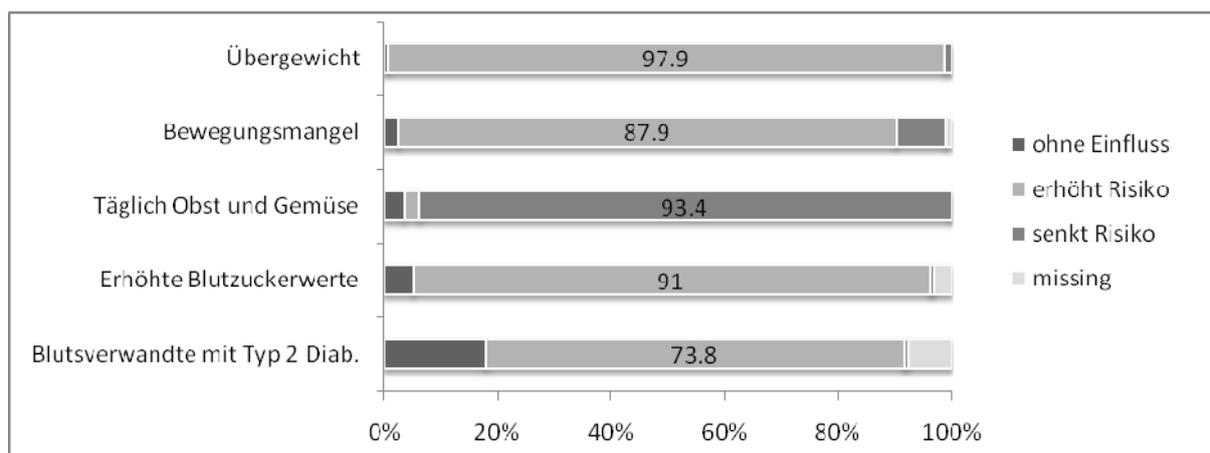


Abb. 5 Beurteilung Risiko für Diabetes Typ 2 (ausgewählte Aspekte), Basis Nachbefragung 2008 (N=290). Prozentanteil der Antworten ist jeweils nur für die inhaltlich richtige Antwortoption vermerkt.

Auseinandersetzung und Verhaltensanpassungen

Das persönliche Risiko, an Diabetes Typ 2 zu erkranken, wird in dieser Gruppe mehrheitlich adäquat eingeschätzt, d.h. Personen mit einem höheren Risikoscore beurteilen ihr persönliches Risiko entsprechend höher als Personen mit einem niedrigeren Risikoscore. So unterscheiden sich die Mittelwerte der Personen mit einem Score von maximal 10 Punkten (M=2.13, SD=.68) und denjenigen mit mehr als 10 Punkten (M=2.69, SD=.75) signifikant (p=.000) (Basis Nachbefragung 2009). Allerdings lassen sich zwei Personengruppen identifizieren, die ihr Risiko nicht adäquat einzuschätzen scheinen (Kombinationen „eingeschätztes Risiko tief bei hohem Risikoscore“ sowie „eingeschätztes Risiko hoch bei tiefem Risikoscore“). So schätzen in der Nachbefragung 2009 46 Personen ihr Risiko als gering und 3 weitere als gar nicht vorhanden ein, obwohl ihr Risikoscore mehr als 10 Punkte beträgt (zusammen 13.2% der Teilnehmenden) und 58 resp. 6 Personen (zusammen 17.3% der Teilnehmenden) schätzen ihr Risiko trotz einem geringen Risikoscore als mittel bis hoch ein.

Exkurs: Insbesondere die Gruppe der Personen, die ihr Risiko zu unterschätzen scheinen, könnte als Zielgruppe für Interventionen interessant sein. Ein punktueller, lediglich deskriptiver Vergleich dieser Subgruppe mit der Gesamtheit der Teilnehmenden (wiederum anhand der Nachbefragung 2009) weist kaum auf spezifische Merkmale hin, abgesehen davon, dass diese Personen im Durchschnitt um 5 Jahre älter sind und etwas häufiger nur eine Berufsschule abgeschlossen haben, jedoch seltener einen Hochschulabschluss vorweisen. Auffällig ist die im Vergleich zu den übrigen Teilnehmenden höhere Risikobelastung insbesondere bei den Risikofaktoren Gewicht (BMI), Bauchumfang, Medikamente gegen hohen Blutdruck, zu hohe Blutzuckerwerte und Diabetes in der Verwandtschaft.

Die Auseinandersetzung mit dem Thema Diabetes Typ 2 scheint schliesslich einen beachtlichen Teil der Befragten insgesamt, nämlich 42% (2008) resp. 33% (2009), zu Verhaltensänderungen angeregt zu haben. Anpassungen des Verhaltens scheinen besonders die Bereiche Ernährung (mehr Trinken, insbesondere Wasser und ungezuckerte Getränke; mehr Obst und Gemüse essen) und Bewegung (öfter zu Fuss oder mit dem Fahrrad unterwegs sein) zu betreffen. Häufig angegeben wird auch die Kontrolle des Gewichts.

Für die Befragten, die über Verhaltensänderungen berichten, waren gewisse Informationskanäle für die Auseinandersetzung mit dem Thema Diabetes offenbar besonders massgeblich (Kennzahlen für 2008 / 2009):

- Informationsschreiben (*action d*, Krankenkasse): 63% / 62%
- Artikel in Zeitungen und Zeitschriften: 35% / 40%
- Informationen aus Printmedien inkl. Internet: 34% / 23%
- Familienangehörige: 31% / 24%
- Arzt/Ärztin: 27% / 39%.

☞ Ausführliche Ergebnisse siehe Berichte (5) und (6) gemäss Liste im Anhang.

2.3 Wissensstand, Auseinandersetzung und Verhaltensanpassungen – Ergebnisse der repräsentativen Bevölkerungsbefragung

2010 wurde eine repräsentative Bevölkerungsbefragung durchgeführt, mit dem Ziel zu prüfen, inwiefern die Kernzielgruppe der Aktivitäten von *action d* – die Versicherten der drei Trägerkassen Helsana, Visana und Xundheit – die breit angelegte Sensibilisierungskampagne von *action d* in den Jahren 2008–2010 wahrgenommen hat und sich diesbezüglich von der Kontrollgruppe – den Versicherten anderer Krankenkassen – unterscheidet. Punktuell wurde dabei auch ein Vergleich zur Nullmessung im Jahr 2007 ermöglicht, welche damals stärker auf das Grundwissen in der Gesamtbevölkerung ausgerichtet war. Für die Follow-up Befragung wurden im Sommer 2010 802 Personen ab 35 Jahren aus der deutsch- und der französischsprachigen Schweiz telefonisch befragt, welche je zur Hälfte zur Kernzielgruppe resp. zur Kontrollgruppe gehörten. Die Auswertung basierte auf einer bereinigten Stichprobe von 751 Personen (Ausschluss von Personen, die selber an Diabetes leiden oder weder den Begriff „Diabetes“ noch den Begriff „Zuckerkrankheit“ kennen). Für die Interpretation der Ergebnisse ist mit zu bedenken, dass diese Stichprobengrösse es lediglich erlaubt, Anteilsdifferenzen ab ca. 5% als statistisch signifikante Unterschiede nachzuweisen.

Wissensstand

Die Ergebnisse zeigen, dass die Befragten beider Gruppen einen vergleichbaren Wissensstand zu Diabetes aufweisen:

- Die Begriffe *Diabetes* oder *Zuckerkrankheit* sind, wie schon bei der Nullmessung, nahezu allen Befragten bekannt. In beiden Befragungen kannte jeweils nur etwa ein halbes Prozent der Befragten keinen der beiden Begriffe.
- Je ca. 70% der Befragten nannten mind. eine richtige Folge von Diabetes (wobei die Anzahl richtiger Antworten grösser zu sein hat als die Anzahl falscher Antworten).
- Je ca. 74% der Befragten nannten mind. eine richtige Ursache (gleiche Bedingung).
- Je ca. 85% der Befragten nannten mind. eine richtige Präventionsmöglichkeit (gleiche Bedingung).
- Der Vergleich für die drei Wissensfragen mit der Nullmessung (Basis: vergleichbare Stichprobe; jeweils Anteil von Personen, welche mindestens eine richtige Antwort gegeben haben), weist in keiner der drei Fragen signifikante Unterschiede nach, weder pro Zeitpunkt nach Gruppe, noch innerhalb der Gruppen im Zeitvergleich.

Auffallend war thematisch, dass sowohl bei den Ursachen als auch bei den Präventionsmöglichkeiten häufiger Antworten gegeben wurden, welche die Ernährung betreffen, im Vergleich zu solchen, die sich auf Bewegung beziehen. So gaben bei den Präventionsmöglichkeiten je 64% der Befragten beider Gruppen (Kernzielgruppe und Kontrollgruppe) „gesündere Ernährung“ zur Antwort, jedoch nur 38.6% resp. 33.3% „mehr Bewegung“ und 16.5% resp. 16.3% „mehr Sport“. Die Überprüfung hinsichtlich kombinierter Nennungen konnte jedoch in dieser Frage zeigen, dass ein beachtlicher Teil der Befragten (40.1%) Aspekte aus den beiden gleichermassen relevanten Bereichen nannte.

Auseinandersetzung

Die Befragten der beiden Gruppen unterscheiden sich nicht hinsichtlich des persönlichen Risikobewusstseins und der Problemeinschätzung sowie hinsichtlich der Auseinandersetzung mit Diabetes im Allgemeinen:

- Je ca. 30% der Befragten beider Gruppen gaben bei der Follow-up-Befragung an, bereits einmal einen Diabetestest gemacht zu haben. Bei der Nullmessung waren dies noch ungefähr 40% gewesen (ebenfalls ohne Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen).
- Je ca. 5% der Personen, die ihr Risiko noch nie bestimmt haben, beabsichtigen dies im Folgejahr zu tun.
- Je 91% haben in den letzten 3 Jahren Informationen zu Diabetes erhalten, wobei am häufigsten Zeitungen/Zeitschriften und Radio/Fernsehen als die Kanäle genannt wurden, über welche Information zu Diabetes vermittelt wurde (Abbildung 6).
- Jeweils rund die Hälfte der Befragten gibt an, aufgrund der vermittelten Information mit anderen Personen über Diabetes gesprochen zu haben.
- Für je ca. die Hälfte der Befragten ist es ein wichtiges Anliegen, dass ganz allgemein etwas gegen Diabetes getan wird.
- Je ca. 30% der Befragten kennen Angebote und Organisationen, welche Informationen zu Diabetes Typ 2 zur Verfügung stellen.

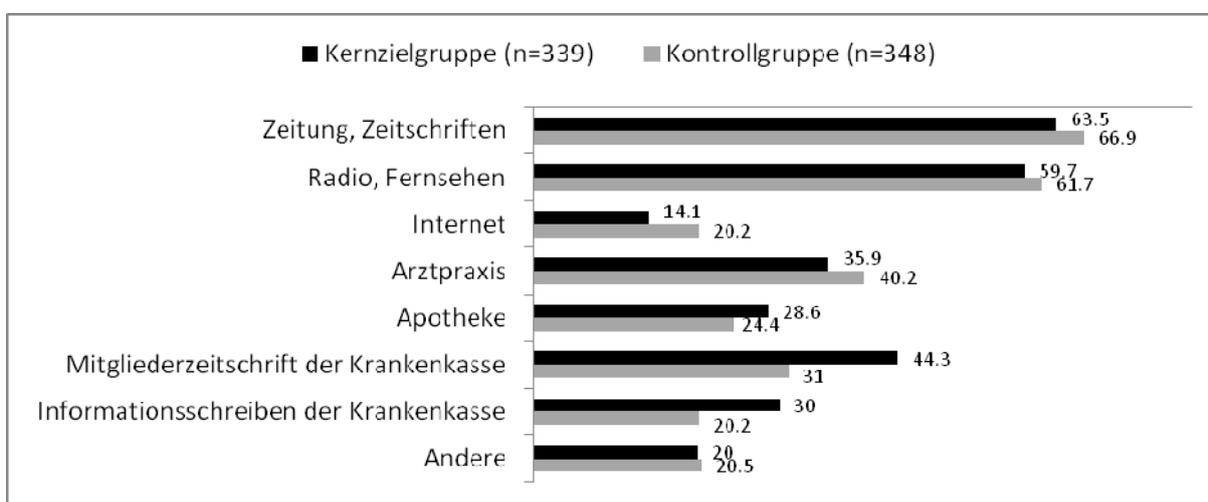


Abb. 6 Informationen über Diabetes erhalten durch... (Mehrfachantworten möglich).
Prozent der Personen, die Informationen über den jeweiligen Kanal erhalten haben.

Ein signifikanter Unterschied (wenn auch von kleiner Effektgrösse) zeigt sich im Hinblick auf die Informationsaufnahme: Bei den Kanälen, über welche innerhalb der letzten 3 Jahre Information über Diabetes aufgenommen wurde, gaben mehr Versicherte der Trägerkassen von *action d* an, Information über die Mitgliederzeitschrift (44.3% vs. 31%) oder ein Informationsschreiben der Krankenkasse (30% vs. 20.2%) erhalten zu haben (Abbildung 6).

Verhaltensanpassungen

Die Befragten der beiden Gruppen unterscheiden sich nicht bezüglich individueller Verhaltensänderungen zur Prävention von Diabetes:

- Jede achte Person, die in den letzten 3 Jahren Informationen zu Diabetes Typ 2 erhalten hat, berichtete über Verhaltensänderungen aufgrund dieser Informationen (am häufigsten über Änderungen des Ernährungsverhaltens).

☞ Ausführliche Ergebnisse siehe Bericht (9) und – für Nullmessung – (1) gemäss Liste im Anhang.

3. Initiieren von Verhaltensänderungen (Kurse)

Zur Unterstützung von Risikopersonen im Hinblick auf Verhaltensänderungen war von *action d* ein vielfältiges Angebot an Kursen zu den Themen Bewegung, Ernährung und Entspannung entwickelt und jährlich angepasst worden, welches sowohl Versicherten der Trägerkassen als auch anderen Personen zur Verfügung stand. Während 2008 noch hauptsächlich kurze, kostengünstige Schnupperkurse im Zentrum standen, waren es in den Jahren 2009 und 2010 die regulären, längeren Kurse. Vom Kursangebot hat über die 3 Jahre hinweg eine zunehmende Zahl von Personen Gebrauch gemacht (Tabelle 1). Die Zielsetzung, jährlich mind. 60 Kursteilnehmende zu gewinnen, wurde in den letzten beiden Jahren bei weitem übertroffen, wobei es sich gemäss Aussage von Kursleitenden nur in begrenztem Ausmass um Risikopersonen handelte (vgl. Kämpf 2010).³

Tabelle 1: Reichweite verhaltensändernde Aktivitäten

	2008	2009	2010	Total
Angemeldete Schnupperkurse	194	nicht angeboten		194
Teilnehmende Schnupperkurse	138	nicht angeboten		138
Angemeldete Kurse	27	174	210	411
Teilnehmende Kurse	18	103	188	309

Allerdings mussten in jedem Jahr etliche Kurse gestrichen werden (2009 wurden nur 13 von 35 Kursen durchgeführt), wofür verschiedene Gründe massgeblich waren: teilweise waren Kurse parallel in verschiedenen Städten oder zu verschiedenen Zeiten angeboten worden, sodass nicht alle die minimal benötigte Teilnehmerzahl erreichten; teilweise stiessen Kurse auf wenig bis gar kein Interesse; teilweise waren sie für Interessierte zu weit weg von deren Wohnort etc.

☞ Ausführliche Ergebnisse siehe Berichte (10), (8) und (2) gemäss Liste im Anhang.

4. Bekanntheit von *action d*

Die Bekanntheit von *action d* bei ihren wichtigsten Stakeholdern (Ziel 4 von *action d*) konnte in der Evaluation aus finanziellen Gründen nur am Rande berücksichtigt werden. Gesundheitsförderung Schweiz hat diese Frage in ihre eigene Stakeholderbefragung aufgenommen. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass rund ein Drittel der Befragten *action d* kennen. Die Bedeutung von *action d* wird von 62% dieser Personen als wichtig bis sehr wichtig eingestuft und 75% der Befragten sind mit dem Angebot zufrieden bis sehr zufrieden (zusätzlich 20% ‚eher zufrieden‘ und 5% ‚eher unzufrieden‘). Diese Werte sind für *action d* allerdings nur eingeschränkt relevant, da sich die Stakeholder von Gesundheitsförderung Schweiz und *action d* nur zum Teil decken.

5. Schlussfolgerungen

Die verschiedenen Aktivitäten im Bereich der Sensibilisierung wurden insgesamt breit wahrgenommen und haben in hohem Umfang Personen dazu motiviert, den Risikofragebogen auszufüllen. Von den Teilnehmenden weisen jedoch drei Viertel ein lediglich geringes oder leicht erhöhtes Risiko auf, in den nächsten 10 Jahren an Diabetes zu erkranken. Nur ein Viertel hat ein Risiko von mittlerer, hoher oder sehr hoher Ausprägung. Das erreichte Zielpublikum entspricht somit einer breit angelegten Sensibilisierungsaktion, während „Hochrisikopersonen“ nur eine Minderheit darstellen. Verschiedene Teilbefunde weisen allerdings darauf hin, dass auch diese Kernzielgruppe in gewisser Hinsicht durchaus erfolgreich angesprochen werden konnte:

- Unter den wieder kontaktierbaren Teilnehmenden sind Risikopersonen stärker vertreten als unter den Nicht-Kontaktierbaren. Damit ist die im Grundsatz angepeilte Population erfreulicherweise eher erneut kontaktierbar und weiteren Informationen und Aktivitäten zugänglich.
- Von den *Mailing*-Teilnehmenden haben jährlich etwa die Hälfte Zusatzinformationen bei *action d* angefordert und somit weiter gehendes Interesse bekundet. Der Anteil von Personen, die Zusatz-

³ Das Kursangebot zielte zwar eigentlich auf Risikopersonen ab, gleichzeitig war aber ein erhöhtes Diabetesrisiko keine Bedingung für die Teilnahme (vgl. Kämpf 2010).

informationen anforderten, hat über die 3 Jahre hinweg kontinuierlich zugenommen, was möglicherweise auf eine greifende Sensibilisierung hinweist.

- Bei den *Mailing*-Teilnehmenden, welche Zusatzinformationen anforderten, handelt es sich in höherem Ausmass um Risikopersonen, verglichen mit den Teilnehmenden, die keine Zusatzinformationen bestellten. Ausserdem liegt der Anteil von *Risikopersonen*, die Zusatzinformationen einholten, bei der enger gefassten Definition von Risikopersonen wunschgemäss höher als bei der breiter gefassten, d.h. sogenannte „Hochrisiko-Personen“ haben sich mit der Thematik vergleichsweise öfter vertieft auseinandergesetzt (beides: Basis *Mailing* 2010).
- Unter den Männern war der Anteil der Risikopersonen etwas höher als unter den Frauen, obwohl letztere die Mehrheit der Teilnehmenden darstellen. Risikobehaftete Männer als eine spezifische Zielgruppe der Aktivitäten von *action d* konnten also durchaus erreicht werden.
- Die Ergebnisse der Nachbefragungen weisen darauf hin, dass das *Mailing* eine Kernzielgruppe interessierter Personen erreichen (hoher Wissensstand, adäquate Einschätzung des eigenen Risikos) und teilweise auch zu Verhaltensanpassungen motivieren konnte. Diese Ergebnisse sind jedoch möglicherweise durch Effekte sozialer Erwünschtheit mit geprägt.

Die einzelnen Aktivitäten (kategorisiert) weisen erwartungsgemäss unterschiedliche Schwerpunkte resp. Risikoprofile der Teilnehmenden auf. Insbesondere die *Website* nimmt einen spezifischen Stellenwert ein, indem sie den höchsten Anteil an Risikopersonen zu erreichen vermag, wobei es sich um vergleichsweise jüngere, jedoch stärker belastete Personen handelt. Als „Wermutstropfen“ sind die Personen dieser Gruppe jedoch am seltensten wieder kontaktierbar. Das jährliche *Mailing* stellt einen breit nutzbaren Kanal für Sensibilisierungsaktivitäten dar, der allerdings nur begrenzt an Hochrisikopersonen gelangt. Immerhin generiert es im Vergleich zu den übrigen Aktivitäten nominal am meisten Teilnehmende, darunter auch mehr wieder kontaktierbare Personen, unter denen wiederum Risikopersonen häufiger vertreten sind. Die punktuellen Aktivitäten z.B. an *Messen und Events* waren im Vergleich dazu und gemessen an der Zahl ausgefüllter RFB deutlich weniger ertragreich.

Die Zielvorgaben für das Projekt sahen für das jährliche *Mailing* eine Rücklaufquote von 6% resp. 6'000 ausgefüllte RFB pro Jahr vor. Gemessen an dieser Vorgabe lag der Rücklauf der *Mailings* 2008–2010 jeweils tiefer. Wie Kämpf (2010) zu recht festhält, war das *Mailing* 2006, auf welches sich die Zielformulierung abstützte, auf eine spezifische Adressatengruppe mit erhöhtem Risiko ausgerichtet (Personen in Behandlung wegen zu hohem Blutdruck), was aufgrund der Betroffenheit eine höhere Rücklaufquote generierte. Die ursprüngliche Zielvorgabe ist daher für ein *Mailing*, das lediglich eine Selektion nach Alter vornimmt, als zu hoch gesteckt zu betrachten.

Das Ziel von *einem Drittel Risikopersonen unter den Antwortenden des Mailings* (2'000 pro Jahr bzw. 6'000 für die drei Jahre) wurde gemäss der breit gefassten Definition mit 73% deutlich übertroffen (8'081 Personen), gemäss der engeren Definition mit 23.2% (2'571 Personen) hingegen unterschritten. Zu den RFB aus dem *Mailing* kommen jedoch zahlreiche RFB aus den übrigen Aktivitäten hinzu, die in die ursprüngliche Zielformulierung nicht eingegangen waren. Unter Einbezug *aller* RFB ist denn die Zielvorgabe von 6'000 Risikopersonen gemäss der breit gefassten Definition um ein Mehrfaches übertroffen (15'007 Risikopersonen) und gemäss der eng gefassten Definition annähernd erreicht (5'009 Risikopersonen). Dabei zeigt sich insgesamt, sowie für die vier Gruppen (Aktivitäten) gesondert, dass Risikopersonen gemäss der eng gefassten Definition zu einem grösseren Teil erneut kontaktierbar sind als jene gemäss der breiteren Definition (Gesamt: 33% versus 26.6%).

Zielgrössen waren auch für die Kursaktivitäten formuliert worden: jährlich sollten mind. 60 Teilnehmende und insbesondere Risikopersonen gewonnen werden. Diese Grösse wurde in den letzten beiden Jahren deutlich übertroffen, wobei dem zahlenmässig Erfolg der berichtete sehr hohe Aufwand sowie die begrenzte Erreichbarkeit von tatsächlichen Risikopersonen für die Kursteilnahme gegenüber stehen (Kämpf 2010). Gerade bei Themen, zu welchen bereits ein dichtes Kursangebot verschiedener Anbieter existiert, dürfte es zudem schwierig sein, sich zusätzlich oder spezifisch zu profilieren.

Eine breite Sensibilisierung speziell der *Hauptzielgruppe* (Versicherte der drei Trägerkassen) lässt sich in der repräsentativen Bevölkerungsbefragung im Vergleich zu Versicherten anderer Krankenkassen allerdings nicht nachweisen: Wissensstand, Auseinandersetzung und Verhaltensfolgen sind zwischen den Gruppen weitgehend vergleichbar. Dies mag verschiedene Hintergründe haben: sei es, dass der breite Sensibilisierungseffekt der Informationen begrenzt ist, sei es, dass der Anteil der Personen, die sich mit den Botschaften intensiver auseinandergesetzt haben, im Verhältnis zur Gesamtzahl der Versicherten zu klein ist, um signifikante Unterschiede messen zu können, sei es, dass auch Versicherte von Nichtträgerkassen über allgemeine Kanäle Informationen zu Diabetes erhalten haben, was es erschwert, messbare Unterschiede zu finden.

6. Empfehlungen

Sensibilisierungsaktivitäten

Die Ergebnisse der bisherigen Sensibilisierungsaktivitäten legen es nahe, diesen Strang weiter zu verfolgen, im Sinne der allgemein gefassten Zielsetzung von *action d* (Häufigkeit von Diabetes und dessen Folgekrankheiten reduzieren, frühzeitige Erkennung fördern, generell die Lebensqualität verbessern und potentielle Diabeteskosten senken).

Es sollen insbesondere die *Website* als relativ kostengünstige Sensibilisierungsplattform sowie das *Mailing* als breit nutzbarer Sensibilisierungskanal beibehalten werden.

Auch Artikel in Printmedien ausserhalb der Trägerzeitschriften sind weiterhin zu empfehlen, zumal diese zu den meistgenutzten Informationsquellen gehören.

Initiieren von Verhaltensänderungen (Kurse)

In Bezug auf das Kursangebot teilen wir die Überlegungen der Projektleitung von *action d*, dass die Intervention stärker auf diejenigen Personen ausgerichtet sein sollte, die effektiv ein erhöhtes Risiko für Diabetes Typ 2 aufweisen. Der berichtete sehr grosse Aufwand, der mit den Kursen verbunden war, sowie der Umstand, dass die Teilnehmenden oftmals nicht zu den eigentlichen Risikopersonen gehörten, legen es nahe, das Angebot wie vorgeschlagen und geplant neu auszurichten (Pilotprogramm von 6 Monaten Dauer zur allmählichen Umstellung des Ernährungs- und Bewegungsverhaltens, für Zielgruppe Übergewichtige, unter Nutzung des erprobten Internetportals eBalance, ergänzt um ein individuelles Coaching). Diese Neuausrichtung ist auch kongruent mit folgenden Überlegungen, die auf internationalen Arbeiten basieren:

1) Internationale Übersichtsarbeiten zur Wirksamkeit von allgemeinen Informationsmaterialien zur Förderung des Gesundheitsverhaltens kommen zum Schluss, dass diese, wenn überhaupt, nur eine sehr geringe Wirksamkeit haben (Lancaster & Stead, 2000). Dies ist u.a. auf die geringe persönliche Relevanz der Materialien zurückzuführen. Eine deutlich bessere Involviertheit der Zielgruppe und damit auch Wirksamkeit der Massnahmen ist mittels Individualisierung zu erreichen, d.h. die vermittelte Information sollte möglichst viele individuelle Charakteristika der Zielperson wie z.B. Geschlecht, Alter und Body Mass Index berücksichtigen. Dies erhöht die Wahrnehmung der Information als persönlich relevant und führt letztlich auch häufiger zu den erwünschten Verhaltensänderungen (Noar, Benac & Harris, 2007). Eine Möglichkeit, individuelle Angaben z.B. zum Body Mass Index und zum Ausmass körperlicher Aktivität zu berücksichtigen, bieten beispielsweise computergestützte Expertensysteme. Diese erlauben es, individualisierte Information zur Förderung von Verhaltensänderungen kostengünstig grossen Zielgruppen zur Verfügung zu stellen. Die Nutzung eines solchen Systems könnte u.U. auch eine vielversprechende Möglichkeit zur Verbesserung der Wirksamkeit der Aktivitäten von *action d* darstellen, würde aber voraussetzen, dass individualisierte Charakteristika grundsätzlich verfügbar sind (Information vorhanden) und deren Nutzung im gegebenen Kontext auch zulässig ist (Datenschutz). Diese Situation ist von den Trägerkassen her nicht gegeben. Indirekt agiert das Projekt aber durchaus in diese Richtung, indem via Risikofragebogen individuelle Angaben erhoben werden, die dann für weitere Präventionsaktivitäten *bei denjenigen Personen zur Verfügung stehen, welche ihre Einwilligung zu einer erneuten Kontaktierung gegeben haben*. Insofern stellt der Risikofragebogen ein durchaus geeignetes Rekrutierungsinstrument dar, dessen weitere Nutzung allerdings durch das erforderliche Einverständnis der befragten Personen limitiert ist.

2) International konnte die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen zur Reduktion von Diabetes Typ 2 mittels langfristiger und intensiver individueller Bewegungsförderung und Ernährungsumstellung belegt werden (z.B. Baker et al. 2010). Eine Herausforderung besteht allerdings darin, diese sehr personal- und kostenaufwändigen Programme breit, sei es bevölkerungsweltweit oder zumindest z.B. für alle Risikopersonen einer bestimmten Krankenversicherung anzubieten. Letzteres erfordert zum Beispiel, dass möglichst alle Mitglieder der Krankenversicherung einen Screeningtest zur Bestimmung der Diabetes spezifischen Risikofaktoren durchführen. Dabei könnten Anreizsysteme wie z.B. die Verlosung attraktiver Preise die Teilnahmebereitschaft erhöhen. Weiter wäre es wichtig, Personen, welche ein erhöhtes Risiko für Diabetes haben, eine möglichst individualisierte und differenzierte Rückmeldung zu ihrem Risiko und zu Möglichkeiten der Verhaltensänderung anzubieten.

Künftige Evaluation

Die Evaluation von Phase 3 hat zahlreiche vertiefende Ergebnisse geliefert und die Ergebnisse der jährlichen Bestandesaufnahmen wie auch der zwei Nachbefragungen waren weitgehend kongruent. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die externe Evaluation des Projektes in Phase 4 nicht weiterhin summativ auszurichten, sondern formativ die laufende Weiterentwicklung des Angebotes und den entsprechenden Lernprozess evaluativ zu begleiten und zu fördern, wie dies geplant ist.

Übersicht Evaluationsberichte

- (1) Becker J, Grichting E, Quinteros I, Schaub M & Salis Gross C (2010). *Evaluation action d: Synthesebericht der Nullmessung 2007 zu den Diabetes spezifischen Fragen*. Erweiterte Fassung Januar 2010. ISGF, Bericht Nr. 255
- (2) Becker J, Grichting E & Salis Gross C (2008). *Evaluation action d: Synthesebericht zur Bestandesaufnahme der Risikofragebögen aus dem Mailing 2008 unter Berücksichtigung der weiteren Erhebungen im Jahr 2008*. ISGF, Bericht Nr. 258
- (3) Becker J, Grichting E & Salis Gross C (2008). *Evaluation action d: Kognitive Interviews zur Weiterentwicklung des Fragebogens zur Nachbefragung*. ISGF, Bericht Nr. 259
- (4) Quinteros I, Schaub M & Salis Gross C (2008). *Evaluation action d: Nachbefragung Telefoncoaching und Pedometer/Bewegungssensor*. ISGF
- (5) Grichting E, Becker J & Salis Gross C (2009). *Evaluation action d: Nachbefragung der kontaktierbaren Personen aus dem Mailing 2008*. ISGF, Bericht Nr. 270
- (6) Grichting E, Becker J & Salis Gross C (2010). *Evaluation action d: Nachbefragung der kontaktierbaren Personen aus dem Mailing 2009*. ISGF, Bericht Nr. 277
- (7) Grichting E & Salis Gross C (2009). *Evaluation action d: Synthese der Ergebnisse 2008*. ISGF.
- (8) Grichting E, Becker J & Salis Gross C (2010). *Evaluation action d: Bestandesaufnahme der Risikofragebögen aus dem Mailing 2009 unter Berücksichtigung der weiteren Erhebungen im Jahr 2009*. ISGF, Bericht Nr. 282
- (9) Grichting E, Haug S & Salis Gross C (2010). *Evaluation action d: Bericht zur Follow-up Messung 2010*. ISGF, Bericht Nr. 287
- (10) Grichting E & Salis Gross C (2010). *Evaluation action d: Bestandesaufnahme 2008–2010. Wichtigste Erkenntnisse*. ISGF, Bericht Nr. 291
- (11) Grichting E & Salis Gross C (2010). *Evaluation action d: Synthesebericht zur Evaluation 2008 – 2010 (Phase 3)*. ISGF, Bericht Nr. 292

Weitere Literatur

Baker, M. K., K. Simpson, et al. (2010). *Behavioral strategies in diabetes prevention programs: A systematic review of randomized controlled trials*. Diabetes Research and Clinical Practice. doi:10.1016/j.diabres.2010.06.030

Kämpf, M. (2010). *action d Abschlussbericht Phase 3 2008-2010*.

Lancaster, T., & Stead, L. (2000). *Self-help interventions for smoking cessation*. The Cochrane Library, 2.

Noar, S., Benac, C., & Harris, M. (2007). *Does tailoring matter? Meta-analytic review of tailored print health behavior change interventions*. Psychological Bulletin, 133(4), S. 673-693.

Evaluation action d und ihre Auswirkung auf die neue Strategie 2010-2013

Die durch das Institut der Sucht- und Gesundheitsforschung durchgeführte Evaluation der Aktivitäten von action d und deren Ergebnisse erlaubten wichtige Grundlagen für die neue Strategie der Phase 4 zu erarbeiten.

Die Ausrichtung der Aktivitäten von action d in nächsten 3 Jahre liegt weiterhin auf der Sensibilisierung, Motivierung und Unterstützung von Personen, welche ein Risiko aufweisen, an einem Diabetes Typ 2 zu erkranken.

Sensibilisierung

Die Evaluation hat aufgezeigt, dass die ausgeführten, kostengünstigen Sensibilisierungsaktivitäten von action d über die letzten 3 Jahre von der Öffentlichkeit insgesamt gut wahrgenommen wurden. Die Empfehlung diese allgemeine Sensibilisierung weiter zu führen wurde in die neue Strategie aufgenommen.

Strategie 2010-2013 :

- Die Arbeit an der action d **Website** wird weitergeführt. Die stetige Zunahme der Webbesuche zeigt auf, dass die Seite als Sensibilisierungs- und Informationsplattform bekannter geworden ist und genutzt wird.
- Informationen zur Prävention eines Diabetes Typ 2 werden weiterhin in **Printmedien** und in den **Magazinen der Trägerversicherungen** platziert.

Motivieren und Unterstützung (Verhaltensänderungen)

Das ISGF und die Projektleitung waren sich einig, dass der Fokus vermehrt auf die Risikopersonen gelegt werden sollte. Darüber hinaus wurde die Wirksamkeit von Präventionsprogrammen mit intensiver Bewegungsförderung und langfristiger Ernährungsumstellung international belegt.

Strategie 2010-2013:

- **Versicherten mit einem BMI >25 wird ein sechs monatiges, kostengünstiges Angebot zur Gewichtsreduktion angeboten.** Dies beinhaltet ein Internetportal eBalance zur Gewichtsreduktion und falls gewünscht, ein zusätzliches Coaching zur Unterstützung der Zielerreichung. Die Langfristigkeit soll durch eine sechs monatige Gratisverlängerung des Programms des Internetportals eBalance unterstützt werden

action d nutzt bei der Erarbeitung der neuen Strategie die Empfehlungen der durchgeführten Evaluation, um die neue Strategiephase optimal zu gestalten. Auch in der neuen Strategiephase wird action d von ISGF in der Evaluation unterstützt. Dies um weiterhin zielorientierte Präventionsmassnahmen zu Gunsten von Diabetes Typ 2 Risikopersonen zu gewährleisten.