

Psycho- diabetologie

Liebe Leserin, lieber Leser,
auf den folgenden Seiten finden Sie die im Buch
Petrak, Herpertz: »Psychodiabetologie« erwähnten Zusatzmaterialien
(geordnet nach den einzelnen Kapitelthemen).

Der Inhalt dieser Materialien ist in der Schnellansicht links in Form
eines Inhaltsverzeichnisses (»Lesezeichen«) dargestellt und die einzelnen
Punkte mittels Anklicken direkt ansteuerbar.

Sollte diese Schnellansicht bei Ihnen nicht automatisch angezeigt werden,
klicken Sie bitte im Menüpunkt »Anzeige« > »Navigationsfenster«
> »Lesezeichen«.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß mit den Materialien,
Ihr Springer-Team



Zusatzmaterialien

FINDRISK-Fragebogen

FINDRISK ist ein Fragebogen zur Ermittlung des individuellen Diabetesrisikos, welcher am Public Health Institute in Helsinki mit multivariaten Regressionsanalysen entwickelt wurde. Die deutsche Version des Fragebogens wurde in mehreren Studien an der Technischen Universität Dresden von Prof. Schwarz evaluiert.

Der Fragebogen enthält 8 Fragen zu Alter, Diabetes in der Verwandtschaft, Taillenumfang, körperlicher Aktivität, Ernährungsgewohnheiten, Blutdruckanamnese, erhöhten Blutzuckerwerten in der Anamnese und zum Body-Mass-Index.

Zu finden ist der Fragebogen unter: <http://diabetes-risiko.de/risikotest.html>

Toolkit für die Prävention von Typ-2-Diabetes in Europa

Nähere Informationen zum IMAGE Toolkit zur Diabetesprävention mit vielen praktischen und nützlichen Informationen zur Diabetesprävention finden Sie unter: www.activeindiabetesprevention.com

Therapiekonzepte, spezifische Herausforderungen und integrierte Versorgungsmodelle

Onlinematerial für Eltern

Ausgewählte Literaturempfehlungen

- Hürter P, Kordonouri O, Lange K, Danne T (2007) Kompendium pädiatrische Diabetologie. Heidelberg, Springer
- Hürter P, von Schütz W, Lange K (2012) Kinder und Jugendliche mit Diabetes. 3. aktualisierte Auflage. Springer, Heidelberg
- Lange K, Burger W, Holl R, Hürter P, Saßmann H, von Schütz W, Danne T (2009). Diabetes bei Jugendlichen: ein Schulungsprogramm. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Kirchheim, Mainz
- Neu A, Lange K, Lösch-Binder M, Ziegler R (2011) Diabetes – na und? DVD mit drei Informationsfilmen für Lehrer/innen von Kindern mit Diabetes zum Einsatz im Unterricht. Herausgeber: Arbeitsgemeinschaft pädiatrische Diabetologie (AGPD) www.diabetes-kinder.de
- Lange K, von Sengbusch S, Ziegler R im Namen der AGPD. Kinder mit Diabetes im Kindergarten. Informationen für Erzieherinnen und Erzieher. 4. überarbeitete Auflage (2010) p 1–16. www.diabetes-kinder.de
- Lange K, von Sengbusch S, Ziegler R im Namen der AGPD. Kinder mit Diabetes in der Schule. Informationen für Lehrerinnen und Lehrer. 4. überarbeitete Auflage (2010) p 1–16. www.diabetes-kinder.de

Zeitschrift

- Diabetes Eltern-Journal, Verlag Kirchheim Mainz. erscheint vierteljährlich.

Ausgewählte Internetadressen für Eltern

<http://www.diabetes-eltern-journal.de>

Website zum Diabetes-Elternjournal mit einem umfangreichen Archiv aller bisher bearbeiteten Themen, Erfahrungsberichte und Unterstützungsangebote

<http://www.diabetes-kinder.de>

Website der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie (AGPD) mit Informationen zu rechtlichen Fragen, Broschüren für Lehrer und Erzieher

<http://www.diabetes-kids.de>

Website einer unabhängigen Gruppe von Eltern mit Kindern mit Diabetes. Es werden diverse qualifizierte Informationen, Gesprächsgruppen, soziale Aktivitäten und regionale Hilfen angeboten.

<http://www.diabetes-teens.de>

Website einer unabhängigen Gruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes. Es werden diverse qualifizierte Informationen sowie ein umfassender Erfahrungsaustausch angeboten.

Onlinematerial für Psychologen, Pädagogen, Sozialarbeiter und andere Berufsgruppen, die Kinder und deren Familien beraten und unterstützen (ausgewählte Literaturempfehlungen)

Fachlicher Einstieg in die pädiatrische Diabetologie

- Delamater AM (2009) Psychological care of children and adolescents with diabetes. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2009 Compendium. *Pediatr Diabetes* 10 (Suppl. 12): 175–184
- Holterhus PM, Beyer P, Bürger-Büsing J et al. (2009) Diagnostik, Therapie und Verlaufskontrolle des Diabetes mellitus im Kindes- und Jugendalter. Evidenzbasierte S3-Leitlinie zum Typ 1 Diabetes bei Kindern und Jugendlichen der DDG. Mainz: Kirchheim
- Hürter P, Kordonouri O, Lange K, Danne T (2007) Kompendium pädiatrische Diabetologie. Heidelberg, Springer
- Hürter P, von Schütz W, Lange K (2012) Kinder und Jugendliche mit Diabetes. 3. aktualisierte Auflage. Springer, Heidelberg
- Lange K, Burger W, Holl R, Hürter P, Saßmann H, von Schütz W, Danne T (2009). Diabetes bei Jugendlichen: ein Schulungsprogramm. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Kirchheim, Mainz

Didaktische Hilfen und Beratungskonzepte

- Lange K, Walte K, von Schütz W, Saßmann H (2009) Didaktischer Leitfaden mit Curriculum zum Programm: Diabetes bei Jugendlichen: ein Behandlungs- und Schulungsprogramm. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Kirchheim, Mainz (CD mit Kopiervorlagen, ppt-Vorlagen)
- Hürter P, von Schütz W, Lange K (2012) Kinder und Jugendliche mit Diabetes. 3. aktualisierte Auflage. Springer, Heidelberg (Kopiervorlagen im Buch)
- Lange K, Klotmann S, Saßmann H, Aschemeier B, Wintergerst E, Gerhardsson P, Kordonouri O, Szypowska A, Danne T and the SWEET group (2012) A paediatric diabetes toolbox for creating centres of reference. *Pediatr Diabetes* 13(Suppl. 16): 49–61 (Schulungskonzepte und Schulungsmaterialien in diversen Europäischen Sprachen)
- Lange K, Hirsch A (Hrsg.) (2002). Psycho-Diabetologie. Kirchheim, Mainz (2002)

Ausgewählte Internetadressen

<http://www.diabetes-psychologie.de>

Website der Arbeitsgemeinschaft Diabetes & Psychologie e. V. in der Deutschen Diabetes Gesellschaft. Hier sind alle Informationen zur Weiterbildung zum „Fachpsychologen Diabetes DDG“ und zum „Psychodiabetologen“ zusammengefasst.

<http://www.sweet-project.eu>

Website des Europäischen SWEET-Projekts zur Harmonisierung der pädiatrischen Diabetesversorgung in den Mitgliedsländern mit Informationen über Versorgungsstrukturen, Therapien, qualifizierte Zentren und Beratungs- und Schulungskonzepte.

<http://www.diabetes-eltern-journal.de>

Website zum Diabetes-Elternjournal mit einem umfangreichen Archiv aller bisher bearbeiteten Themen, Erfahrungsberichte und psychosoziale Unterstützungsangebote

<http://www.diabetes-kinder.de>

Website der Arbeitsgemeinschaft für Pädiatrische Diabetologie (AGPD) mit Informationen zu rechtlichen Fragen, Broschüren für Lehrer und Erzieher

<http://www.diabetes-kids.de>

Website einer unabhängigen Gruppe von Eltern mit Kindern mit Diabetes. Es werden diverse qualifizierte Informationen, Gesprächsgruppen, sozialen Aktivitäten und regionale Hilfen angeboten.

<http://www.diabetes-teens.de>

Website einer unabhängigen Gruppe von Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit Typ-1-Diabetes. Es werden diverse qualifizierte Informationen sowie ein umfassender Erfahrungsaustausch angeboten.

„Diabetes im Alter“

Hilfreiche Internetadressen

Bereits im Literaturverzeichnis erwähnt:

<http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/12/058/1205897.pdf>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Erster Altenbericht der Bundesregierung über die Lebenssituation älterer Menschen in Deutschland. Bonn: 1993

http://www.ekweende.de/wb/media/downloads/info_geriatr_patient.pdf

BVG, D.D.G.f.G.D.u. Definition geriatrischer Patienten

<http://www.pflegewissen.de/>

<http://www.fodial.de/>

Internetadressen für weitere Informationen zu den folgenden Themen:

— **Diagnose Diabetes im Alter:**

http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Evidenzbasierte_Leitlinien/EBL_Alter_2004.pdf

— **Messung des Wohlbefindens:**

http://www.diabetes-psychologie.de/wb/media/tests/WHO-5_Fragebogen.pdf oder

http://cure4you.dk/354/WHO-5_German.pdf

— **Quantifizierende Funktionsdiagnostik bezüglich Organ- und Alltagsfunktionen:**

http://www.bethesda-stuttgart.de/fileadmin/BKH_Stuttgart/PDF/AGAPLESION_STUTT_GART_Assessment_Assistent_Geriatrie.pdf
oder

<http://www.kcgeriatrie.de>

— **Testung der Kognition**

<http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/demtect.pdf>

— **Testung auf Depression Geriatric Depression Scale (GDS)**

<http://www.kcgeriatrie.de/downloads/instrumente/gds.pdf>

— **Strukturiertes Schulungsprogramm SGS für Typ-2-Diabetiker Diabetes im höheren Lebensalter**

<http://www.sgs-diabetes.de/>

— **Schulung von Pflegekräften/Informationen zu Diabetes-Pflege-Fachkraft DPFK**

<http://www.diabetes-pflege-management.de/>

<http://www.iigm.de/>

— **Assessment Geldzähltest**

<http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/diabetes/article/406373/noch-fit-insulininjektion-geldzaehltest-zeigt-eignung.html>

- **Anamnesebögen zur Erfassung des Ernährungszustandes von Patienten im klinischen und ambulanten Bereich und von geriatrischen Patienten:**
 - Subjective Global Assessment (SGA)
 - Anleitung SGA-Bogen
 - Nutritional Risk Screening (NRS)
 - Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
 - Mini Nutritional Assessment (MNA)
 - <https://www.uni-hohenheim.de/wwwin140/info/Anamneseboegen/Anamneseboegen.htm>
- **Ernährung im Alter/Ess- und Trinkprotokoll**
 - <http://www.dgem.de/termine/ern2004/doering.pdf>
- **Mangelernährung im Alter:**
 - <http://www.dsl-mangelernaehrung.de/html/ursachen.html>
- **Bewegung im Alter:**
 - <http://www.diebewegung.de/bewegung-im-alter/>
 - <http://www.diebewegung.de/fileadmin/pdf/Sturzprophylaxe2010.pdf>
- **Medikamente im Alter:**
 - <http://www.priscus.net>
- **Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie DDG und weitere wichtige Adressen:**
 - <http://www.diabetes-im-alter.de/>
 - <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/>
 - <http://www.diabetesstiftung.de/>
 - <http://www.diabetesde.org/>
 - <http://www.vdbd.de/VDBD/index.php>
 - <http://www.diabetikerbund.de/>

Beispiel einer Handlungsanweisung für Pflegende bei Auftreten einer Hypoglykämie



Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie der DDG

Eine Hypoglykämie kann diagnostiziert werden:

(nach Stellungnahme der DDG unter

http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Stellungnahmen/ICD-Kodierung_010312_Positionspapiere_DDG_DRG.pdf)

im Falle einer (oder mehrerer) schwerer Hypoglykämien (d.h. Hypoglykämie mit Bewusstlosigkeit)

einer oder mehrerer Episoden mit Symptomen und gemessenen Blutglukosewerten $<75 \text{ mg/dl}$ ($4,2 \text{ mmol/l}$), bzw. 65 mg/dl ($3,6 \text{ mmol/l}$) + 15 % Toleranz aufgrund Messgeräteschwankungen

bei Hypoglykämie-Wahrnehmungs-Störungen bei einem Blutzucker $<90 \text{ mg/dl}$ (5 mmol/l)

bei nach oben verschobener Hypoglykämiewahrnehmungsschwelle muss eine Hypoglykämie auch bei höheren Blutzuckerwerten diagnostiziert werden

Behandlung der Hypoglykämie bei wachen, ansprechbaren und schluckfähigem Patienten (Test durch einen Schluck klares Wasser):

1. Blutglukose $60 - 80 \text{ mg/dl}$ ($3,3 \text{ mmol/l}$ - $4,4 \text{ mmol/l}$):
=> 1 BE = 2 Täfelchen Traubenzucker, 100 ml Apfelsaft (ca. 10–12 g Glukose)
2. Blutglukose $40 - 60 \text{ mg/dl}$ ($2,2 \text{ mmol/l}$ - $3,3 \text{ mmol/l}$):
=> 2 BE = 4 Täfelchen Traubenzucker, 200 ml Apfelsaft (ca. 20–24 g Glukose)
3. Anschließend Gabe von 2 langwirksamen BE (z. B. 1 Scheibe Brot)
4. Blutglukosewert nach 30min und 2h erneut kontrollieren, da erneute Hypoglykämie durch langwirksame antihyperglykämische Medikamente, z. B. Insulin oder Sulfonylharnstoffe mgl.

Behandlung der Hypoglykämie bei nicht mehr schluckfähigem oder bewusstlosem Patienten:

1. Notarzt verständigen! Atemwege sichern durch stabile Seitenlage! (an Verletzungsgefahr bei Krampfanfällen denken/z. B. weit weg von Heizkörpern etc.)
Bei Kreislaufstillstand Reanimationsmaßnahmen einleiten!
Bei Kreislaufstillstand Reanimationsmaßnahmen einleiten!
2. Richten und Gabe von 2 Amp. Glukose 40 % i.v. (=20 g) + Infusion Glukose 5 % (falls Arzt/geschultes Personal anwesend)
- sonst Gabe von Glucagon 1 mg s.c., i.m. oder i.v. (im Kühlschrank!)
3. Sobald Patient wieder ansprechbar: 4 Täfelchen Traubenzucker + 2 langwirksame BE
4. Blutglukosewert nach 30min und 2h erneut kontrollieren, da erneute Hypoglykämie durch langwirksame antihyperglykämische Medikamente, z. B. Insulin oder Sulfonylharnstoffe, möglich
5. Jede schwere Hypoglykämie, die durch Sulfonylharnstoffe ausgelöst wurde, ist ein Grund zur stationären Einweisung des Patienten!
6. Aktuelles Behandlungsschema des Patienten (v.a. bei Insulintherapie oder Sulfonylharnstoffen) sofort vom Hausarzt überprüfen und anpassen lassen.

Quelle: Zeyfang - Wernecke – Bahrman 2012[®]

Information für Menschen mit Diabetes im höheren Lebensalter und deren Angehörige



Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie der DDG

Die Ziele in der Behandlung des Menschen mit Diabetes im höheren Lebensalter sollen sich in erster Linie an der Verbesserung und/oder an dem Erhalt des Wohlbefindens, des Allgemeinzustandes, der Lebensqualität und der Unabhängigkeit orientieren.

Das nachfolgende **21-Punkte-Programm** kann zur Zielerreichung in der Behandlung des Diabetes mellitus im Alter beitragen:

1. Erhöhte Blutzuckerwerte im Alter können die Ursache für Folge- und Begleiterkrankungen wie z. B. Harnwegsinfekte, Gedächtnisstörung, Seh- und Gangstörung oder Sturzgefahr sein.
2. Akzeptable Blutzuckerwerte können zu einer Reduzierung dieser Symptome beitragen und somit auch zu einer Verbesserung des Wohlbefindens führen.
3. Regelmäßige Bewegung wirkt sich positiv auf den Blutzucker und auf die Körpermuskulatur sowie auf den Allgemeinzustand aus.
4. Eine gesunde, abwechslungsreiche Ernährung mit regelmäßigen Mahlzeiten stellt die Grundlage in der Behandlung des Diabetes mellitus dar.
5. Stärke-, Zucker- und Fruchtzucker-reiche Lebensmittel haben Einfluss auf die Höhe des Blutzuckers und sollten über den Tag verteilt in normalen Mengen verzehrt werden.
6. Zwischenmahlzeiten sind besonders wichtig, um Unterzuckerungen zu vermeiden, wenn in der Behandlung entsprechende Medikamente oder Insulin erforderlich sind.
7. Lebensmittel für Diabetiker sind nicht erforderlich.
8. Zum Süßen für Kaffee oder Tee eignen sich am besten Süßstoff oder die modernen kalorienfreien Süßungsmittel.
9. Auf eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr ist zu achten, wobei beim Vorliegen einer Herzinsuffizienz auch auf Zeichen der Überwässerung (Gewichtszunahme, Wassereinlagerung in die Beine) zu achten ist.
10. Wenn der Blutzuckerspiegel trotz einer ausgewogenen Ernährung und regelmäßiger Bewegung erhöht bleibt, sind blutzuckersenkende Medikamente erforderlich, die eventuell eine Unterzuckerung verursachen können.
11. Die Behandlung mit Insulin ist unbedingt erforderlich, wenn die Bauchspeicheldrüse zu wenig oder kein Insulin mehr produziert.
12. Die Insulininjektion ist mit den heute vorhandenen Hilfsmitteln auch für viele ältere Menschen möglich, gelegentlich ist zu Beginn der Insulintherapie Unterstützung durch die Angehörigen oder eine Sozialstation sinnvoll und hilfreich.
13. Mit der Blutzuckermessung, sollte sie erforderlich und sinnvoll sein, kann die Höhe des aktuellen Blutzuckerwertes bestimmt werden, wobei besonders auf eine korrekte Durchführung (z. B. saubere Finger, keine Lebensmittelreste an den Fingern) zu achten ist.
14. Das Führen eines Tagebuchs, in welchem ermittelte Parameter wie Blutzucker, Medikamente oder Insulindosis, Blutdruck oder das Gewicht eingetragen werden, kann bedeutsam bzw. unterstützend sein für die Therapie.
15. Das Risiko für eine Unterzuckerung sollte so gering wie möglich gehalten werden; es ist wichtig, die Symptome zu kennen und entsprechend zu handeln bzw. die Ursachen zu bestimmen.
16. Hohe Blutzuckerwerte über Jahre hinweg können Folgeerkrankungen z. B. an den Füßen oder Augen verursachen, deshalb ist die regelmäßige (mindestens jährliche) Kontrolle der Augen durch den Augenarzt besonders wichtig.

17. Für die Selbstständigkeit ist der Erhalt der Füße von besonderer Bedeutung.
18. Die Füße sollten täglich auf Druckstellen, Rötung oder Verletzung kontrolliert werden.
19. Die Fußpflege sollte durch einen professionellen Fußpfleger (Podologen) durchgeführt werden.
20. Bei Verletzungen an den Füßen sollte sofort ein Arzt aufgesucht werden.
21. Wenn täglich die Bewegung und die geistige Beschäftigung zu kurz kommen, dann sollten Sie dieses nach Möglichkeit ändern, denn:
wer rastet, der rostet.



Patientenaufkleber

Ziel: Erkennen von Risikopatienten für Mangelernährung und Exsikkose

Vorgehen: Dokumentation der gegessenen Portionen mit Kreuz (X) in entsprechender Spalte und Dokumentation der Flüssigkeitszufuhr.

Dann Entscheidung über Konsequenz.

Kostform (laut Essenskarte): _____

Datum:/...../.....

Flüssigkeitszufuhr	Ziel:ml/Tag	Menge	(fast) nichts	wenig	etwa die Hälfte	(fast) alles	alles
		Mahlzeit					
		Frühstück					
		Mittag					
		Abend					
		Sonstiges					
							Gesamteinfuhr:ml / Tag

FORMULAR BKS FO Trink Essprotokoll

Datum:/...../.....

Flüssigkeitszufuhr	Ziel:ml/Tag	Menge	(fast) nichts	wenig	etwa die Hälfte	(fast) alles	alles
		Mahlzeit					
		Frühstück					
		Mittag					
		Abend					
		Sonstiges					
							Gesamteinfuhr:ml / Tag

Datum:/...../.....

Flüssigkeitszufuhr	Ziel:ml/Tag	Menge	(fast) nichts	wenig	etwa die Hälfte	(fast) alles	alles
		Mahlzeit					
		Frühstück					
		Mittag					
		Abend					
		Sonstiges					
							Gesamteinfuhr:ml / Tag

Erstellt	PD	Datum:	11.01.2006	Prozesskategorie:	UP 1.1 Dokumentation in Patientenakte
Freigabe	CA Innere Medizin	Datum:	01.03.2014	Roxtra-ID; Version:	6214; 002/11.2011
					Seite: 1 von 1

Online Materialien für Behandler (Ärzte, Diabetesberater, medizinische Fachangestellte, Ernährungsberater, Psychologen)

Empfehlungen für die Behandlung von Migrantinnen und Migranten mit Diabetes mellitus (Dr. Bernd Kalvelage, Dr. Christopher Kofahl)

1. Ablauf-Algorithmus „Der neue Patient im Verlauf“
2. Essenzielle Inhalte einer Diabetes-Schulung
3. Checkliste „Ursachen für einen „unerklärlich“ hohen Blutzucker“
4. Überwindung migrationsspezifischer und schichtspezifischer Behandlungsbarrieren – Praxis-Tipps

1. Ablauf-Algorithmus „Der neue Patient im Verlauf“

1. Erste Einschätzung:

- 1.1. des Bildungsstatus
- 1.2. der Verständigung (Beherrschung der deutschen Sprache oder einer Fremdsprache, deren der Behandler mächtig ist) und der
- 1.3. Vorinformiertheit des Patienten und seines Krankheitsverständnisses: *Was wissen Sie über ihren Diabetes schon?*
Migrationsspezifische Besonderheiten und Verständigungsprobleme → 2
Keine Verständigungsprobleme → 3

2. Verständigung sicherstellen durch:

- 2.1. Dolmetscher oder
- 2.2. familiäre „Co-Therapeuten“
- 2.3. Nutzung der „Körpersprache“, situativ: gemeinsames Lachen
Bitte bringen Sie einen Dolmetscher mit! → 3

3. Zuhören und kennen lernen:

- 3.1. die Lebenswirklichkeit (siehe auch Anlage 4) des Patienten (Arbeitsplatz: Schichtdienst?, Kinder?, alleinerziehend?, Essgewohnheiten? Diäten bereits ausprobiert?, bisherige Erfahrungen mit der Medizin, ausländerrechtliche Aspekte: Asyl, Duldung, ohne Aufenthaltsstatus?)
- 3.2. die Fähigkeiten, Erfahrungen und Ressourcen (Erfahrungen mit Küche, Kochen, Einkaufen; Freunde und Familienangehörige mit Diabetes; gut (aus-)gebildete Kinder; Internet-Erfahrung/Zugang → 4

4. Patienten-Phantasien und Ängste erfragen, Dissimulationen und Verdrängungen registrieren und ggf. bearbeiten:

Wie haben Sie die Diagnose Diabetes aufgenommen? Was ist Ihre größte Sorge im Zusammenhang mit dem Diabetes und jenseits davon? Was hat Ihrer Meinung nach bei Ihnen den Diabetes ausgelöst? → 5

5. Lese- und Rechen-Kompetenz erfragen:

Können sie lesen? In welcher Sprache? Können sie Zahlen lesen und schreiben? Oder (besser) testen, z. B.: Würden Sie mir sagen, was auf dieser Packung steht? Würden Sie bitte einmal die Zahl 137 auf diesen Zettel schreiben? → 6

6. Gestuftes Empowerment mit individuell angepasster Geschwindigkeit:

- 6.1. erste Ernährungsempfehlungen (Was sind die zu meidenden „schnellen“ Kohlenhydrate),
- 6.2. didaktische Reduktion,
- 6.3. exakte Blutzucker-Selbstkontrolle,
- 6.4. Blutzucker-Tagebuch führen (wenn Voraussetzungen gegeben, siehe → 5)

7. Möglichst Diabetes-Gruppenschulung anstreben, sofern möglich in der Sprache des Patienten; alternativ:

Einzelschulung mit Dolmetscher oder familiärem Kotherapeuten (siehe → 2)

8. Im Verlauf: Medikamente regelmäßig überprüfen; Notwendigkeit der Kontrolle:

- 8.1. der u. U. ergierenden schriftlichen Pläne des Patienten und des mitbehandelnden Hausarztes oder Diabetologen, Medikamente von anderen Fachärzten erfragen,

- 8.2. der mitzubringenden Medikamentenschachteln, wenn Namen nicht gelesen werden können, um Doppelannahmen zu erkennen (Generika mit gleichem Wirkstoff aber unterschiedlichen Präparate-Namen, Cave: Zulassung von „aut idem“ beim Rezeptieren!),
- 8.3. der verschriebenen Mengen in Relation zum Verbrauch bei ordnungsgemäßer Dosierung (Erkennen von Überdosierungen, Beurteilung der Therapie-Treue, Vermeidung von Medikamenten-„Hortung“),
- 8.4. der Applikation der zu injizierenden Medikamente und der Spritzstellen (regelmäßige Inspektion und Dokumentation, sich das Handling zeigen lassen(!), ggf. Wechsel der Spritzstellen),
- 8.5. Sicherstellung der ununterbrochenen Medikation unabhängig von der Dauer etwaiger Urlaube: durch ausreichende Verschreibung, ggf. Nachlieferung durch später nachreisende Angehörige (leider immer noch relative Regressunsicherheit) oder durch feste Verabredung, am Urlaubsort einen Arzt aufzusuchen, sinnvoll nur bei vollständiger Mitgabe aller relevanten Unterlagen.

9. **Evaluation des Schulungserfolgs** und des Empowerments über die Einschätzung des Grades der Selbstwirklichkeit (s. Anlage 2)

10. Bei unerklärlichen Verschlechterung der Stoffwechsellage **Checkliste** durcharbeiten (s. Anlage 3)

11. Sofern institutionell vorhanden und möglich:

- 11.1. Nutzung der **Teambesprechung** zur Vervollständigung der Wahrnehmung aus der Sicht verschiedener Behandler, ursächliche Abklärung von Behandlungswiderständen, ggf. Balint-Gruppen-Sitzungen, ggf. Wechsel des Behandlers (bei wechselseitigen persönlichkeitsbedingten Problemen, ggf. Behandlerwechsel Mann → Frau oder umgekehrt),
- 11.2. Langfristig: zweisprachige Mitarbeiter einstellen und ausbilden

12. Scheinbar unüberwindbaren Widerstand und/oder fehlende Einhaltung von Absprachen (Termine versäumen ohne Absage, Vergessen mitzubringender Artikel oder zu Hause durchzuführender Maßnahmen) und andere „Disziplinlosigkeiten“ zum Anlass nehmen, (ggf. ebenso besorgte) **Familienangehörige, Lebenspartner** hinzuzuziehen. → 13

13. In jedem Fall **klare Grenzen** setzen, die aber für einen neuen Anlauf ohne Demütigung oder Gesichtsverlust zurück passierbar bleiben sollen:

Wir kommen so zusammen nicht weiter. Ich werde ihnen gerne helfen, wenn sie dazu bereit sind. Melden sie sich dann bei mir persönlich. Ich würde mich freuen, wenn wir dann zusammen einen neuen Anlauf nehmen könnten.

2. Essenzielle Inhalte der Diabetes-Schulung und die zugehörige Bewertung des Schulungserfolgs durch Graduierung der Selbstwirksamkeit

	Punkte nach Grad der Selbstwirksamkeit			
Essenzielle Schulungsinhalte	1 Punkt Fremdvermittlung der Aktion – Wissen	2 Punkte Selbst wirksam werden, Wissen anwenden	3 Punkte Selbstwirksamkeit dokumen- tieren, ausbauen, handeln	4 Punkte Selbstwirksamkeit situativ variieren, in den Alltag einbauen
Diabetes erklären können	Wissen: Zucker (BZ) macht die Gefäße krank oder Insulin senkt den BZ	Essverhalten verändert oder mehr Bewegung	BZ- und HbA _{1c} -Zielwert anstreben	Ernährung nachhaltig umgestellt, regelmäßige Bewegung oder 60 % der BZ-Werte im Zielbereich
Körper bewegen	Wissen: Spaziergehen senkt den BZ	10 min. Bewegung, 1 x / Woche	15 min. Bewegung, mind. 3 x / Woche	Regelmäßig Sport treiben, Studio, Verein
Essen auswählen	Familie oder Partner passt auf	Identifizierung fett- und kohlenhydrathaltiger Nahrungsmittel	Meidung schneller KH, gezügelter Obstverzehr	Ernährungsumstellung erfolgt oder Gewichtsabnahme > 3 kg
Blutzucker kontrollieren	BZ-Messung durch Angehörige oder Pflegedienst	Selbstkontrolle, richtige Reaktion auf Hypoglykämien	BZ-Tagebuch wird geführt	Reaktion auf dokumentierten BZ (Medikamentendosierung, Essverhalten)
Blutdruck kontrollieren	Keine oder Fremdkontrolle des BD	BD-Selbstkontrolle	Eigenes Gerät wird zur Kontrolle mitgebracht	BD-Werte werden dokumentiert, BD-Medikamente sind bekannt
Medikamente verstehen	Angehörige, Pflegedienst stellt Tabletten oder injiziert Insulin	BZ-Tabletten werden identifiziert, Insulin selbst gespritzt	Tabletten und Insulindosierung im Tagebuch dokumentiert	Unterzuckerung rechtzeitig erkennen Ursache feststellen und Gegenmaßnahmen sofort einleiten
Rauchen und Blutfette einstellen	Wissen über die Schädlichkeit	Lipide im Zielbereich oder Nikotinkarenz	Lipide im Zielbereich und Nikotinkarenz	Nikotinkarenz seit > 1 Jahr und regelmäßige Lipidkontrolle
Gesundheitspass Diabetes (GPD) nutzen	GPD vorhanden	GPD wird regelmäßig mitgebracht	Vollständige Dokumentation im GPD	Folgekrankheiten können benannt werden und sind im GPD dokumentiert
Medikamentenplan haben	Medikamente unbekannt	Medikamentenplan oder -schachteln werden mitgebracht	Medikamentenplan und -einnahme stimmen überein	Medikamentenänderungen oder -nebenwirkungen werden berichtet
Wohlbefinden anstreben	Einnahme von Antidepressiva oder WHO-5-Fragebogen (FB) < 10	Psychiatrische/psychosomatische Mitbehandlung erfolgt oder WHO-5-FB = 10–14	Psychosoziale Schwierigkeiten werden vom Patienten berichtet oder WHO-5-FB = 15–19	Eigene Lösungsansätze, Entscheidungen in psychosozialen Konflikt-Situationen oder WHO-5-FB = 20–25

3. Checkliste: Mögliche Ursachen eines „unerklärlich“ hohen Blutzuckers

1. Spritzen und Spritztechnik

- 1.1. Injektionsstellen (Lipodystrophien, Narben, Injektion am Oberschenkel, kein Wechsel der Injektions-Stelle?)
- 1.2. Pen zu früh herausgenommen (10 s-Frist),
- 1.3. gequetschte Hautfalte,
- 1.4. intrakutane Injektion,
- 1.5. nicht gespritzt wie vereinbart,
- 1.6. Insulin weggelassen bei gutem BZ,
- 1.7. Vorspritzen von Insulin bei bereits eingestellter Dosis,
- 1.8. zu kurzer Spritz-Ess-Abstand.

2. Insulin-Pen

- 2.1. falsches Insulin im Pen,
- 2.2. Pen-Defekt nicht bemerkt,
- 2.3. Kanüle zu kurz, falsches Fabrikat,
- 2.4. Punktion ohne Injektion,
- 2.5. Nadel verstopft, zu lange benutzt,
- 2.6. falsche Dosis eingestellt (z. B. Optipen pro: falsch gehalten, 1. Injektion falsch dosiert bei alten Modellen),
- 2.7. bei neuer Patrone Stempel nicht angefahren.

3. Blutzuckerselbstkontrolle

- 3.1. Vorquetschen des Blutstropfens,
- 3.2. Hände nicht gewaschen vor BA,
- 3.3. Codierung falsch,
- 3.4. Teststreifen feucht, verfallen,
- 3.5. Blutmenge auf Teststreifen stimmt nicht,
- 3.6. Einstellung des BZ-Geräts falsch (mmol/l statt mg %),
- 3.7. Hkt-Erniedrigung unter 30 %,
- 3.8. TG-Erhöhung (Precision Xtra und Glucometer Elite/Ascensia XL messen bis 3000 mg %)
- 3.9. Gerät defekt,
- 3.10. fehlender Geräte-Vergleich mit sicherem Gerät mindestens 1x/Quartal (z. B. Haemocue: max 15 % Abweichung),
- 3.11. Geräte-Vergleich aus zeitlich versetzten Blutabnahmen.

4. Tagebuch

- 4.1. Messungen sind postprandial,
- 4.2. BZ-Messung nach Zwischenmahlzeit,
- 4.3. keine zeitbezogene Eintragung,
- 4.4. TB wird nicht geführt,
- 4.5. HbA_{1c} – BZ – Diskrepanz bei „gefälschten“ TB-Eintragungen,
- 4.6. im Speicher des BZ-Geräts sind „fremde“ BZ-Werte.

5. Ernährung

- 5.1. „freie Kost“ (Obstmengen, unregelmäßige Mahlzeiten, süße Getränke, Honig,...),
- 5.2. Ausprobieren von schnellen KH,
- 5.3. fehlendes KH-Gerüst bei CT oder OADs,
- 5.4. BE-Faktoren zu niedrig,
- 5.5. falsche Einschätzung verzehrter BE,
- 5.6. sehr kohlenhydrathaltige Mahlzeiten.

6. „falsches“ Insulin

- 6.1. Kurz-Analogon bei Zwischenmahlzeiten (bei SIT oder „unabgedeckt“ bei ICT),
- 6.2. fehlende Basis,
- 6.3. Basis-„Anpassung“ an aktuelle BZ-Werte,
- 6.4. zu niedrige Insulin-Dosis bei Insulin-Resistenz,
- 6.5. kein Insulin bei sek. Tablettenversagen,
- 6.6. Insulin-„Verweigerung“,
- 6.7. falsche Dosis,
- 6.8. verfallenes Insulin,
- 6.9. ungenügende Mischung bei VI oder MI.

7. Dawn-Phänomen

- 7.1. Basis zu niedrig,
- 7.2. NPH-Versagen,
- 7.3. nächtliche Hypoglykämien.

8. Hypo-Folgen

- 8.1. reaktive Hyperglykämie (z. B. bei „Tieffliegern“),
- 8.2. Hypo-Angst („Hochflieger“),

- 8.3. gestörte Hypo-Wahrnehmung,
- 8.4. Extra-BEs bei vermeintlich gefühlter Hypo.

9. Schlaf-Anamnese

- 9.1. imperatives nächtliches Essen (Hypo?),
- 9.2. Nykturie am Morgen für Insulininjektion nutzen bei Insulin-Resistenz.

10. Bewegungs-Anamnese

- 10.1. „faule“ Tage mit erhöhtem Insulin-Bedarf,
- 10.2. allgemeiner Bewegungsmangel.

11. Einfluss von Begleit-Erkrankungen

- 11.1. ungenügende/fehlende Dosis-Anpassung bei erhöhtem Bedarf,
- 11.2. Infekt,
- 11.3. Cortisonbehandlung,
- 11.4. Diuretika,
- 11.5. andere Hormonstörungen (M. Addison, Hypothyreose, Thyreoiditis, Akromegalie etc.).

4. Überwindung migrationsspezifischer und schichtspezifischer Behandlungsbarrieren

(nach Helfrich-Brandt E (2009) Diabetes Forum 11: 15–22)

Praxis-Tipps

Sozialer Faktor	Negative Auswirkung auf Behandlung Schulung	Abhilfe
Existenzangst: Miete, Kosten, Arbeitsplatz, Kinder, Schule, Beziehung, Versorgung von Angehörigen, unsicherer Aufenthaltstatus	Besorgnis lässt kaum Platz für Angst vor dem Diabetes und seinen Folgen, keine Valenzen mehr frei für disziplinierten Umgang mit Ernährungsempfehlungen und Einhaltung von Terminen, Vernachlässigung der Eigenverantwortung	Wahrnehmung der sozialen Nöte, Vermittlung von Beratungsstellen (Liste der sozialen Einrichtungen des Viertels/Stadteils), Mutter-Kind-Kur
Armut	Finanzierungsprobleme: Praxisgebühr, Medikamentenzuzahlungen (Anfang des Jahres auch bei Befreiung im lfd. Jahr), teurere kalorienreduzierte Produkte (Vollkornbrot oft teurer als billiger Discounter-Toast, der länger haltbar ist), billige Konserven, da schnellere Verderblichkeit frischer Produkte	Unterstützung Durch Kostbescheinigung für Sozialamt (auch bei Übergewichtigen, z. B. wegen Hypertonus oder Fettstoffwechselstörung bescheinigen), Aufklärung über Zuzahlungsbefreiungen, Apotheke: welche Generika sind im spez. Fall zuzahlungsfrei, Ärztemuster (vor allem bei Nichtversicherten oder Patienten ohne Aufenthaltserlaubnis)
Analphabetismus (auch bei ca. 10 % der deutschen Bevölkerung!) Dyskalkulie, (noch viel verbreiteter, PISA-Studie!)	Unfähigkeit zu lesen und zu rechnen: Lesen von Broschüren, Packungsbeilagen, Medikamentenplänen, Inhaltsangaben auf Lebensmitteln, Krankenkassen-, DMP-Mitteilungen, BE-Berechnung, BZ-TB-Führung, allgemeine Informationen über Diabetes und Gesundheitsfragen in den Printmedien	Didaktik (didaktische Reduktion) Gegenseitige Hilfe in der Gruppe, gebildete Angehörige (Kotherapeuten), Videos, Gespräche, Wiederholungen, Zeit nehmen, Ressource gutes Gedächtnis nutzen
Orientierungslosigkeit örtlich, zeitlich, über Institutionen, Rechte und Pflichten, Ansprüche und Formalitäten	Stress: mit allen Beteiligten (Ärzte, Krankenkassen, Behörden), Versäumte Fristen, Zuspätkommen, Vergessen. Die Orientierungslosigkeit wird nicht als solche empfunden oder verleugnet. Paradoxie: „Ich lebe nicht in einem mir innerlich fremden Land, an dessen medizinischer Versorgung ich teilhaben soll“	Regeln aufstellen und einüben eigene Informationswege und -quellen erschließen, Termine planen und Einhaltung positiv konnotieren, Angehörige einbeziehen, Recall-Systeme (eigene oder der Krankenkassen)
„Fehlende Phantasie, sich eine andere Zukunft vorstellen zu können“ (Katherine Boo)	Fehlendes Präventionsverständnis: Heute vorsorgen für morgen wird im Alltag nicht als nützlich angesehen. Man kann nicht vermeiden wollen (Dialyse), was man sich nicht vorstellen kann (wie der hohe Zucker die Niere krank macht). Man ist unmittelbare, abschreckende Bestrafung gewohnt und setzt ebenso auf sofort spürbare, motivierende Belohnung.	Erfolgserlebnisse herbeiführen, würdigen, wiederholen, „Hätten Sie gedacht, dass Sie das schaffen?“ Selbst-Bewusstsein stärken, Vermeidung und Abfangen von Druck oder (Selbst-)Vorwürfen

Sozialer Faktor	Negative Auswirkung auf Behandlung Schulung	Abhilfe
Umfeld Wohnort mit niedrigem sozioökonomischen Standard	Hemmende Vorbilder Fehlende Anregung, nicht als anders unangenehm auffallen wollen, Krankheit als Makel, Scham	Veranstaltungen anregen, empfehlen, Gruppenaktivitäten (Walking, Schwimmen) initiieren, Lokal-Patriotismus fördern, positive Beispiele herausstellen, Vereine, Solidarität, Parteien, Selbsthilfegruppen
Diskriminierung Als Ausländer, Arbeitsloser, Dicker, Kranker, Dummer, Erfolgreicher	Verstärkung aller negativen Einflüsse und Behinderung der Entfaltung positiver Kräfte	„unbedingte Wertschätzung“ (Carl Rogers) als Mensch und nicht als Kunde: Patienten <i>niemals und in keiner Situation</i> zur Verächtlichmachung oder Lächerlichkeit freigeben, eigene Vorurteile selbstkritisch eingestehen und die von anderen mutig zurückweisen
Arbeitslosigkeit	Verluste: Geld, Lebensstruktur, Arbeitsbeziehungen, Anregung, Vorbilder, Kritiker, Selbstwert („überflüssig, wertlos“), (Zeit-) Disziplin Gefahren: Sucht, Krankheit, Beziehungskrisen (Ehe)	s. Diskriminierung/prekäre Arbeitsverhältnisse
Prekäre Arbeitsverhältnisse	Ängste vor Arbeitslosigkeit, medizinisch begründeten Krankschreibungen, Fehlzeiten. Verheimlichung der Krankheit (Hypoproblematik!) Ohnmacht, Schwächung der Selbstverantwortung, Überarbeitung	Berücksichtigung bei Terminvergabe, Krankschreibung, Schulungsterminen. Schwerbehinderung beantragen (abwägen von Vor- und Nachteilen!), Kontaktaufnahme mit Betriebsarzt und Vorgesetzten (Cave: Schweigepflicht!)

Strategien zur Auflösung eines scheinbaren Widerspruchs

Leitfaden zur Gesprächsführung bei Patienten mit Diabetes mellitus: Erfassung von Stress, sozialer Unterstützung und Krankheitsverarbeitung

Das ärztliche Gespräch bietet bei ausreichendem Zeitumfang einen sehr geeigneten Rahmen, nicht nur das aktuelle Anliegen des Patienten zu erörtern, sondern darüber hinaus wesentliche psychosoziale Faktoren wie Stress, soziale Unterstützung und Krankheitsverarbeitung anzusprechen.

Die erste Frage nach diesem Themenkomplex sollte „offen“ sein, um eine möglichst freie Entfaltung der subjektiven Sicht des Patienten zu ermöglichen (z. B. „Wie kommen Sie mit dem Diabetes zurecht?“; „Wie geht es Ihnen denn seelisch?“). Sofern sich die relevanten Aspekte aus der Antwort des Patienten nicht von selber ergeben, sollte anschließend gezielt danach gefragt werden (Beispielfragen siehe unten). Die Screening-Fragen sollten je nach Antwort wieder durch eine offene Anschlussfrage ergänzt werden, um das etwaige Problem genauer verstehen zu können (z. B. „Erzählen Sie mir bitte mehr dazu“).

Die folgenden Screening-Fragen sollten im Verlauf des diagnostisch-beratenden Gesprächs eingeflochten werden:

Stress in Beruf und Familie:

Fühlen Sie sich den Anforderungen in ihrem Beruf gewachsen?

Haben Sie ernsthafte Probleme mit ihrem Lebenspartner?

Soziale Unterstützung:

Gibt es jemanden, dem sie vertrauen und auf dessen Hilfe sie setzen können? Wer ist das?

Aktives, problemorientiertes Coping:

Suchen sie nach mehr Informationen über den Diabetes und seine Behandlung?

Fühlen sie sich bereit, alle Anforderungen in der Behandlung des Diabetes anzugehen?

Bagatellisierung und Wunschdenken:

Denken sie oft, dass sie lieber keinen Diabetes hätten?

Denken sie oft, dass es mit dem Zuckerstoffwechsel schon irgendwie klappen wird?

Depressive Verarbeitung:

Machen sie sich oft große Sorgen, dass sie die Diabetestherapie nie hinkriegen werden?

Denken sie oft, dass ihnen sowieso niemand bei dem Diabetes helfen kann?

Praxishilfen zur Einschätzung und Behandlung diabetesbezogener Belastungen

Diabetesbezogene Belastungen

Mit der Diagnose Diabetes sind die betroffenen Menschen und ihr Umfeld mit einer Vielzahl von zwangsläufigen, jedoch häufig nichtpathologischen diabetesbezogenen Belastungen konfrontiert. Belastungen resultieren zum einen aus der tagtäglichen und lebenslangen Selbstbehandlung und zum anderen aus der psychosozialen Bewältigung der Erkrankung. Eine adäquate und funktionale Krankheitsbewältigung sowie ein angemessener Umgang mit diabetesbezogenen Belastungen sind von hoher klinischer Relevanz, da Belastungen selbst Barrieren in der Behandlung darstellen können.

Belastungsspektrum

Belastungen durch...

- Auswirkungen der Diabetestherapie, die in alle Lebensbereiche eingreift
- Angst vor Folgeerkrankungen/Progredienz der Erkrankung
- Hypoglykämien
- Aspekte der Selbstbehandlung (Selbstkontrolle)
- Ernährungsvorschriften/–Empfehlungen
- Probleme der Akzeptanz des Diabetes
- schlechtes Gewissen und Schuldgefühle
- Partnerschafts- und Familienkonflikte
- Leistungseinschränkungen
- Diskriminierung am Arbeitsplatz/in der Öffentlichkeit
- Aspekte der Arzt-Patienten-Interaktion

PRAXIS-TIPP

In der Betreuung von Diabetespatienten sollten auftretende diabetesbezogene Belastungen vor dem Hintergrund individuell angewendeter Bewältigungsstrategien des Patienten verstanden und erörtert werden; ggf. sollen Maßnahmen zur Verbesserung der Krankheitsverarbeitung angeboten werden.

Häufigkeit und Vorkommen

Angaben zur Häufigkeit diabetesbezogener psychosozialer Belastungen und das Vorkommen von Problemen mit der Diabetesbehandlung verweisen darauf, dass ein beachtlicher Anteil sowohl von Patienten mit Typ-1-Diabetes als auch Patienten mit Typ-2-Diabetes durch die Erkrankung substanziell belastet ist, wobei das Ausmaß der Belastung nicht so sehr durch den Diabetestyp, sondern eher durch die Art der Behandlung beeinflusst ist. In der Gruppe der Typ 1 Diabetiker sind ca. 10 % als hochbelastet einzustufen. Die Belastung dieser Patienten nach längerer Krankheitsdauer ist besonders stark mit Hypoglykämieproblemen verbunden, während die Gruppe der Typ-2-Diabetiker besonders durch Aspekte der Insulin- und Selbstbehandlung belastet ist. Speziellen Patientengruppen, z. B. Patienten mit Folgekomplikationen wird ein besonders hohes Risiko für das Auftreten von Belastungen zugeschrieben. Befunde zur Krankheitsbewältigung bei Diabetespatienten mit zusätzlichen depressiven Symptomen bis hin zu einer depressiven Störung zeigen darüber hinaus, dass diabetesspezifische Belastungen unabhängig vom Diabetestyp sehr ausgeprägt sind.

Pathologische Belastungen

Eine Einschätzung möglicher pathologischer Ausprägung von Belastungsreaktionen kann nach Art und Schwere anhand diagnostischer Kriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) eingestuft werden.

Klassifikation von Diabetesbelastungen nach ICD-10

- Reaktion auf schwere Belastungen: Akute Belastungsreaktion nach ICD-10 (F43.0)
- Belastung infolge schwerer körperlicher Erkrankung mit Einschränkung der Leistungsfähigkeit: Anpassungsstörung nach ICD-10 (F43.2)
- Längere depressive Reaktion auf eine länger anhaltende Belastungssituation nach ICD-10 (F43.21)

PRAXIS-TIPP

Das Aufzeigen von Hilfen bei der Akzeptanz des Diabetes sollte in der diabetologischen Behandlung rechtzeitig nach der Diagnose erfolgen, um die Manifestation pathologischer Belastungen zu verhindern bzw. frühzeitig zu erkennen. Da eine gelingende Krankheitsadaptation bei Diabetes mit dem Erreichen physiologischer Parameter (z. B. HbA_{1c} , Körpergewicht) und einem adäquaten Umgang mit den psychischen Auswirkungen und Belastungen der Erkrankung verbunden ist, sollte in der diabetologischen Betreuung bei Nichterreichen individueller Behandlungsziele auch die Möglichkeit der Entwicklung einer Anpassungsstörung in Betracht gezogen werden.

Belastungen im Langzeitverlauf und Diabetes-Burnout

Im Langzeitverlauf kommt es häufig zu Schwankungen in der Behandlungsmotivation und zu Vernachlässigung der Diabetes-Selbstbehandlung. Nicht selten führen die lebenslangen Diabetesanforderungen zur Überforderung. Insbesondere Patienten mit überhöhten Ansprüchen und Bemühen um die glykämische Kontrolle erleben Phasen von dauerhafter Therapieresignation bis hin zu „Diabetes-Burnout“.

Symptombereiche bei Diabetes-Burnout

- Körperliche Symptome: kraftlos, müde, innerlich leer, psychosomatische Beschwerden, Kopfschmerz, Anspannung, Unruhe, Schlafstörungen, erhöhter Blutdruck, schlechte Blutzuckerwerte
- Affektive (emotionale) Symptome: niedergeschlagen, emotional erschöpft, traurig, deprimiert, hoffnungslos, ängstlich, reizbar, übersensibel, negative Gefühle dem Diabetes gegenüber
- Kognitive Symptome: geringes Selbstvertrauen, geringe Frustrationstoleranz, Pessimismus, Zynismus, Konzentrationsschwierigkeiten, Tagträume, nicht-abschalten-können, übermächtige negative Gedanken zum Diabetes
- Verhalten: sozialer Rückzug, gesteigerter Konsum von Alkohol, (F siehe Kapitel „Substanzmissbrauch“) Kaffee, Nikotin, Entscheidungsfähigkeit, mangelnde Blutzuckerselbstkontrolle, Vermeidung von Arztkontakten bzw. Kontrollterminen
- (Behandlungs-)Motivation: Interessensverlust, Resignation, reduziertes Engagement bzgl. Diabeseinstellung

Typische Merkmale für Diabetes Burnout gefährdete Personen

- Zunächst Begeisterung und hohes Engagement im Diabetesmanagement
- Erhöhte Erwartungen an sich selbst mit Hang zum Perfektionismus (möglichst immer perfekten HbA_{1c})
- Hohes Kontrollbedürfnis
- Wunsch, alles alleine zu bewältigen
- Verleugnung eigener Belastungsgrenzen bzw. Abwehr und Verneinen von Belastung durch Diabetes
- Rationalisierung bzw. Unterdrückung von Gefühlen
- Zurückstellen wichtiger persönlicher Wünsche hinter das Ziel, einer makellosen Diabetesführung und normoglykämischer Blutzuckerwerte (Diabetes als Lebenssinn)

PRAXIS-TIPP

Dem Patienten sollte in der diabetologischen Betreuung zur psycho-emotionalen Verarbeitung der Erkrankung Zeit eingeräumt werden. Mit dem Diabetes in Zusammenhang stehende belastende Gedanken und Gefühle sollten u. a. im Rahmen von Patientenschulungen und psychoedukativen Programmen berücksichtigt werden. Behandler sollten auf Merkmale achten, die die Entstehung von Diabetes-Burnout begünstigen können. Eine frühzeitige Intervention bei Verdacht auf beginnenden bzw. fortgeschrittenen Diabetes-Burnout wird geraten, um die Vernachlässigung der Diabetestherapie oder ggf. eine spätere psychische Störungen abzuwenden.

Spezielle Belastungen beim Partner

Belastungen treten nicht nur beim betroffenen Diabetiker auf, sondern sie können sich auch auf Seiten des Partners/der Partnerin oder in der Partnerschaft manifestieren. Art und Umgang mit diabetesbezogenen Belastungen in der Partnerschaft können dabei die Verarbeitung und Anpassung an die Erkrankung spezifisch gefährden oder fördern.

Belastungsbereiche beim Partner

- Angst um den erkrankten Partner, Umgang mit dem Hypoglykämie-Risiko („Ich mache mir Sorgen um sie/ihn und traue mich gar nicht mehr, sie/ihn alleine zu lassen.“)
- Erhöhte Rücksichtnahme auf den diabetischen Partner („Ich will sie/ihn ja nicht noch zusätzlich mit diesen Dingen belasten.“)
- Selbstvorwürfe an der Entstehung, der Verschlechterung oder einem unangemessenen Umgang mit der Erkrankung „mitschuldig“ zu sein („Vielleicht haben wir ja auch etwas falsch gemacht.“)
- Angst um die Zukunft der Familie bzw. um die eigene Zukunft (z. B. bzgl. materieller Sicherheit)
- Änderung familiärer Rollen und Übernahme neuer Aktivitäten („Heute muss ich einfach auch mehr davon übernehmen, was sie/er früher gemacht hat.“)
- Einschränkungen im Freizeit und Sozialbereich (z. B. durch eingeschränkte Mobilität)
- Beobachtung körperlicher Veränderung beim diabetischen Partner
- Probleme in der Sexualität
- Ängste bzgl. der Vererbung bei Kinderwunsch/Familienplanung

PRAXIS-TIPP

Die Auswirkungen des Diabetes auf die Partnerschaft und der Umgang mit Diabetesproblemen innerhalb der Partnerschaft sollten in der diabetologischen Betreuung erwachsener Patienten berücksichtigt werden. Die Einbeziehung des Partners/der Partnerin in Patientenschulungen sollte im individuellen Fall erwogen werden, um belastenden psychosozialen Folgen für Partner und Partnerschaft durch spezifisches Diabeteswissen vorzubeugen.

Bewältigungsressourcen stärken

Das Vorkommen diabetesbezogener Belastung ist auch abhängig von der Verfügbarkeit individueller Bewältigungsressourcen des Patienten. Diese können zur Unterstützung des Umgangs mit Belastungen im Krankheitsverlauf systematisch erfasst werden. Neben standardisierten Fragebögen zur Erfassung von Diabetesbelastungen dient das ausführliche Gespräch mit dem Patienten als wichtige Quelle zur Erhebung von Belastungen und darüber hinaus bei auffälligem Befund zur Intervention in der (psycho-)diabetologischen Behandlung.

Tabelle 7 Ressourcen systematisch erschließen

Der Patient im Umgang mit...	...sich selbst	...dem relevanten Beziehungssystem	...dem Behandlungs- und Lebenskontext
Ressource			
Diabeteswissen	Was weiß ich schon? Was möchte ich noch wissen? Wie nutzte ich bislang mein Wissen?	Was weiß mein Umfeld? Was sollte es noch erfahren?	Was werde ich später vielleicht an Wissen nutzen können? Wie könnte ich mein Wissen noch gewinnbringender nutzen?
Verhaltenssteuerung	Was hilft mir bislang, mein Verhalten zu steuern/mich positiv zu beeinflussen?	Welche Bedingungen im Umfeld helfen mir dabei?	Wer oder was hat mich früher/wer oder was könnte mich zukünftig dabei unterstützen?
Emotionen	Was hilft mir, mich gut zu fühlen? Wann erlebe ich ein positives Selbstwertgefühl?	Welche Bedingungen der Umwelt sind hilfreich und unterstützend?	Was müsste ich mehr realisieren/unterlassen, um mich gut zu fühlen?
Körper	Welche Signale und welches Erleben stärken mich?	Wie wird durch die Umwelt mein Erleben gestärkt?	Worauf müsste ich mehr achten, um mich zu stärken?
Werte und Überzeugungen	Was sind meine Überzeugungen? Worin erfahre ich Sinn?	Was von dem in meinem Umfeld gibt mir das Gefühl von Sinnhaftigkeit?	Was von dem, das mir Sinn gibt, könnte ich mehr tun?
Zukunft/Zeit	Wie denke ich über meine Zukunft? Welche kurz-, mittel- und langfristigen Ziele habe ich?	Wie denken andere über meine/ unsere Zukunft? Welche gemeinsamen Ziele haben wir?	Wie passen meine/unsere Zukunftspläne zu den voraussichtlichen Möglichkeiten?
Behandlungskontext	Welche Erwartungen habe ich an Ärzte, Diabetesberater, Psychotherapeuten? Was tue ich bereits für eine gelingende Kooperation?	Welche Unterstützung bekomme ich durch mein Umfeld bei der Beziehungsgestaltung zu Behandlern?	Welche positiven/negativen Erfahrungen habe ich mit Unterstützung durch Behandler und Therapeuten?
Arbeit und Leistung	Wo gelingt es mir etwas zu leiten, das für mich bedeutsam ist?	In welchen zwischenmenschlichen Kontexten geschieht das?	Wo, wann und wie lassen sich solche weiteren positiven Bereiche erschließen?
Materielle Sicherheit	Wie ist materielle Sicherheit erlebbar? Wie kann das Gefühl – sofern bedeutsam – verstärkt werden?	Wie spreche ich mit anderen über das Thema materielle Sicherheit?	Was bedeutet die Beschäftigung mit materieller Sicherheit für meine Lebenssituation und das Leben in der Gesellschaft?

PRAXIS-TIPP

Da das Ausmaß diabetesbezogener Belastung und die individuelle Ausprägung von Belastungsreaktionen auf diabetesbedingte Anforderungen auch von Ressourcen des Patienten abhängen, sollten in der diabetologischen Behandlung und Beratung Bewältigungsressourcen mit dem Patienten erarbeitet werden.

Wie erlebt der Patient mit diabetischer Polyneuropathie seine Verletzung?

Für Patienten und Ärzte

Anthropologie der leiblichen Ökonomie und neue Phänomenologie

Das Konzept des Leibesinselschwundes ist zunächst im medizinischen Kontext ungewohnt. Für Interessierte findet sich eingehendes Material unter: <http://www.gnp-online.de/>

Aus dem Einleitungstext

Die Neue Phänomenologie verdankt ihre begriffliche und thematische Grundlegung den philosophischen Bemühungen von Hermann Schmitz. Er hat in geduldiger Sorgfalt die unbefangene Lebenserfahrung auf breiter Front rechenschaftsfähigem Sprechen zugänglich gemacht und damit – ausgehend von dem, was wir am eigenen Leibe spüren – große Bereiche der Wirklichkeit einer methodischen Besinnung neu erschlossen: Leib, Gefühle, Atmosphären, Situationen. Zwar ist der Leib, als das, was uns sozusagen am nächsten ist und am meisten beschäftigt, ein wichtiges Thema der traditionellen Phänomenologie. Aber die Schmitzsche Analyse des leiblichen Befindens stellt eine neue Stufe in der Entwicklung des Themas dar. Sie liefert eine Konzeption zu zahlreichen leibzentrierten Verfahren. Nicht zufällig wird sie von Medizinern und Therapeuten rezipiert und diskutiert. Die GNP pflegt – vielleicht als einzige philosophische Gesellschaft – seit Jahren kontinuierlichen Kontakt mit Ärzten und Psychologen. Die Leiblichkeit ist allerdings nicht das einzige Thema, mit dem sich Neue Phänomenologie befasst. Die GNP ist der Auffassung, dass sämtliche Themen der Philosophie – von der Erkenntnistheorie über die Rechtsphilosophie bis zur Ästhetik – einer erneuten phänomenologischen Analyse zugänglich sind und ihrer bedürfen. Von anderen philosophischen Ansätzen unterscheidet sich die Neue Phänomenologie dadurch, dass sie grundsätzlich an Erfahrung und Anwendbarkeit orientiert ist. Wer sich für das Anliegen einer interkulturell und interdisziplinär orientierten Neuen Phänomenologie interessiert, kann sich auf der GNP Website über die Ziele der Gesellschaft, die jährlichen Symposien und über die wissenschaftliche Buchreihe informieren.

Für Patienten

- Die Füße TÄGLICH untersuchen.
- Die Schuhe TÄGLICH auf einliegende Gegenstände untersuchen.
- Bei JEDER auch noch so kleinen Verletzung: IMMER den Arzt aufsuchen.
- Verzögert sich die Wundheilung über das zu erwartende Maß hinaus: Zweite Meinung einholen. Ggf. durch einen Spezialisten. Adressen von zertifizierten Kliniken und Praxen finden sich unter: <http://www.ag-fuss-ddg.de/> → „Einrichtungen“
- Patienten, die unter diabetischer Neuropathie leiden, können ihre Erfahrungen in Selbsthilfegruppen teilen und dort wichtige Tipps erhalten: Adressen z. B. für NRW: http://www.selbsthilfenetz.de/content/e2994/e6997/e7447/index_html?stichwort_id=863

Für Therapeuten

Das Erleben der Patient(inn)en wird durch eine einfache Änderung der Anamnese-technik erfahrbare:

- Bei Vorhandensein einer Polyneuropathie (Stimmgabeltest, Semmes-Weinstein-Filament-Test positiv, auf die Haut geschriebene Zahlen werden nicht erkannt)
- Frage nach Beschwerden:
 - Ein Teil der Patienten gibt Beschwerden an: Kribbeln, Empfinden, einen zu engen Strumpf zu tragen, Brennen, etc.
 - Ein weiterer Teil der Patienten gibt auf die Frage anfangs an, keine Beschwerden zu haben.
 - Hier soll erweitert gefragt werden: „Können Sie mir bitte schildern, was Sie in der Gegend Ihrer Füße spüren?“
- Viele Ärzte lassen den Patienten üblicherweise wenig Zeit, zu antworten.
 - Nach der Frage still und bedächtig bis 15 zählen.
 - Diese Latenz bietet den Patienten meistens ausreichend Raum, eine Antwort auf die ungewöhnliche Frage zu formulieren.
- Fallen die Beschwerdeschilderungen entsprechend schwerwiegend aus, sollte die Frage nach Suizidalität gestellt werden.
- Diese Frage signalisiert dem Patienten, dass der Behandler die Bedeutung der Polyneuropathie für das subjektive Erleben des Patienten verstanden hat.

Arbeitsblätter für Therapeuten (zum Ausdrucken)

- 1) Checkliste depressive Episode nach ICD-10
- 2) Arbeitsblatt: Individuelles Erklärungsmodell der Depression
- 3) Allgemeines Erklärungsmodell zur Wechselwirkung von Depression und Diabetes
- 4) Arbeitsblatt: Vereinfachtes individuelles Erklärungsmodell zur Depression bei Diabetes
- 5) Gestufte Depressionsbehandlung bei Diabetes

1. Checkliste depressive Episode nach ICD-10

Depressive Episode (mind. für zwei Wochen die Mehrzahl der Tage und den größten Teil der Tage vorhanden)

Hauptsymptome

- Depressive Stimmung (gedrückte, niedergeschlagene und/oder traurige Stimmung)
- Interessenverlust, Freudlosigkeit
- Antriebsmangel, gesteigerte Ermüdbarkeit

Häufige Zusatzsymptome

- Vermindertes Denk- und Konzentrationsvermögen
- Verlust des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls
- Unbegründete Selbstvorwürfe und Schuldgefühle
- Psychomotorische Agitiertheit oder Hemmung
- Wiederkehrende Gedanken an Tod, Suizid oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Appetit- oder Gewichtsverlust (teilweise auch Zunahme)
- Deutlicher Libidoverlust,
- Psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit

Schweregradeinteilung der depressiven Episode

- Leichtgradig (4 Symptome): 2 Haupt- und 2 Zusatzsymptome
- Mittelgradig (5–6 Symptome): 2 Haupt- und 3–4 Zusatzsymptome
- Schwergradig (mind. 7 Symptome): 3 Haupt- und mindestens 4 Zusatzsymptome

Depressive Episoden mit somatischem Syndrom

Bei leichten/mittelgradigen depressiven Episoden besteht zusätzlich ein somatisches Syndrom, wenn mind. 4 der folgenden Merkmale erfüllt sind (bei schweren depressiven Episoden geht man generell von einem somatischen Syndrom aus).

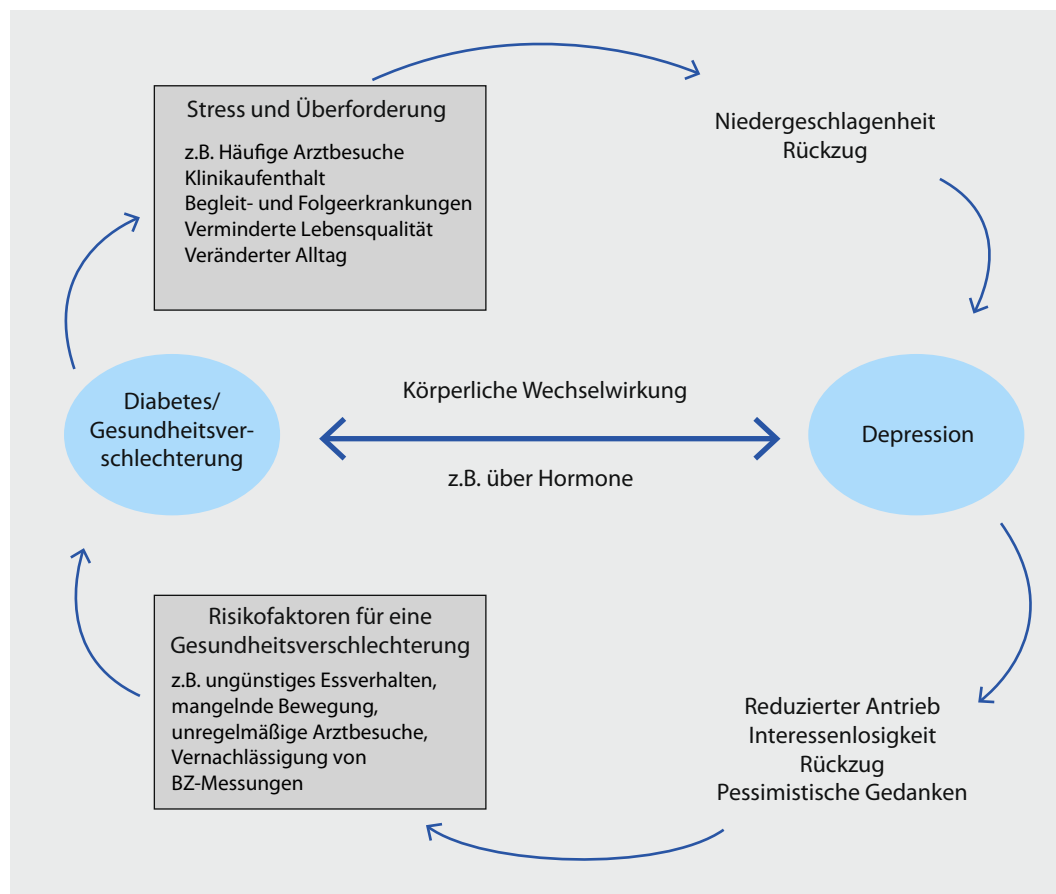
- Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten
- Mangelnde Fähigkeit, auf freundliche Umgebung/freudige Ereignisse emotional zu reagieren
- Frühmorgendliches Erwachen (zwei oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit)
- Morgentief
- Der objektive Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit
- Deutlicher Appetitverlust
- Gewichtsverlust, häufig mehr als 5 % des Körpergewichts im vergangenen Monat;
- Deutlicher Libidoverlust

Depressive Episoden mit psychotischen Symptomen

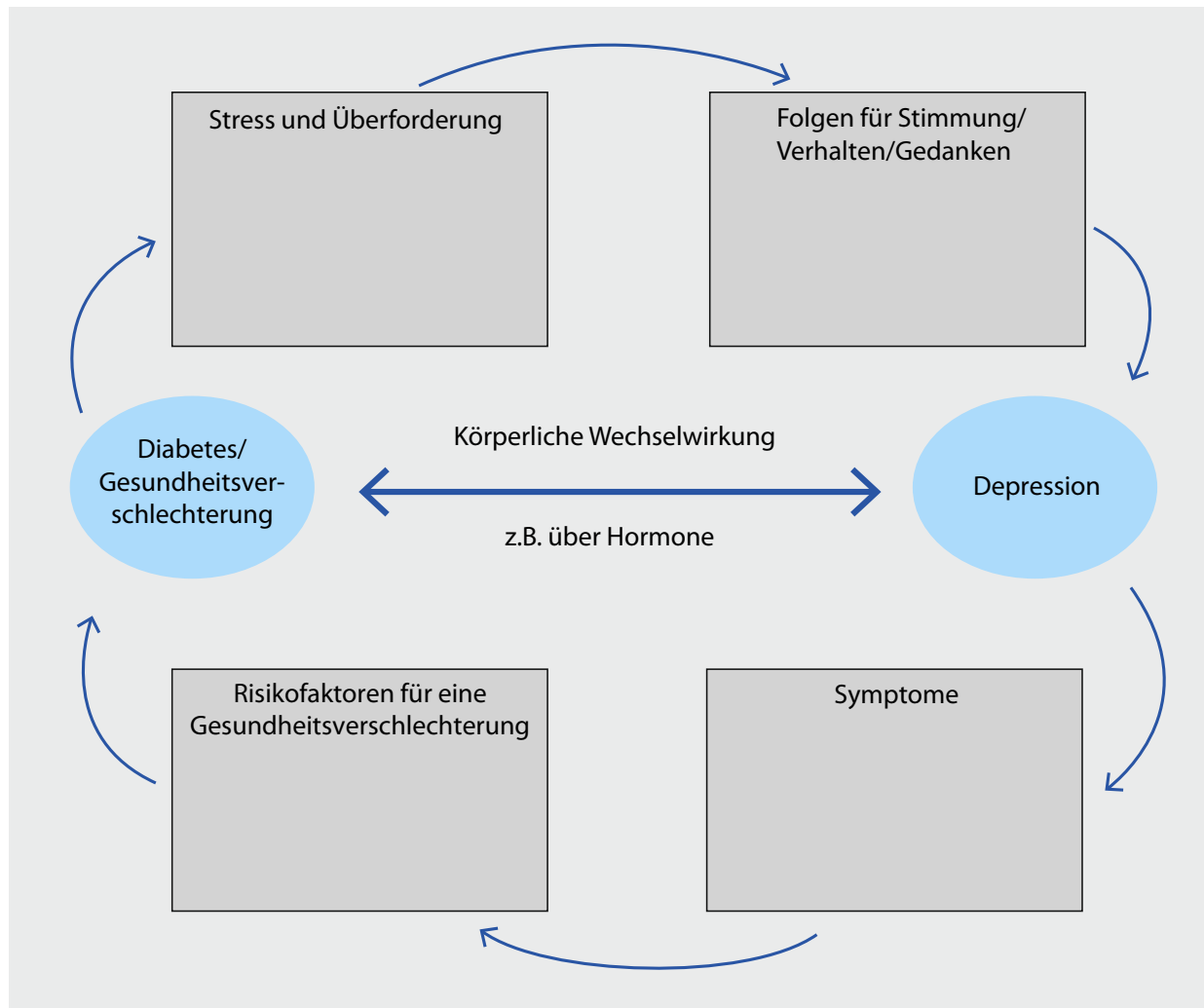
Bei schwerer depressiver Episode: Liegen Wahnsymptome, Halluzinationen oder ein depressiver Stupor vor, wird die Störung zusätzlich als „mit psychotischen Symptomen“ (F32.3) gekennzeichnet.

[illegible]

3. Allgemeines Erklärungsmodell zur Wechselwirkung von Depression und Diabetes



4. Arbeitsblatt: Individuelles Erklärungsmodell zur Wechselwirkung von Depression und Diabetes



5. Gestufte Depressionsbehandlung bei Diabetes

(in Anlehnung an die evidenzbasierten Diabetes-Leitlinien DDG „Psychosoziales und Diabetes mellitus“; Kulzer et al., 2013)

Gestufte Depressionsbehandlung bei Diabetes

Charakteristika der Depression

Stufe 4

Sehr schwere Depression

oder Depressionen, die auf Interventionen der Stufe 3 nicht ansprechen

Stufe 3

Schwere Depression

oder Depressionen, die auf Interventionen der Stufe 2 nichtansprechen

Stufe 2

Mittelgradige Depression

oder leichte Depressionen, die auf Interventionen der Stufe 1 nicht ansprechen

Stufe 1

Geringgradige Depression

oder subsyndromale depressive Symptome mit deutlicher Beeinträchtigung

Therapieoptionen

Stationäre oder teilstationäre Therapie
I. d. R. komplexere psychopharmakologische und psychotherapeutische Kombinationstherapie.
Engmaschiges Monitoring.

Ambulante (ggf. teilstationäre oder stationäre) Psychotherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten vorzugsweise in Kombination mit Antidepressiva (1.Wahl:SSRI), engmaschiges Monitoring

Ambulante Psychotherapie bei ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten und medikamentöse antidepressive Behandlung anbieten (1.Wahl:SSRI) und je nach Patienten präferenzalternativ oder kombiniert Durchführen, engmaschiges Monitoring

I. d. R. primärmedizinische Versorgung: Psychoedukation zu Depression bei Diabetes, Entwicklung eines gemeinsamen Krankheitskonzeptes, Gesprächsführung: aktiv, problemlöseorientiert, flexibel und unterstützend. Ggf. SSRI bei rezidivierender Störung mit schwereren Episoden. Monitoring nach 2-4 Wochen.

Arbeitsblätter (zum Ausdrucken)

- 1) Checkliste Angststörungen und diabetesbezogene Ängste (nach ICD-10)
- 2) Algorithmus zum Screening und Diagnostik pathologischer Ängste bei Diabetes mit PHQ Downloadlink und Auswertungshinweise
- 3) Pathologische Ängste: Screening-Fragen für das ärztliche Gespräch
- 4) Erklärungsmodell pathologischer Ängste zur gemeinsamen Bearbeitung mit dem Patienten
- 5) Gestufte Angstbehandlung bei Diabetes

1. Checkliste Angststörungen und diabetesbezogene Ängste (nach ICD-10)

Agoraphobie mit/ohne Panikstörung (F40.0): Deutliche und anhaltende Furcht vor oder Vermeidung von Plätzen und Situationen in denen eine Flucht schwer möglich oder peinlich wäre, oder in denen im Falle einer Panikattacke oder panikartiger Symptome keine Hilfe zu erwarten wäre. Die Agoraphobie kann mit (F40.01) oder ohne (F40.00) eine Panikstörung auftreten. Für eine Diagnose müssen alle folgenden Kriterien erfüllt sein:

- psychische und vegetative Symptome müssen primäre Manifestation der Angst sein,
- die Angst muss in mindestens zwei der folgenden Situationen auftreten (z. B. Menschenmengen, öffentliche Plätze, Reisen mit weiter Entfernung von Zuhause, alleine Reisen),
- die Vermeidung der phobischen Situation muss ein entscheidendes Symptom sein oder gewesen sein.

Soziale Phobie (F40.1): Angst vor negativer Bewertung durch andere, die durch die Konfrontation mit bestimmten sozialen und Leistungssituation ausgelöst wird und meist zu Vermeidungsverhalten führt. Für eine Diagnose müssen alle folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Die psychischen, Verhaltens-, oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestation der Angst sein.
- Die Angst muss auf bestimmte soziale Situationen beschränkt sein oder darin überwiegen.
- Vermeidung der phobischen Situation, wenn möglich.

Soziale Ängste können sich bei Patienten mit Diabetes auf ihre Erkrankung beziehen und negative Auswirkungen auf das Diabetesmanagement haben (z. B. aus starker Angst unangenehm aufzufallen, wird beim Essen in der Öffentlichkeit auf das Blutzuckermessen und Insulinspritzen verzichtet).

Spezifische Phobie (F40.2): Angst, die durch Konfrontation mit bestimmten gefürchteten Objekten oder Situationen ausgelöst wird (z. B. Höhen, bestimmte Tiere, Blut) und häufig zu Vermeidungsverhalten führt. Für eine Diagnose müssen alle folgenden Kriterien erfüllt sein:

- Die psychischen oder vegetativen Symptome müssen primäre Manifestation der Angst sein.
- Die Angst muss auf die Anwesenheit eines bestimmten phobischen Objektes oder einer spezifischen Situationen beschränkt sein.
- Die phobische Situation wird – wann immer möglich – vermieden.

Bei Diabetespatienten, die mit Insulin behandelt werden, ist insbesondere die Spritzenphobie zu berücksichtigen, bei der die Insulininjektion befürchtet wird und mit starken vasovagalen Reaktionen einhergehen kann.

Panikstörung (F41.0): Störung durch unerwartete, wiederholt auftretende Panikattacken. Diese treten plötzlich auf, sind von starken Angst und überwiegend vegetativen Symptomen (z. B. Tachykardie, Schwitzen, Tremor, Atemnot) begleitet und gehen mit der Befürchtung eines drohenden Unheils einher („verrückt werden“, Kontrolle verlieren, Herzinfarkt ...). Typischerweise besteht eine langanhaltende Besorgnis über zukünftige Panikattacken („Angst vor der Angst“). Eine Diagnose ist nur bei mehreren schweren Angstanfällen zu stellen, wenn diese innerhalb eines Zeitraumes von etwa 1 Monat aufgetreten sind und:

- in Situationen, in denen keine objektive Gefahr besteht,
- wenn die Angstanfälle nicht auf bekannte oder vorhersagbare Situationen begrenzt sind,
- zwischen den Attacken weitgehend angstfreie Zeiträume liegen (Erwartungsangst ist jedoch häufig).

Eine Panikstörung soll nur diagnostiziert werden, wenn keine komorbiden Phobien vorliegen.

Generalisierte Angststörung (F41.1): Langanhaltende ausgeprägte Angst und Besorgnis, die sich auf verschiedene Lebensbereiche bezieht und von anhaltender motorischer Spannung und vegetativer Übererregbarkeit begleitet wird. Es müssen primäre Symptome der Angst an den meisten Tagen über mindestens mehrere Wochen, meist sogar mehrere Monate vorliegen. In der Regel sind folgende Einzelsymptome festzustellen:

- Befürchtungen (Sorgen über zukünftiges Unglück, Nervosität, Konzentrationsschwierigkeiten usw.),
- motorische Spannung (körperliche Unruhe, Spannungskopfschmerzen, Zittern, Unfähigkeit zu entspannen),
- vegetative Übererregbarkeit (Benommenheit, Schwitzen, Tachykardie oder Tachypnoe, Oberbauchbeschwerden, Schwindelgefühle, Mundtrockenheit usw.).

Übermäßige Ängste und Sorgen, die sich auf den Diabetes beziehen, können im Rahmen einer Generalisierten Angststörung auftreten. Um die Diagnose zu stellen, müssen jedoch weitere Ängste vorhanden sein, die sich auch auf andere Lebensbereiche beziehen.

Angst und depressive Störung, gemischt (F41.2): Diese Kategorie soll bei gleichzeitigem Bestehen von Angst und Depression Verwendung finden. Folgende Kriterien sind nötig, um diese Diagnose zu stellen:

- Vorhandensein von Angst und Depression in leichter bis mittlerer Ausprägung, ohne Vorherrschen des einen oder anderen,
- zumindest vorübergehendes Auftreten vegetativer Symptome (wie Tremor, Herzklopfen, Mundtrockenheit, Magenbeschwerden usw.),
- keine der beiden Störungen erreicht ein Ausmaß, das eine entsprechende einzelne Diagnose rechtfertigen würde.

Anpassungsstörung, Angst und depressive Reaktion gemischt (F43.22): Zustände subjektiven Leidens durch Angst und depressiven Reaktionen während des Anpassungsprozesses nach einer entscheidenden Lebensveränderung. Folgende Kriterien sind nötig, um diese Diagnose zu stellen:

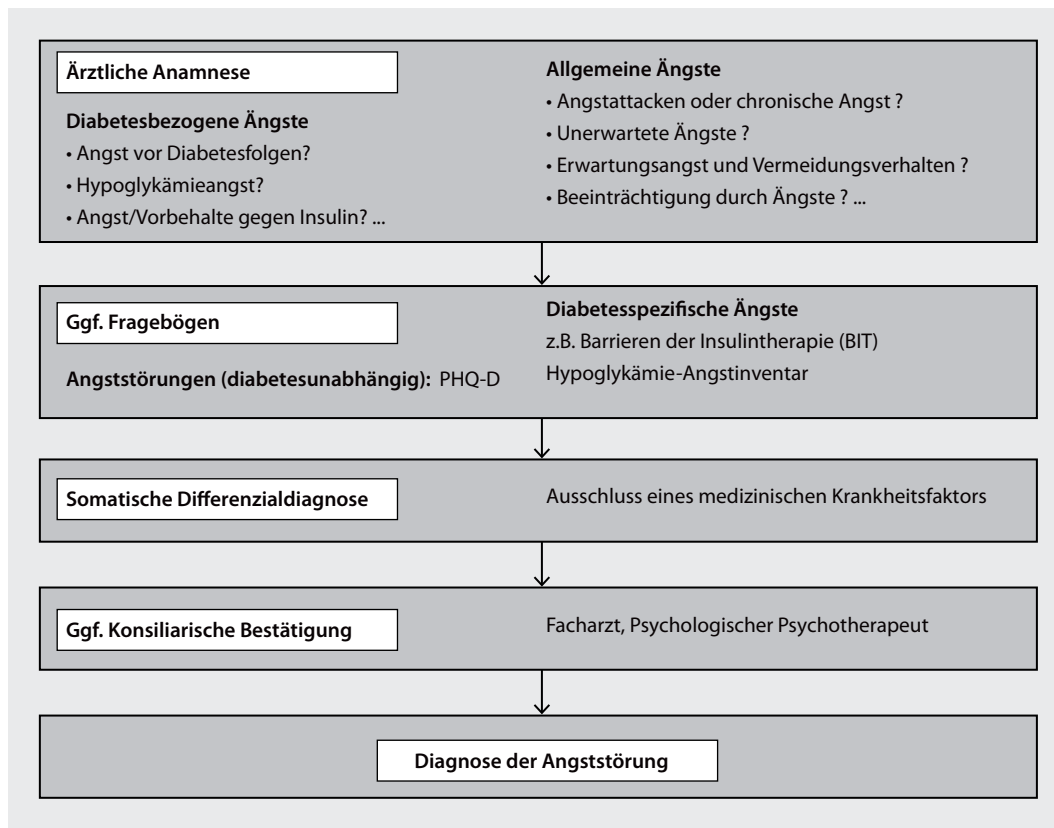
- Sowohl Angst als auch depressive Symptome sind vorhanden, aber nicht stärker ausgeprägt als bei der Diagnose „Angst und depressive Störung gemischt“ (F 41.2).
- Die Symptome halten meist nicht länger als 6 Monate an.

Bezogen auf Patienten mit Diabetes können Anpassungsstörungen vor allem im Kontext der Diagnose des Diabetes auftreten. Die Manifestation eines Diabetes stellt in der Regel kein Trauma dar, das zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung führt und rechtfertigt die dementsprechende Diagnose nicht.

Hypoglykämieangst (F40.0 oder F41.0 oder F40.1): Übermäßige Angst vor möglichen zukünftigen Hypoglykämien. Je nach Ausprägung der Hypoglykämieangst können die Kriterien einer Panikstörung, Agoraphobie oder sozialen Phobie erfüllt sein.

Angst vor Diabetesfolgen/Progredienzangst (F41.1 oder F41.2 oder F42 oder F43.22): Störung durch übermäßige Ängste und Sorgen über mögliche akute und langfristige Komplikationen des Diabetes. Je nach Ausprägung der Ängste können die Kriterien einer „generalisierten Angststörung“, „Angst und depressive Störung, gemischt“ oder „Anpassungsstörung“, „Angst und depressive Reaktion, gemischt“, erfüllt sein.

2. Algorithmus zum Screening und Diagnostik pathologischer Ängste bei Diabetes mit PHQ Downloadlink und Auswertungshinweise



Der „Gesundheitsfragebogen für Patienten, PHQ“ (Löwe et al., 2002) ist als Screeninginstrument geeignet in der primärärztlichen Versorgung geeignet. Neben Angststörungen werden auch andere häufige psychische Störungen anhand von ICD-10 Kriterien gescreent. Freier PHQ-Download in verschiedenen Sprachen: www.phqscreeners.com

PHQ-Auswertung für Angststörungen

Das Screening ist positiv, wenn folgende Kriterien erfüllt wurden:

Panikstörung

Alle Items 3a bis 3d mit „Ja“ beantwortet UND mind. 4 der Items 4a bis 4k mit Ja beantwortet.

Andere Angststörungen

Wenn Item 5a und „Mehr als an der Hälfte der Tage“ angegeben UND mind. 3 der Items 5b bis 5g sind mit „Mehr als an der Hälfte der Tage“ angegeben.

3. Pathologische Ängste: Screening Fragen für das ärztliche Gespräch

In Anlehnung an: Margraf J (1994) Mini-Dips. Diagnostisches Kurzinterview bei psychischen Störungen. Handbuch. Berlin: Springer

Panikstörung: „Kommt es vor, dass Sie plötzlich und unerwartet Angst haben, ohne dass eine reale Gefahr vorliegt?“

Agoraphobie: „Haben Sie Angst oder vermeiden Sie bestimmten Situationen und Orte wie z. B. Kaufhäuser, Autofahren, Menschenmengen, Fahrstühle oder geschlossene Räume?“

Soziale Phobie: „Haben Sie Angst oder vermeiden Sie Situationen, in denen sie von anderen Menschen beobachtet oder bewertet werden könnten wie zum Beispiel öffentliches Sprechen, Zusammenkünfte, Partys oder Gespräche?“

Spezifische Phobie: „Haben Sie Angst oder vermeiden Sie Situationen wie zum Beispiel Anblick von Blut und Verletzungen, Spritzen, Tiere, Höhen, Flugreisen?“

Generalisierte Angststörung: „Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen, zum Beispiel über gesundheitliche familiäre, berufliche oder finanzielle Angelegenheiten?“

Hypoglykämieangst: Leiden Sie häufig unter starken Sorgen eine Unterzuckerung zu bekommen? „Ganz unabhängig von dem normalen Zielblutzucker: Wie hoch ist Ihr persönlicher „Wohlfühl-Blutzuckerwert?“ (Übertrieben hohe Werte, können Hinweise auf Hypoglykämie-ängste geben) Kommt es vor, dass Sie aus Angst vor Unterzuckerungen das Haus nicht verlassen, oder andere Situationen vermeiden?“

Progredivangst: „Leiden Sie häufig unter (unangemessen) starken Sorgen über den Verlauf Ihrer Diabeteserkrankung?“

4. Ängste bei Diabetes: Erklärungsmodell für _____

Name, Datum

1. Was hat die Entstehung der Ängste begünstigt?

z. B. biografische Belastungsfaktoren, problemverschärfende Einstellungen und Überzeugungen, ungünstige Vorerfahrungen mit dem Diabetes (z. B. schwere Hypoglykämien) eine Rolle spielen.

2. Was hat die aktuellen Ängste vermutlich (mit)ausgelöst?

z. B. Aktuelle Belastungsfaktoren im beruflichen und/oder privaten Bereich; diabetesbezogene Belastungen (z. B. diabetesbezogene Komplikationen, Therapieumstellung).

3. Welche Bedingungen tragen zur Aufrechterhaltung der Ängste bei?

z. B. Vermeidung angstauslösende Situationen → Stabilisierung der Angst; Vermeidung normaler Blutzuckerwerte aus Angst vor schweren Hypoglykämien; Vermeidung der ängstigenden Auseinandersetzung mit dem Diabetes → schlechte Blutzuckerwerte → Befürchtungen nehmen zu; Verschiedene weitere katastrophisierende Befürchtungen...

5. Gestufte Angstbehandlung bei Diabetes

Die Behandlung von Angststörungen bei Menschen mit Diabetes erfordert in der Regel eine interdisziplinäre Kooperation der in der Versorgung Beteiligten. Dabei ist stets der individuelle diabetologische und psychologischer Kontext zu beachten.

Zur Therapie komorbider Angststörungen bei Menschen mit Diabetes wird in den aktuellen evidenzbasierten deutschen Leitlinien „Psychosoziales und Diabetes“ [1] in Anlehnung an die britischen NICE-Leitlinien [2] ein gestuftes therapeutische Vorgehen in der Primärversorgung empfohlen (siehe Abb.1).

Charakteristika der Angststörung	Therapieoptionen
Stufe 4 Komplexe behandlungsresistente schwere Angststörungen mit sehr starker Beeinträchtigung des Funktionsniveaus	Stationäre oder teilstationäre Behandlung in spezialisierten Kliniken. In der Regel komplexere psychopharmakologische und psychotherapeutische Kombinationstherapie, Monitoring.
Stufe 3 Angststörungen, die auf Interventionen der Stufe 2 nicht ansprechen und starke Beeinträchtigung des Funktionsniveaus oder Patientenpräferenz für medikamentöse Therapie.	Empfehlung zur ergänzenden psychopharmakologischen Therapie (1. Wahl: SSRI). Bei erfolgloser Verhaltenstherapie: Zusätzlich zur Medikation ggf. andere psychotherapeutische Verfahren, Monitoring
Stufe 2 Diagnostizierte Angststörungen, die nach Psychoedukation und aktivem Monitoring in der primärärztlichen Versorgung nicht remittieren oder mittelgradige und schwere Angststörungen.	Empfehlung zur ambulanten Psychotherapie bei einem ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten (1. Wahl: Verhaltenstherapie). Bei generalisierter Angststörung zusätzlich Entspannungsverfahren. Monitoring des weiteren Verlaufs.
Stufe 1 Alle bekannten oder vermuteten geringgradigen Angststörungen und/oder diabetesspezifische pathologische Ängste (z.B. übertriebene Hypoglykämieangst, Angst vor Insulin, übertriebene Progredienzangst...).	Vermittlung der bestätigten Diagnose und der Behandlungsoptionen, Entwicklung eines gemeinsamen Krankheitskonzeptes, Vermittlung von Hoffnung und Ermutigung zur Selbstexposition bei leichten Phobien. Ggf. Empfehlung verhaltenstherapeutisch orientierter Selbsthilferatgeber, Monitoring des weiteren Verlaufs.

Abb 1. Gestufte Angstbehandlung bei Diabetes

Literatur

- [1] Kulzer B, Albus C, Herpertz S, Kruse J, Lange K, Lederbogen F, Petrak F (2013) Psychosoziales und Diabetes (Teil 1) S2-Leitlinie Psychosoziales und Diabetes – Langfassung. Diabetologie, 8, 198–242
- [2] National Institute for Health and Clinical Excellence (NHS) (2011) Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults: Management in primary, secondary and community care. NICE clinical guideline 22.

Empfehlungen für die psychische Evaluation vor Adipositas-Chirurgie

(De Zwaan et al. 2007)

Psychischer Status

- ─ Psychische Erkrankungen einschließlich Essstörungen
- ─ Stationäre psychiatrische/psychosomatische Vorbehandlungen
- ─ Ambulante Behandlungen, Psychotherapie, Psychopharmaka
- ─ Aktuell in Behandlung?

Ess-und Trinkverhalten

- ─ Objektive und/oder subjektive Essanfälle
- ─ Kontrollverlust beim Essen
- ─ „grazing“
- ─ nächtliches Essen („night eating“)
- ─ Trinkmengen, bevorzugte Getränke
- ─ Kompensatorische Maßnahmen (Erbrechen, Laxanzien, Diuretika)
- ─ „gezügelter“ Essverhalten (ständiger Versuch Diät zu halten)
- ─ Einstellung zu und Bewertungen von Gewicht und Figur
- ─ Portionsgrößen, Nahrungsmittelauswahl
- ─ Bei Unklarheit eventuell Selbstbeobachtung des Essverhaltens über 1–2 Wochen

Gewichtsanamnese

- ─ Selbstauskunft über die Entwicklung der Adipositas („Gewichts-Autobiographie“)
- ─ Übergewicht/Adipositas als Kind
- ─ Familiäre Belastung (Übergewicht/Adipositas in der mütterlichen bzw. väterlichen Linie)
- ─ Lebensereignisse in Zusammenhang mit Gewichtszunahme
- ─ Bisherige Gewichtsreduktionsversuche und deren Erfolge

Stress, Fähigkeit zur Problemlösung („Coping“)

- ─ Psychosoziale Stressoren
- ─ Zu erwartende Lebensveränderungen in den 12 Monaten nach der Operation
- ─ Essen als alleinige Stressbewältigung („coping“)
- ─ Mögliche positive Aspekte der Adipositas (z. B. Schutz)
- ─ Sexuelle oder physische Missbrauchserfahrung

Intelligenzniveau, kognitive Funktionen

- ─ Bei Bedarf neuropsychologische Testung

Soziale Unterstützung

- ─ Akzeptanz und Hilfe in Partnerschaft, Familie und Freundeskreis
- ─ Mögliche negative Konsequenzen? (z. B. Attraktivität als Problem für den Ehepartner)
- ─ Praktische Hilfen
- ─ „Moralische“ Unterstützung
- ─ Offenheit gegenüber Anderen, Verheimlichen (z. B. aus Angst vor Diskriminierung oder aus Angst zu versagen)

Motivation, Compliance

- ─ Ausmaß der Motivation (z. B. von 0 bis 10)
- ─ Vorrangige Gründe für die Operation (Gesundheit, Mobilität, Aussehen,...)
- ─ Intrinsische (selbst) oder extrinsische (z. B. Angehörige) Motivation
- ─ Früherer Umgang mit medizinischen Empfehlungen

Wissen über den Eingriff

- Art des Eingriffs
- Funktionsweise
- Grenzen
- Komplikationen
- Information und Verständnis über postoperative Änderungen der Nahrungsaufnahme
- Kontakt mit bereits operierten Personen, Selbsthilfegruppen

Erwartungen

- Gewichtsreduktion als alleiniger „Problemlöser“ („quick fix“)
- Realistische Erwartungen an das Ausmaß der Gewichtsreduktion (selten wird Normalgewicht erreicht)

Empfehlung einer Therapie vor Operation bzw. Kontraindikation für Operation

- Schwere **unbehandelte und instabile** psychische Störung
 - Substanzabhängigkeit
 - schizophrene Störung
 - schwere depressive Störung
 - Suizidalität
 - Borderline Persönlichkeitsstörung
 - Posttraumatischer Belastungsstörung
 - Bulimia nervosamehrere stationäre psychiatrische Voraufenthalte
- Niedriges Intelligenzniveau **ohne** soziale Unterstützung
- Instabile soziale Situation
 - keine soziale Unterstützung
 - Obdachlosigkeit

(Quelle: Herpertz S, Hagenah U, Vocks S, von Wietersheim J, Cuntz U, Zeeck A. (2011) Diagnostik und Therapie der Essstörungen Deutsches Ärzteblatt; 108(40):678–685)

Diagnostik einer Essstörung

Bei der Diagnostik sollten grundsätzlich Daten aus einem breiten Spektrum von Lebensbereichen erhoben werden.

Dazu gehört /gehören

- die familiäre Atmosphäre,
- die familiäre Anamnese von Essstörungen,
- Essverhaltensweisen in der Familie,
- Vorgeschichte emotionaler und körperlicher Vernachlässigung und Gewalterfahrung, Impulskontrolle,
- Selbstwertentwicklung,
- Beschäftigung mit dem eigenen Körper und Diäterfahrungen.

Die medizinische Diagnostik beinhaltet im Minimum

- Körpergröße und -gewicht sowie
- Blutdruck und Puls.

Verdachtskriterien einer Essstörung

- Niedriges Körpergewicht
- Amenorrhö oder Infertilität
- Zahnschäden, insbesondere bei jungen Patientinnen
- Sorgen über das Körpergewicht trotz Normalgewicht
- Erfolglose Gewichtsreduktionsmaßnahmen bei Übergewicht und Adipositas
- Gastrointestinale Störungen, die nicht eindeutig einer anderen medizinischen Ursache zugeordnet werden können.
- Kinder mit Wachstumsverzögerung
- Kinder, deren Eltern sich besorgt zeigen über ihr Gewicht und Essverhalten

Screeningfragen bei Verdacht auf eine Essstörung

- „Sind Sie mit Ihrem Essverhalten zufrieden?“
- „Haben Sie ein Essproblem?“
- „Machen Sie sich Sorgen wegen Ihres Gewichts oder Ihrer Ernährung?“
- „Beeinflusst Ihr Gewicht Ihr Selbstwertgefühl?“
- „Machen Sie sich Gedanken wegen Ihrer Figur?“
- „Essen Sie heimlich?“
- „Übergeben Sie sich, wenn Sie sich unangenehm voll fühlen?“
- „Machen Sie sich Sorgen, weil Sie manchmal mit dem Essen nicht aufhören können?“

Empfehlungen zur Behandlung der Anorexia nervosa

- Die Behandlung sollte störungsorientiert sein und die körperlichen Aspekte der Erkrankung berücksichtigen.
- Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten in Einrichtungen oder bei Therapeuten erfolgen, die Expertise in der Therapie mit Essstörungen haben und störungsspezifische Therapieelemente bereithalten.
- Bei der Behandlung sollte berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wenn nicht Jahren umfasst.
- Eine unter Zwang durchgeführte Behandlung der Anorexia nervosa sollte nur nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen inklusive der Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen erfolgen.
- Bei stationärer Behandlung ist eine weitgehende Gewichtsrestitution anzustreben.
- Um im Rahmen der Behandlung der Anorexia nervosa angemessen Nahrung zuzuführen, ist für den therapeutischen Alltag die Orientierung am Körpergewicht am besten geeignet.

Diagnostische Überlegungen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

- Familiäre Vorgeschichte von Essstörungen und essensbezogene Verhaltensweisen in der Familie,
- Biografische Vorgeschichte von emotionaler Vernachlässigung, körperlicher oder sexueller Gewalterfahrung, Selbstwertprobleme und Probleme der Impulskontrolle, Diätverhalten und exzessive Beschäftigung mit dem eigenen Körper.
- Komorbide psychische Störungen, insbesondere Angststörungen (vor allem soziale Phobie), Depressionen, Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit und bestimmte Persönlichkeitsstörungen

Empfehlungen zur Behandlung der Bulimia nervosa

- Die Psychotherapie ist Therapie der Wahl bei der BN
- Die Behandlung sollte störungsorientiert erfolgen.
- Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) gilt bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als Therapie der Wahl.
- Die Therapiedauer sollte mindestens 25 Sitzungen mit einer Frequenz von mindestens einer Therapiestunde pro Woche umfassen.
- Bei bulimischen Patientinnen mit Komorbiditäten, zum Beispiel Borderline-Symptomatik, sollte die Therapie um störungsorientierte therapeutische Elemente ergänzt werden.
- Bei Kindern und Jugendlichen mit BN sollten die Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden.
- Für einige Patientinnen mit BN kann die Teilnahme an einem evidenzbasierten Selbsthilfeprogramm, das unter Anleitung erfolgt („angeleitete Selbsthilfe“) und auf Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie beruht, eine ausreichende Therapie darstellen.
- SSRI sind die medikamentöse Therapie der Wahl. Nur Fluoxetin ist in Deutschland in Kombination mit einer Psychotherapie bei Erwachsenen mit BN zugelassen.

Behandlungsziel bei der Binge-Eating-Störung (BES)

- Behandlung der Symptome der BES (Essanfälle, ggf. Übergewicht/Adipositas, essstörungsspezifische Psychopathologie)
- Behandlung weiterer ggf. vorliegender psychischer Beschwerden (z. B. Selbstwert- und Schamproblematik, Affektregulation)
- Behandlung komorbider psychischer Störungen (z. B. Depression, soziale Angst)
- Prävention bzw. Rückfallprophylaxe (Vermittlung von Meta-Wissen)

Empfehlungen zur Behandlung der Binge-Eating-Störung (BES)

- Im Rahmen der Diagnostik von Übergewicht und Adipositas sollten Essanfälle als wichtiges Symptom einer BES erfragt werden.
- Als Therapie der ersten Wahl zur Behandlung der BES gilt die Psychotherapie.
- Die kognitive Verhaltenstherapie verfügt über die sichersten Wirksamkeitsbelege bei erwachsenen Patientinnen mit BES, daher sollte sie diesen Patientinnen als Therapie der Wahl angeboten werden.
- Es besteht auch begrenzte Evidenz, dass die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ebenfalls wirksam ist, daher kann sie Patientinnen mit BES ebenfalls empfohlen werden.
- Für angeleitete, manualisierte Selbsthilfe mit Behandlungselementen der KVT liegen Wirksamkeitsbelege vor, so dass diese Behandlungsmethode Patientinnen mit BES bei Fehlen einer schweren Symptomatik und Komorbidität empfohlen werden kann.
- SSRI und SSNI sind bei BES wirksam; allerdings ist derzeit kein Medikament zur Behandlung der BES zugelassen.
- Langzeiteffekte von Psychopharmaka bei BES sind nicht ausreichend erforscht; eine langfristige Verordnung von Psychopharmaka zur Behandlung der BES kann daher nicht empfohlen werden.

Indikationskriterien für eine stationäre Therapie der Bulimia nervosa und Binge Eating Störung

- unzureichende Veränderung in ambulanter Behandlung
- Scheitern einer ambulanten oder tagesklinischen Behandlung
- Fehlen ausreichender ambulanter Behandlungsmöglichkeiten am Wohnort der Patientin
- ausgeprägte psychische und körperliche Komorbidität (z. B. Selbstverletzungen, Diabetes mellitus Typ I), die eine engmaschige ärztliche Kontrolle notwendig macht
- Krankheitsschwere (z. B. geringe Motivation, ausgeprägte Habituation der Symptomatik, sehr chaotisches Essverhalten)
- erhebliche Konflikte im sozialen und familiären Umfeld
- Suizidalität
- Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie)

Literaturempfehlungen für Eltern

- von Groen G, Ihle W, Ahle ME, Petermann F (2012) Ratgeber Traurigkeit, Rückzug, Depression. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher. Hogrefe, Göttingen
- Döpfner M, Frölich J, Wolff-Metternich T (2007) Ratgeber ADHS. Informationen für Betroffene, Eltern, Lehrer und Erzieher zu Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen. Hogrefe, Göttingen
- Schneider S, Borer S (2006) Nur keine Panik! Was Kids über Angst wissen sollten. Karger, Freiburg, Basel
- Hürter P, von Schütz W, Lange K (2012) Kinder und Jugendliche mit Diabetes. Springer, Heidelberg
- Diabetes Eltern-Journal, Kirchheim Verlag

Wichtige Internetadressen für Eltern

- <http://www.diabetes-eltern-journal.de/>
- <http://www.diabetes-kinder.de/>
- <http://www.diabetes-kids.de/>
- <http://www.triplep.de/pages/startseite/willkommen.htm>
- <http://www.kbv.de/arzt suche/178.html>

Gesprächsführung bei der Sexualanamnese

Die Diagnostik und Therapieplanung bei Männern und Frauen mit Diabetes und Problemen der Sexualität ist ohne ein offenes und vertrauensvolles Einzelgespräch nicht möglich. Das Einzelgespräch folgt dabei dem Ziel, die strukturierte Exploration mit Erklärungen und sachgemäßer Wissensvermittlung zu verbinden. Die Befunde können dann mit Ergebnissen aus der Labordiagnostik, bildgebende Verfahren oder spezieller Funktionsdiagnostik zusammengeführt werden. Je präziser der Therapeut über die körperlichen, psychischen und partnerschaftsbezogenen Sachverhalte informiert ist, umso besser können Behandlungsmethoden am Einzelfall ausgerichtet werden. Dabei ist eine positive Gestaltung der Gesprächsatmosphäre hilfreich.

Aspekte zur Gestaltung eines konstruktiven Gesprächsrahmens:

- ─ Freundlicher verbaler und nonverbaler Kommunikationsstil,
- ─ Sachliche Thematisierung der Sexualität als natürlicher Teil des Alltagslebens,
- ─ Diskreter, störungsfreier Gesprächsrahmen,
- ─ Erklärungen zur Zielsetzung des Gesprächs und zum weiteren Vorgehen,
- ─ Einverständnis des Patienten über Sexualität zu sprechen,
- ─ Verwendung von didaktischen Materialien:
 - plastische Modelle, schriftliches Informationsmaterial,
 - Selbstbeobachtungsbögen,
 - Schulungsprogramm "Wenus" (Kulzer et al. 2003).

Beispielfragen für eine Sexualanamnese

Das Gespräch mit dem Patienten dient der strukturierten Erfassung der bio-psycho-sozialen Faktoren von Sexualstörungen bei Menschen mit Diabetes. Die dargestellten Fragen sind ausgerichtet am 7-Felder-Schema des BASIC I.D. (Lazarus 2008):

1. Behavior (Verhaltensebene):

- ─ Wird Sexualität vermieden?
- ─ Funktioniert das Insulin- bzw. Insulinpumpenmanagement?
- ─ Wie schützt sich der Patient vor postkoitalen Hypoglykämien?

2. Affect (Gefühlsebene):

- ─ Ist Sexualität mit emotionalem Stress (wie Versagensängsten) verbunden?
- ─ Ist Sexualität mit Scham oder Langeweile verbunden?
- ─ Ist das Diabetesmanagement oder sind zurückliegende Erfahrungen in der Sexualität durch erlernte Hilflosigkeit geprägt?

3. Sensation (Empfindungen)

- ─ Gibt es sensorische Verluste im Rahmen der diabetischen Polyneuropathie?
- ─ Gibt es chronische Schmerzen?
- ─ Ist Sexualität mit körperlichen Beschwerden und Schmerzerwartung verbunden?

4. Imagery (Imaginationen)

- ─ Gibt es förderliche oder hemmende sexuelle Phantasien, Tagträume, Visionen?
- ─ Bestehen belastende Assoziationen, welche die Lustentfaltung blockieren?

5. Cognition (Gedanken, Einstellungen)

- ─ Besteht ausreichendes Wissen über und praktische Erfahrung für eine unbefangene Sexualität?
- ─ Bestimmen idealisierte Leistungs Ideale die sexuelle Aktivität?
- ─ Ist der Selbstwert durch Diabetes eingeschränkt?
- ─ Wird der eigene Körper als attraktiv erlebt?
- ─ Mit welchen Körperregionen ist der Patient bzw. die Patientin zufrieden?

6. Interpersonal (Partnerschafts- und soziale Ebene)

- Ist ein(e) Sexualpartner/-in verfügbar?
- Gibt es Komplikationen in der Partnerschaft?
- Sind diese sexualitätsspezifisch?
- Wo sind die Stärken des Partners?
- Bestehen automatisierte gemeinsame Vermeidungsmuster?
- Gibt es Wünsche bzgl. der Unterstützung bei diabetespraktischen Fragestellungen?
- Gibt es kulturelle Normen oder Vorschriften, die Sexualität stören?
- Bestehen aktuelle Sorgen wegen finanzieller oder beruflicher Probleme

7. Drugs (Medikation und Wirkstoffkonsum)

- Wird problematischer Konsum von legalen oder illegalen Wirkstoffen praktiziert?
- Liegt neben dem Diabetes eine weitere Erkrankung vor?
- Welche Medikamenteneinnahme machen diese Erkrankungen notwendig?
- Welche Erfahrung wurde mit luststeigenden Wirkstoffen gemacht?

Die diabetesunspezifischen Fragen können auch im Partnerinterview gestellt werden. Anschließend können, bei beidseitigem Einverständnis, die Antwortprofile miteinander abgeglichen werden.

Neben dem Gespräch besteht die Möglichkeit, auch schriftliche Fragebögen zu verwenden. Beispielhaft ist hier der Bogen zur Erfassung der männlichen Erektionsstörung, IIEF-Kurzversion (Rosen et al. 1997) gezeigt. Dieser Bogen kann dem Patienten im Vorfeld des Gesprächs ausgehändigt werden. Die Ergebnisse können dann mit dem Patienten gemeinsam thematisiert werden. Zugleich können weitere differenzialdiagnostische Verfahren eingeleitet werden. Der Bogen ist auch zur weiteren Verlaufsbeobachtung einsetzbar.

IEF-EF-Fragebogen (Fragebogen zur Erfassung der erektilen Funktion beim Mann)**Kurzversion des International Index of Erectile Function (IIEF; Rosen et al. 1997)**Die Fragen beziehen sich auf das Sexualleben in den letzten **4 Wochen**.

1. Wie oft waren Sie in den letzten 4 Wochen in der Lage, während der sexuellen Aktivität eine Erektion zu bekommen?

- | | |
|--|----------------------------|
| keine sexuelle Aktivität | ☐ 0 |
| fast nie oder nie | ☐ 1 |
| manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | ☐ 2 |
| selten (weniger als die Hälfte der Zeit) | ☐ 3 |
| meistens (mehr als die Hälfte der Zeit) | ☐ 4 |
| fast immer oder immer | ☐ 5 |

2. Wenn Sie bei sexueller Stimulation eine Erektion hatten, wie oft war Ihre Erektion hart genug, um in Ihre Partnerin einzudringen?

- | | |
|--|----------------------------|
| keine sexuelle Aktivität | ☐ 0 |
| fast nie oder nie | ☐ 1 |
| selten (weniger als die Hälfte der Zeit) | ☐ 2 |
| manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | ☐ 3 |
| meistens (mehr als die Hälfte der Zeit) | ☐ 4 |
| fast immer oder immer | ☐ 5 |

3. Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft waren Sie dabei in der Lage, in Ihre Partnerin einzudringen?

- | | |
|--|----------------------------|
| keine sexuelle Aktivität | ☐ 0 |
| fast nie oder nie | ☐ 1 |
| selten (weniger als die Hälfte der Zeit) | ☐ 2 |
| manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | ☐ 3 |
| meistens (mehr als die Hälfte der Zeit) | ☐ 4 |
| fast immer oder immer | ☐ 5 |

4. Wie oft waren Sie in der Lage, Ihre Erektion aufrechtzuerhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?

- | | |
|--|----------------------------|
| keine sexuelle Aktivität | ☐ 0 |
| fast nie oder nie | ☐ 1 |
| selten (weniger als die Hälfte der Zeit) | ☐ 2 |
| manchmal (etwa die Hälfte der Zeit) | ☐ 3 |
| meistens (mehr als die Hälfte der Zeit) | ☐ 4 |
| fast immer oder immer | ☐ 5 |

5. Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr, Ihre Erektion bis zum Samenerguss aufrechtzuerhalten?

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| keine sexuelle Aktivität | ☐ 0 |
| äußerst schwierig | ☐ 1 |
| sehr schwierig | ☐ 2 |
| schwierig | ☐ 3 |
| wenig schwierig | ☐ 4 |
| nicht schwierig | ☐ 5 |

6. Wie würden Sie das Ausmaß an Zuversicht einschätzen, einen Geschlechtsverkehr bis zum Samenerguss durchführen zu können?

- | | |
|-------------|----------------------------|
| Sehr hoch | ☐ 5 |
| Stark | ☐ 4 |
| Mäßig | ☐ 3 |
| Gering | ☐ 2 |
| Sehr gering | ☐ 1 |

Auswertung: Aufsummierung aller Punkte zu einem Gesamtscore:

6–10:	schwere Erektionsstörung
11–16:	mäßige Erektionsstörung
17–21:	leichte bis mäßige Erektionsstörung
22–25:	leichte Erektionsstörung
26–30:	keine Erektionsstörung

Quellen im Internet

www.isg-info.de

www.sexualmedizin.charite.de

www.sexualmedizin-muenchen.de

Alkoholgehalt verschiedener alkoholischer Getränke

Bier

(durchschnittlich 4,8 Vol.-%*)

0,2 l	8 g
0,3 l	12 g
0,5 l	20 g
0,4 l	16 g



Wein/Sekt

(durchschnittlich 11 Vol.-%*)

0,1 l	9 g
0,125 l	11 g
0,2 l	18 g
0,7 l (Flasche)	63 g



Spirituosen

(durchschnittlich 33 Vol.-%*)

0,02 l	5 g
0,04 l	10 g

(* Alle Angaben sind Zirka-Werte)



Diagnostische Abklärung von Alkoholabhängigkeit entsprechend den ICD-10-Kriterien

Für eine diagnostische Abklärung entsprechend den ICD-10-Kriterien in der Praxis eignen sich die folgenden 6 spezifischen Fragen:

1. Spüren Sie (häufig) einen starken Drang, eine Art unbezwingbares Verlangen, Alkohol zu trinken?
2. Kommt es vor, dass Sie nicht mehr aufhören können zu trinken, wenn Sie einmal begonnen haben?
3. Trinken Sie manchmal morgens, um eine bestehende Übelkeit oder das Zittern (z. B. Ihrer Hände) zu lindern?
4. Brauchen Sie zunehmend mehr Alkohol, bevor Sie eine bestimmte (die gewünschte) Wirkung erzielen?
5. Ändern Sie Tagespläne, um Alkohol trinken zu können bzw. richten Sie den Tag so ein, dass Sie regelmäßig Alkohol konsumieren können?
6. Trinken Sie, obwohl Sie spüren, dass der Alkoholkonsum Ihnen körperlich, psychisch oder sozial schadet?

Eine Alkoholabhängigkeit liegt vor, wenn mindestens drei dieser Kriterien einen Monat oder innerhalb von zwölf Monaten wiederholt auftraten.

Fragebogen für den Patienten zur Einschätzung des Ausmaßes des Alkoholkonsums und des Konsumverhaltens - Ermittlung des riskanten Alkoholkonsums

Fragebogen zum Alkoholkonsum

Bitte beantworten Sie kurz die folgenden Fragen zu Ihrem Alkoholkonsum:

■ An wie vielen Tagen pro Woche trinken Sie Alkohol?

– Tage pro Woche

■ Was trinken Sie in der Regel, und wie viel trinken Sie, wenn Sie Alkohol trinken?

– Was

– Wie viel?

■ Seit wann trinken Sie Alkohol in den angegebenen Mengen

Wenn Sie männlichen Geschlechts sind:

■ Wie häufig trinken Sie mehr als etwa 3 Flaschen Bier (0,5 l)

■ oder eine 0,7-Liter-Flasche Wein?

Wenn Sie weiblichen Geschlechts sind:

■ Wie häufig trinken Sie mehr als etwa 2 kleine Flaschen Bier (0,33 l)

■ oder 2 Gläser Wein?

■ Welches war die größte Menge, die Sie bei einem Trinkanlass im letzten Monat getrunken haben?

– Wieviel getrunken?

(Quelle: BZGA, Kröger & Piontek, 2011)

Aufklärungsbroschüren, Information, Selbsthilfemaßnahmen zum Thema Alkohol

Aufklärungsbroschüren

Folgende Broschüren können kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), <http://www.kenn-dein-limit.de/alkohol-beratung/>)

Alles Klar, Tipps & Infos für den verantwortungsvollen Umgang mit Alkohol. Mit Selbst-Test, Bestell-Nr. 32010000

Alkoholfrei leben, Rat und Hilfe bei Alkoholproblemen, Bestell-Nr. 32011000

Von Tag zu Tag, Trinktagebuch, Bestell-Nr. 32022000

Auf dein Wohl, mein Kind, Ein Ratgeber zum Thema Alkohol für werdende Eltern, Bestell-Nr. 32041000

Alkohol – reden wir darüber!, Ein Ratgeber mit alltagspraktischen Informationen, Tipps und Unterstützungsangeboten für die Eltern im Hinblick auf möglichen Alkoholkonsum ihrer heranwachsenden Kinder. Bestell-Nr. 32101900

NA TOLL! – Jugendbroschüre. Zum kritischen Umgang mit Alkohol, Bestell-Nr. 32101000

Kinder stark machen – zu stark für Drogen, Dreiteilige Informationsreihe zur Suchtvorbeugung für Eltern, Bestell-Nr. 33710000

Ja – ich werde rauchfrei, Eine praktische Anleitung für ein rauchfreies Leben, Bestell-Nr. 31350000

Ich bekomme ein Baby – rauchfrei, Ratgeber für Schwangere und ihre Partner, Bestell-Nr. 31500000

Das Baby ist da – rauchfrei, Ratgeber für junge Mütter und Väter, Bestell-Nr. 31510000

Medienübersicht zur Suchtprävention, Übersicht über alle bei der BZgA erhältlichen Medien zur Suchtvorbeugung, mit Bestell-Liste, Bestell-Nr. 33110100

Selbsthilfe- und Abstinenzverbände mit Selbsthilfegruppen für Alkoholabhängige und ihre Angehörigen:

Anonyme Alkoholiker (AA), Interessengemeinschaft e. V.: Postfach 11 51, 84122 Dingolfing; Tel.: 08731 32573-0, Fax: 08731 32573-20, sekretariat@anonyme-alkoholiker.de, www.anonyme-alkoholiker.de

Al-Anon Familiengruppen: Emilienstr. 4, 45128 Essen, Tel.: 0201 773007, Fax: 0201 773008, ZDB@Al-Anon.de, www.al-anon.de

Freundeskreis der Suchtkrankenhilfe Bundesverband e. V.: Kurt-Schumacher-Str. 2, 34117 Kassel; Tel.: 0561 780413, Fax: 0561 711282; mail@freundeskreise-sucht.de, www.freundeskreise-sucht.de

Blaues Kreuz in der Evangelischen Kirche, Bundesverband e. V.: Julius-Vogel-Straße 44, 44149 Dortmund, Tel.: 0231 5864132, Fax: 0231 5864133, bke@blaues-kreuz.org, www.blaues-kreuz.org,

Blaues Kreuz in Deutschland e. V.: Freiligrathstr. 27, 42289 Wuppertal, Tel.: 0202 62003-0, Fax: 0202 62003-81; bkd@blaues-kreuz.de, www.blaues-kreuz.de,

Guttempler in Deutschland: Adenauerallee 45, 20097 Hamburg, Tel.: 040 245880, Fax: 040 241430; info@guttempler.de, www.guttempler.de Kreuzbund e. V.

Selbsthilfe- und Helfergemeinschaft für Suchtkranke und deren Angehörige, Postfach 18 67, 59008 Hamm, Tel.: 02381 67272-0 oder 01805 410450, Fax: 02381 67272-33, info@kreuzbund.de, www.kreuzbund.de

Fagerström-Test zur Nikotinabhängigkeit

Bitte beantworten Sie kurz die folgenden Fragen zu Ihrem Nikotinkonsum und zählen Sie anschließend die Punkte Ihrer Antworten zusammen:

1. Wann nach dem Aufstehen rauchen Sie Ihre erste Zigarette?

- ☐ nach 5 Minuten (3 Punkte)
- ☐ nach 6–30 Minuten (2 Punkte)
- ☐ nach 31–60 Minuten (1 Punkt)
- ☐ nach mehr als 60 Minuten (0 Punkte)

2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist, das Rauchen zu unterlassen?

- ☐ Ja (1 Punkt)
- ☐ Nein (0 Punkte)

3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

- ☐ die erste am Morgen (1 Punkt)
- ☐ andere (0 Punkte)

4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie im Allgemeinen pro Tag?

- ☐ 31 und mehr (3 Punkte)
- ☐ 21–30 (2 Punkte)
- ☐ 11–20 (1 Punkt)
- ☐ bis 10 (0 Punkte)

5. Rauchen Sie am Morgen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- ☐ Ja (1 Punkt)
- ☐ Nein (0 Punkte)

6. Kommt es vor, dass Sie rauchen, wenn Sie krank sind und tagsüber im Bett bleiben müssen?

- ☐ Ja (1 Punkt)
- ☐ Nein (0 Punkte)

Gesamt: _____ Punkte

Auswertung des Fagerström-Tests

- 0–2 Punkte sprechen für eine geringe körperliche Abhängigkeit.
- 3–4 Punkte sprechen für eine mittlere körperliche Abhängigkeit.
- 5–6 Punkte sprechen für eine starke körperliche Abhängigkeit.
- 7–10 Punkte sprechen für eine sehr starke Abhängigkeit.

Hinweise zum Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit

Der Fagerström Test (FTND-G, Schumann 2002) – eigentlich Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit – kann entweder schriftlich in Form eines Kurzfragebogens erfolgen, der von einer Person selbst ausgefüllt werden kann oder die Fragen werden im Gespräch gestellt. Die Gesamtpunktzahl liefert eine zuverlässige Einschätzung der Stärke der Tabakabhängigkeit.

Ein Punktwert >4 und insbesondere ein Zigarettenkonsum von >21 Stück pro Tag sowie ein sehr früher Konsum im Tagesverlauf (bald nach dem Aufstehen) gilt als Indikator für eine schwere Abhängigkeit (Heatherton 1991; Schumann 2002).

Der Grad der Abhängigkeit ist u. a. von der Zahl der täglich gerauchten Zigaretten (Zigarren, Pfeife), dem Zeitpunkt der morgendlich gerauchten Zigarette und dem Raucher-Tagesprofil, der Inhalationstiefe und der verwendeten Zigarettenmarke abhängig (DGPPN 2004).

Diagnostische Abklärung von Nikotinabhängigkeit entsprechend den ICD-10-Kriterien

Für eine diagnostische Abklärung entsprechend den ICD-10 Kriterien eignen sich in der Praxis die folgenden Fragen:

1. Spüren Sie (häufig) einen starken Drang, eine Art unbezwingbares Verlangen, zu rauchen?
2. Haben Sie nur eine eingeschränkte Kontrolle über den Zeitpunkt des Beginns und Aufhörens sowie der Menge des Rauchens?
3. Haben Sie Entzugserscheinungen wie zum Beispiel Gereiztheit, Nervosität, Zittern, vermehrter Appetit, wenn Sie das Rauchen einschränken oder beenden möchten?
4. Müssen Sie zunehmend mehr oder in kürzeren Intervallen rauchen, um eine gleichbleibende Wirkung des Rauchens zu erzielen bzw. die oben genannten Entzugssymptome des Zigarettenkonsums zu verhindern?
5. Ändern Sie Tagespläne, um rauchen zu können bzw. richten Sie den Tag so ein, dass Sie regelmäßig rauchen können?
6. Rauchen Sie, obwohl Sie spüren, dass dies Ihnen körperlich, psychisch oder sozial schadet?

Eine Tabakabhängigkeit liegt vor, wenn mindestens drei dieser Kriterien einen Monat oder innerhalb von zwölf Monaten wiederholt auftreten. Bei Betroffenen sollte zusätzlich ein Screening auf somatoforme Störungen, Depressionen oder Angststörungen durchgeführt werden, da bei vielen Menschen mit einer Abhängigkeitsproblematik häufig zusätzliche komorbide psychische Erkrankungen bestehen (Jacobi et al. 2004).

Aufklärungsbroschüren, Informationen, Selbsthilfemaßnahmen zum Thema Rauchen

Aufklärungsbroschüren

Folgende Broschüren können kostenlos bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) bestellt werden (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), www.bzga.de/Service oder www.rauchfrei-info.de)

Ja, ich werde rauchfrei, Bestellnummer: 31350000

Nichtraucherkalender für die ersten 100 Tage, Bestellnummer 31350003

Telefonberatung zur Raucherentwöhnung, Bestellnummer 31350018

Rauchfrei in der Schwangerschaft - Ich bekomme ein Baby, Bestellnummer 31500000

Rauchfrei am Arbeitsplatz - Ein Leitfaden für Betriebe, Bestellnummer 31040000

Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern, Bestellnummer 31192000

Vorsicht Wasserpfeife, Bestellnummer 31603002

Organisationen

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln, www.bzga.de, Postfach 91 01 52, 51071 Köln:

- BZgA-Telefonberatung zur Raucherentwöhnung, Telefon: 01805 313131
- „Das rauchfrei Ausstiegsprogramm“ - E-Mail Coaching als Hilfe zum Nichtrauchen:
www.rauchfrei-info.de/aufhoeren/registrieren-fuer-das-ausstiegsprogramm

Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS), www.dhs.de, Rubrik „Einrichtungssuche“, Postfach 1369, 59003 Hamm, Telefon: 02381 9015-0

Hilfreiche Internetadressen zum Thema Schizophrenie und Diabetes

- The British Journal of Psychiatry: Sonderheft zum Thema „Schizophrenia and Diabetes“, 2004, Band 184, Ausgabe 47: <http://bjp.rcpsych.org/content/184/47.toc>
- Journal of Clinical Psychiatry: Sonderheft zum Thema “Strategies to Integrate Physical Health Care Into Mental Health”, 2007: Band 68, Supplement 4: <http://www.psychiatrist.com/pastppp/tocs.asp?toc=t68s04>
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde: <http://www.dgppn.de/>
- Behandlungsleitlinie Schizophrenie Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, Hrsg.) 2006 (Kurzversion): <http://www.dgppn.de/publikationen/leitlinien/leitlinien1.html>
- American Psychiatric Organisation: <http://www.psych.org>
- PsychiatryOnline: Clinical Practise Guidelines: Treatment of patients with schizophrenia (2004): <http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28§ionid=1665359>

Checkliste zur Früherkennung eines erhöhten Psychoserisikos

	ja
1. Ziehen Sie sich vermehrt von anderen Personen zurück?	☐
2. Fühlen Sie sich bedrückt, traurig oder niedergeschlagen?	☐
3. Ist Ihre allgemeine Fitness reduziert, der Schlaf gestört oder der Appetit beeinträchtigt?	☐
4. Bewegen Sie sich langsamer, spüren Sie eine Zähigkeit oder Schwere in der Bewegung oder im Sprechen?	☐
5. Hat Ihre Ausdauer, Motivation oder Leistungsfähigkeit nachgelassen?	☐
6. Müssen Sie andauernd über bestimmte Dinge nachgrübeln?	☐
7. Haben Sie Schwierigkeiten, Kontakt mit anderen Menschen aufzunehmen?	☐
8. Wird Ihr Verhalten von anderen Menschen manchmal als merkwürdig oder auffällig bezeichnet?	☐
9. Haben Sie den Eindruck, dass andere Sie hereinlegen, ausnutzen oder betrügen wollen?	☐
10. Fühlen Sie sich häufig nervös, unruhig oder angespannt?	☐
11. Kommt Ihnen manchmal Ihre gewohnte Umgebung verändert, unwirklich oder fremd vor?	☐
12. Haben Sie sich mit ungewöhnlichen, geheimnisvollen oder übernatürlichen Dingen beschäftigt?	☐
13. Hat sich Ihr Denken verändert, brechen Gedankengänge ab oder werden gestört?	☐
14. Sehen oder hören Sie manchmal Dinge, die andere nicht wahrnehmen können?	☐
15. Fühlen Sie sich von anderen beobachtet, ausgelacht, verfolgt oder bedroht?	☐

Abdruck der online verfügbaren, interaktiven Version der Checkliste zur Früherkennung eines erhöhten Psychoserisikos. Die Instruktion bittet um Ja-Antworten durch Anklicken des rechten Kästchens, wenn das genannte Symptom irgendwann während der letzten 12 Monate vorhanden war oder aktuell vorliegt. Nach „Absenden“ erfolgt eine Rückmeldung, die geleitet von den Angaben das weitere diagnostische Vorgehen vorschlägt.

Quelle: Früherkennungsambulanz für Psychosen (Leitung Prof. Dr. M. Zink) am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim. Link zur Homepage: <http://www.zi-mannheim.de/checkliste.html>

Informationen für Betroffene

Stadien der Alzheimer-Erkrankung

- Die Alzheimer Krankheit beginnt in jungen Jahren mit ersten „**Alzheimer-Veränderungen**“ im Gehirn, sogenannten Amyloid-Plaques, also Flecken bzw. Kugeln aus schwer löslichem Eiweiß (beta-Amyloid) zwischen den Nervenzellen und fädigen Veränderungen in den Nervenzellen (Neurofibrillen). Erst nach vielen Jahrzehnten und ausgeprägten Nervenzellverlusten kommt es zu ersten Beschwerden (Symptomen).
- Die **ersten Anzeichen** sind vieldeutig und schwer fassbar. Eine beginnende Demenz kann auch ihren Schatten in Form von körperlicher Erschöpfung, anderen internistischen Erkrankungen oder einer Depression vorauswerfen. Am häufigsten klagen die Patienten zunächst über eine Vergesslichkeit und durchschreiten ein Stadium leichter Defizite (mild cognitive impairment, MCI), das sich keineswegs immer zu einer Demenz entwickeln muss.
- Von einer Demenz spricht man erst, wenn der Mensch deutlich an geistiger Leistungsfähigkeit verliert und zunächst bei schwierigen, dann bei immer einfacheren Anforderungen des täglichen Lebens **Unterstützung benötigt**, die er früher selbst bewältigen konnte. Viele Erkrankungen können Ursache einer Demenz sein. Beim älteren Menschen liegen so gut wie immer erhebliche Alzheimer-Veränderungen des Gehirns vor, die mit anderen nachteiligen Veränderungen vermischt sind, z. B. mit Durchblutungsstörungen. Sind keine weiteren Ursachen erkennbar, darf man davon ausgehen, dass Alzheimer die Ursache der Beschwerden darstellt. Dann spricht man von einer „Alzheimer Demenz“.
- **Im frühen Stadium** fällt vor allem eine Einschränkung der Merkfähigkeit auf. Alltagsaufgaben sind schwerer zu bewältigen. Es kommen Wortfindungsstörungen hinzu. Auch Unsicherheiten bei der zeitlichen und räumlichen Orientierung sind zu beobachten.
- **Im mittleren Stadium** ist das Neugedächtnis beeinträchtigt. Das biographische Gedächtnis ist noch teilweise erhalten. Die Orientierung ist gestört, sodass Situationen als bedrohlich empfunden werden können. Betroffene kommen auch bei manchen einfacheren Aufgaben nicht mehr ohne Hilfe im Alltag aus.
- **Im späten Stadium** sind alle kognitiven Bereiche betroffen. Das Sprachverständnis ist schwer beeinträchtigt. Die Betroffenen benötigen zum Beispiel Hilfe bei Versorgung und Körperpflege. Nur Fragmente von früher Gelerntem bleiben übrig, selbst enge Verwandte werden nicht mehr erkannt.

Wann sollte ich zum Arzt gehen?

- Vergesslichkeit
Viele Menschen vergessen Termine, Telefonnummern, Namen und ähnliches. Kommt dies häufig vor und fällt dies auch dem Umfeld der Person auf, könnte eine **Gedächtnisstörung** die Ursache sein. Wenn man häufig Dinge insbesondere an Orte verlegt, wohin sie nicht gehören, ist das ebenso ein Zeichen geminderter Gedächtnisleistung.
- Bei Demenz treten häufig **Wortfindungsstörungen** auf. Das bedeutet, dass einem die richtigen Begriffe nicht einfallen und man stattdessen unpassende Füllwörter oder erfundene Wörter verwendet.
- Orientierungsstörung
Wenn man häufiger sein geparktes Auto nicht mehr wieder findet, wenn man sich beim Spaziergehen oder in ungewohnter Umgebung häufiger **nicht mehr zurechtfindet**, können Orientierungsstörungen die Ursache sein, die bei einer Demenz häufig auftreten.
- Verhaltens- und Persönlichkeitsveränderungen im Alter
Plötzliche **Wesensänderungen**, entgegen früherer Gewohnheiten, können Hinweise auf eine Demenz sein, beispielsweise im Kontakt mit anderen, beim Konsum von Alkohol, beim Geldausgeben, usw. Eine Veränderung hin zu enthemmtem, aggressivem oder sozial unverträglichem Verhalten kann auch durch eine Demenz verursacht werden.
- Mangelnde Eigeninitiative
Der **Antrieb**, Aktivitäten in Alltag, Arbeit und Freizeit zu planen und zu unternehmen, schwankt bei allen Menschen. Ein stark verringertes Interesse daran tritt zwar beispielsweise auch bei einer Depression auf, kann jedoch auch eines der ersten Symptome einer beginnenden Demenz sein.

Die sieben Warnzeichen der Demenz (nach dem US-amerikanischen National Institute on Aging)

1. Der oder die Betroffene wiederholt immer wieder die **gleiche Frage**.
2. Der oder die Betroffene erzählt immer wieder die **gleiche kurze Geschichte**.
3. Der oder die Betroffene weiß nicht mehr, wie bestimmte **alltägliche Verrichtungen** wie Kochen, Kartenspiel, Handhabung der TV-Fernbedienung gehen.
4. Der oder die Betroffene hat den **sicheren Umgang mit Geld**, Überweisungen, Rechnungen und Ähnlichem verloren.

5. Der oder die Betroffene **findet viele Gegenstände nicht mehr** oder legt sie an ungewöhnliche Plätze (unabsichtliches Verstecken) und verdächtigt andere Personen, den vermissten Gegenstand weggenommen zu haben.
6. Der oder die Betroffene **vernachlässigt anhaltend sein Äußeres**, bestreitet dies aber.
7. Der oder die Betroffene antwortet auf Fragen, indem er die ihm gestellte **Frage wiederholt**.

Behandelbare Risikofaktoren der (Alzheimer-)Demenz

— Bewegungsmangel und Fettleibigkeit.

Bewegungsmangel und Adipositas stellen in der westlichen Welt die mit Abstand wichtigsten behandelbaren Risikofaktoren dar! Sie sind häufig mit weiteren Risiken verbunden: Depression, Rauchen, Bluthochdruck und Diabetes mellitus.

— Diabetes mellitus

Eine Erkrankung an Diabetes mellitus erhöht das Risiko einer Demenz um 50–200 %. Dabei gilt: Je länger ein unbehandelter Diabetes besteht, desto stärker sind die kognitiven Defizite, die oftmals erst Jahre nach Beginn der Diabeteserkrankung folgen.

— Bluthochdruck

Personen, die im mittleren Lebensalter einen unbehandelten hohen Blutdruck aufweisen, haben ein deutlich erhöhtes Risiko einer Demenz im Alter.

— Rauchen

Rauchen ist ein wichtiger Risikofaktor für Demenz, wie inzwischen in mehreren Studien belegt werden konnte. Es erhöht das Risiko einer Alzheimer Demenz um etwa 60 %. Wer aufhört, hat dennoch gute Chancen, sein Risiko zu senken, denn je länger der Zigarettenkonsum zurückliegt, desto mehr nimmt das Risiko durch das Rauchen wieder ab.

— Depression

Depressive Erkrankungen im frühen und mittleren Lebensalter steigern das Demenzrisiko um das Doppelte. Insbesondere wiederholte und lange unbehandelte depressive Episoden sind schädlich für das Gehirn. Als Betroffener sollte man sich bei einer Depression daher möglichst früh Hilfe suchen und behandeln lassen.

— Kopfverletzungen

Langfristig können wiederholte Hirnverletzungen wie z. B. durch ein Schädel-Hirn-Trauma kognitive Leistungen wie Gedächtnis, Konzentrationsfähigkeit und Informationsverarbeitungsgeschwindigkeit beeinträchtigen. Das Boxen, das die direkte Schädigung des Gegners zum Ziel hat, ist eine besonders riskante Betätigung. Auch wiederholte Erschütterungen bei Kopfbällen im Fußball verursachen kleinste Verletzungen von Hirngewebe und Blutgefäßen, die langfristig das Risiko geistiger Leistungseinschränkungen erhöhen können.

Das Gehirn stärken

— Ernährung

Mediterrane Kost mit viel Obst und Gemüse, wenig tierischen Fetten, Fisch statt Fleisch, Olivenöl und der Verzicht auf zuckerhaltige Getränke können die Kompensationsfähigkeit des Gehirns gegenüber den pathophysiologischen Veränderungen bei Demenz erhöhen und den Erkrankungsbeginn so hinauszögern.

— Bewegung

Körperliche Aktivität kann den Alterungsprozess und womöglich die Mechanismen bei Demenz günstig beeinflussen. Regelmäßiger moderater Ausdauersport scheint in dieser Hinsicht am günstigsten zu sein.

— Geistige Reserve

Intelligenz, Schulbildung, Ausbildung, Beruf und soziale Interaktionen haben mit der so genannten „geistigen Reserve“ zu tun. Menschen mit hoher geistiger Reserve tolerieren mehr pathologische Hirnveränderungen, wie sie bei Demenz vorkommen, ehe sie Symptome entwickeln. Menschen mit höherer Ausgangsleistung zeigen jedoch auch einen steileren Abfall ihrer geistigen Fähigkeiten, wenn die Demenzschwelle überschritten ist. Wahrscheinlich beschreibt die geistige Reserve also eine Kompensationsfähigkeit beginnender Defizite, die durch anregende und vielseitige geistige Betätigung trainiert werden kann. Keinen Nutzen haben vermutlich hingegen einseitiges „Gehirnjogging“ und das Lösen von Kreuzworträtseln.

Psychosoziale Unterstützung

Neben der medikamentösen Therapie ist die „nichtmedikamentöse“ Behandlung ein wichtiger Bestandteil des Therapiekonzepts.

- **Gedächtnistraining** ist nur im leichten Demenzstadium von Vorteil und nur, wenn der Patient Gefallen daran hat. Übungen, die eine Verbesserung konkreter Alltagsfähigkeiten zum Ziel haben und mehrere Lernebenen (Sehen, Sprechen, Motorik, Berühren) umfassen, haben positive Auswirkungen.

- Eine **Erleichterung der Orientierung** durch eine Umgebungsgestaltung mit Hilfen zur Orientierung, beispielsweise große Uhren, Fotos mit Namen, Hinweisschildern mit Symbolen und Bildern, Kalender mit markierten Tagen, ist ebenfalls in leichten bis mittleren Demenzstadien sinnvoll.
- Bei der **Erinnerungstherapie** dienen Fotos, Musik, Speisen und ähnliches als „Anker“ für die verblassende Erinnerung des Patienten an seine Lebensgeschichte.
- Vor allem bei sehr alten Patienten kann es hilfreich sein, die **Gültigkeit der Welt des Kranken** in den Mittelpunkt zu stellen. Dabei sollen besonders die Gefühle des Patienten validiert werden.
- **Verhaltenstherapeutische Ansätze** fördern die Wahrnehmung noch vorhandener Fähigkeiten, anstatt sich auf die Schwachstellen zu konzentrieren. Der Patient soll mit positiver Bestätigung und angenehmen Erfahrungen bestärkt werden.
- Eine hohe Bedeutung hat auch das therapeutische Milieu, das die gesamte **Alltagsgestaltung** der Patienten betrifft. Das Umfeld des Patienten, das seinen Fähigkeiten und Defiziten Rechnung tragen sollte, wird idealerweise immer wieder an das Krankheitsstadium und die veränderten individuellen Bedürfnisse angepasst.

Hilfreiche Adressen

Deutsche Alzheimer-Gesellschaft

www.deutsche-alzheimer.de

Informationen zur Alzheimer-Erkrankung, Hilfe für Angehörige und Erkrankte, Online-Beratung, Internet-Forum und weitere Links
Alzheimer-Telefon: 01803/171017 (9 Cent/Minute)

Hirnliga e.V. (Deutschlands Alzheimer-Forscher)

www.hirnliga.de

Adressen der Gedächtnissprechstunden und Memory Kliniken in Deutschland

Patientenschulung bei Diabetes

- Inhalte der Diabetesschulung für Patienten mit Typ-1-Diabetes
- Inhalte der Diabetesschulung für Patienten mit Typ-2-Diabetes
- Basisschulungs- und Behandlungsprogramme
- Problemspezifische Schulungs- und Behandlungsprogramme
- Literaturverzeichnis

Inhalte der Diabetesschulung für Patienten mit Typ-1-Diabetes

Bei der Therapie des Typ-1-Diabetes müssen die Patienten die wesentlichen Therapiemaßnahmen (in der Regel mehrmals tägliche Insulin-substitution, Hypoglykämieprophylaxe usw.) entsprechend den individuellen Therapiezielen selbstverantwortlich umsetzen. Der Therapieerfolg und die Prognose der Menschen mit Typ-1-Diabetes sind deshalb sehr stark von ihren Fähigkeiten zur Selbstbehandlung abhängig.

Ein strukturiertes Schulungsprogramm für Patienten mit Typ-1-Diabetes soll folgende Inhalte aufweisen:

1. Hilfestellung zur Krankheitsakzeptanz, Aufbau einer adäquaten Behandlungsmotivation, Unterstützung zum eigenverantwortlichen Umgang mit dem Diabetes (Empowerment)
2. Formulierung und Bewertung von individuellen Therapiezielen orientiert an den Therapie-Leitlinien
3. Vermittlung von Kenntnissen über die Grundlagen der Erkrankung (Ursachen, klinische Merkmale, Verlauf und Prognose etc.)
4. Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Behandlung der Erkrankung (Prinzipien der Insulintherapie, Anpassung der Insulindosis etc.)
5. Erlernen von Selbstkontrollmaßnahmen sowie deren Dokumentation und Interpretation
6. Erkennung, Behandlung und Prävention von Akutkomplikationen (Hypoglykämien, Hyperglykämien, Infekte etc.)
7. Erkennung, Behandlung und Prävention von diabetesassoziierten Risikofaktoren (z. B. Hypertonie, Tabakabusus etc.) für die Entwicklung von Folgeerkrankungen des Diabetes (Herzinfarkt, Schlaganfall, pAVK etc.)
8. Erkennung, Behandlung und Prävention von diabetischen Folgeerkrankungen (Nephropathie, Retinopathie, Neuropathie, diabetischer Fuß etc.)
9. Vermittlung von Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten bezüglich einer gesunden Ernährung im Kontext der Diabetesbehandlung (Blutglukosewirksamkeit verschiedener Nahrungsmittel, Abschätzung des Kohlenhydratgehalts sowie der Zusammensetzung von Nahrungsmitteln, Erarbeitung und praktisches Einüben eines Ernährungsplanes unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgewohnheiten und der Therapieform etc.)
10. Vermittlung von Kenntnissen und praktischen Fertigkeiten bezüglich der Auswirkung von körperlicher Aktivität auf die Blutglukoseregulation (Insulinbedarf, Hypoglykämien, Hyperglykämien, Planung von körperlicher Aktivität etc.)
11. Erarbeitung von Problemlösestrategien für besondere Situationen (Reisen, Krankheit, Diskobesuch, Ausschlafen etc.)
12. Umgang mit Diabetes in der Partnerschaft (Unterstützungsmöglichkeiten, Umgang mit Konflikten etc.)
13. Hilfestellung zum erfolgreichen Umgang mit Erschwernissen der Diabetestherapie im Alltag (Motivationsprobleme, mangelnde Kontrollierbarkeit der Blutglukosewerte, familiäre, berufliche Probleme etc.)
14. Vermittlung von Kenntnissen zur Sexualität, Kontrazeption, Familienplanung im Zusammenhang mit dem Diabetes (Vererbung, mögliche Risiken etc.)
15. Vermittlung von Informationen über sozialrechtliche Aspekte des Diabetes (Beruf, Führerschein, Versicherungen etc.)
16. Vermittlung von Informationen über praktische Hilfestellungen für eine erfolgreiche Diabetestherapie (Selbsthilfegruppen, Bücher, Internetadressen etc.)
17. Kontrolluntersuchungen (Gesundheitspass Diabetes) und Nutzung des Gesundheitssystems für einen gesundheitsbewussten Umgang mit dem Diabetes

Inhalte der Diabetesschulung für Patienten mit Typ-2-Diabetes

Ein strukturiertes Schulungsprogramm für Patienten mit Typ-2-Diabetes soll folgende Inhalte umfassen:

1. Hilfestellung zu adäquatem Krankheitserleben und Motivation zur Behandlung, Unterstützung zum eigenverantwortlichem Umgang mit dem Diabetes (Empowerment)
2. Formulierung und Bewertung von individuellen, risikoadjustierten Therapiezielen orientiert an den Therapie-Leitlinien
3. Vermittlung von Kenntnissen über die Grundlagen der Erkrankung (Ursachen, klinische Merkmale, Verlauf und Prognose etc.)
4. Vermittlung von Kenntnissen und Fähigkeiten zur Behandlung der Erkrankung (Verhaltensmodifikation, Prinzipien der medikamentösen Diabetestherapie, Insulintherapie etc.)
5. Erlernen von Selbstkontrollmaßnahmen sowie deren Dokumentation und Interpretation
6. Erlernen von Selbstbeobachtungs-, Selbstbewertungs- und Selbstkontrollstrategien in Bezug auf diabetesrelevante Verhaltensweisen (Ernährung, Bewegung, Fußpflege etc.)
7. Erkennung, Behandlung und Prävention von Akutkomplikationen (Hypoglykämien, Hyperglykämien, Infekte etc.)
8. Erkennung, Behandlung und Prävention von diabetesassoziierten Risikofaktoren (Hyperlipidämie, Hypertonie, Tabakabusus etc.) für die Entwicklung von Folgeerkrankungen des Diabetes (Herzinfarkt, Apoplex etc.)
9. Erkennung, Behandlung und Prävention von diabetischen Folgeerkrankungen (Nephropathie, Retinopathie, Neuropathie, diabetischer Fuß etc.)
10. Vermittlung von Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten bezüglich einer gesunden Ernährung im Kontext der Diabetesbehandlung (Kaloriengehalt und Blutglukosewirksamkeit verschiedener Nahrungsmittel, der Abschätzung des Energiegehalts von Nahrungsmitteln, der Erarbeitung und dem praktischen Einüben eines Ernährungsplanes unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgewohnheiten und der Therapieform etc.)
11. Vermittlung von Kenntnissen und praktischen Fähigkeiten bezüglich der körperlichen Bewegung im Rahmen der Diabetesbehandlung (Vorteile von körperlicher Bewegung, günstige Bewegungsarten, Erarbeitung und praktisches Einüben eines Bewegungsplanes unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgewohnheiten, der Therapieform und des Gesundheitsstatus etc.)
12. Erarbeitung von Problemlösestrategien für besondere Situationen (Reisen, Krankheit, Ausschlafen etc.)
13. Hilfestellung zum erfolgreichen Umgang mit Erschwernissen der Diabetestherapie im Alltag (Motivationsprobleme, familiäre bzw. berufliche Probleme etc.)
14. Information über Vererbung, diabetesspezifische Risiken (Typ-2-Diabetesrisiko bei Kindern, Enkelkindern, präventive Möglichkeiten etc.)
15. Vermittlung von Informationen über sozialrechtliche Aspekte des Diabetes (Beruf, Führerschein, Schwerbehinderung, Versicherungen etc.)
16. Vermittlung von Informationen über praktische Hilfestellungen für eine erfolgreiche Diabetestherapie (Selbsthilfegruppen, Bücher, Internetadressen etc.)
17. Kontrolluntersuchungen (Gesundheitspass Diabetes) und Nutzung des Gesundheitssystems für einen gesundheitsbewussten Umgang mit dem Diabetes

Basisschulungs- und Behandlungsprogramme

Diese Programme werden unmittelbar nach der Diagnose, zur Therapieoptimierung oder bei einer Therapieumstellung sowie zur Wiederholungsschulung angeboten.

Typ-1-Diabetes

— Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie (Typ-1-Diabetes)

Für den Typ-1-Diabetes wurde Anfang der 80er Jahre von der Düsseldorfer Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Michael Berger das „Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierte Insulintherapie“ für den stationären Bereich entwickelt [Jörgens u. Grüßer 2009]. Es umfasst 12 Unterrichtseinheiten (à 90 min) und wird in der Regel in einem Zeitraum von 5–7 Tagen in Kleingruppen bis zu vier Personen umgesetzt. Dieses Schulungsprogramm wurde zur Einführung einer intensivierten Insulintherapie im stationären wie ambulanten Bereich evaluiert. In der Hauptevaluationsstudie (Bucharest-Düsseldorf Study), einer dreiarmligen, kontrollierten, nicht randomisierten Studie mit 300 Patienten und Nacherhebungen nach 3, 6, 12 und bis zu 24 Monaten konnte bei der intensivierten Gruppe, bei der eine Umstellung auf eine intensivierten Insulintherapie inklusive einer Schulung erfolgte, eine signifikante Reduktion des HbA_{1c} (12,3 % vs. 9,3 %) 1 Jahr bzw. (12,3 % vs. 9,5 %) 2 Jahre nach der Schulung, sowie einen signifikanten Wissenszuwachs nach 1 Jahr erzielt werden. Die Intensivierung der Insulintherapie ging nicht mit einem erhöhten Risiko schwerer Hypoglykämien einher. Die Anzahl schwerer Hypoglykämien und diabetischer Ketoazidosen konnte reduziert werden, ebenso die Häufigkeit und Dauer von Krankenhausaufenthalten (Mühlhauser et al. 1987) Evidenzgrad (EK) IIa). Ähnliche Ergebnisse (Reduktion des HbA_{1c}, Reduktion schwerer Hypoglykämien sowie von Krankenhausaufenthalten, Gewichtszunahme unter intensiver Therapie) zeigten sich auch in Beobachtungsstudien im stationären wie im ambulanten Setting (Mühlhauser et al. 1983, EK IIb, Pieber et al. 1995, EK IIb). Eine spezielle Analyse des Effekts des Schulungsprogramms ist aufgrund des Studiendesigns (keine Kontrollgruppe mit intensiver Insulintherapie ohne Schulungsprogramm) jedoch nicht möglich.

— LINDA: Selbstmanagement-Programm für Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes

LINDA ist ein modulares Programm zur Basisschulung für Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes. Die Schulung für Typ-1-Diabetes umfasst 12 Doppelstunden [Feulner-Krakow et al. 1997]. In einer Pilotstudie (Verlaufsstudie) und einer kontrollierten (methodisch jedoch problematischen) Evaluationsstudie konnte der HbA_{1c} signifikant reduziert werden, ohne Zunahme von Hypoglykämien (Krakow et al. 2004, EK IIb). Das Programm weist erhebliche inhaltliche Mängel, die Evaluationsstudie methodische Mängel auf, so dass LINDA von der DDG nicht anerkannt wurde.

Typ-2-Diabetes

— Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen

Auch das „Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen“ wurde von der Düsseldorfer Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Michael Berger entwickelt. Das Programm liegt seit 2009 in einer Neuauflage vor [Berger et al. 2010a]. Es umfasst 4 Unterrichtseinheiten und wird in Kleingruppen mit 4–10 Personen im ambulanten Setting geschult. In einer kontrollierten Studie zeigte sich bei den Teilnehmern ein Jahr nach der Schulung eine signifikante Reduktion des Gewichts (-2,7 kg) und der Triglyzeridspiegel (-0,77 mmol/l). In beiden Gruppen zeigte sich ein signifikanter Wissenszuwachs. Der durchschnittliche HbA_{1c} blieb in beiden Gruppen unverändert stabil. In der Interventionsgruppe wurden ein Jahr nach der Schulung mehr Patienten mit oralen Antidiabetika behandelt ebenfalls und führten mehr Patienten Urinzuckerselbstkontrollen durch. Die Unterschiede zwischen der Schulungs- und der Kontrollgruppe fiel für die Veränderungen beim Gewichts und den Triglyzeride sowie für das Diabeteswissen signifikant aus (Kronsbain et al. 1988, EK IIa) Im Rahmen der bundesweiten Einführung des Schulungs- und Behandlungsprogramms wurden die Kurse, die 1991 in Hamburg durchgeführt wurden, retrospektiv ausgewertet. Zum medianen Nacherhebungszeitpunkt von 5 Monaten (Range: 1–16 Monate) zeigte sich eine signifikante Reduktion des Gewichts (-2,8 kg) und des HbA_{1c} (-0,64 %). Zudem konnte die Tagesdosis der oralen Medikamente deutlich reduziert werden, was in erster Linie auf den Verzicht von Sulfonylharnstoffen (SU) zurückzuführen ist. (Grüßer et al. 1993, EK IIb).

— Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen (konventionelle Insulintherapie)

Dieses Schulungsprogramm ist für Patienten mit Typ-2-Diabetes mit einer konventionellen Insulintherapie konzipiert. Es besteht aus 5 Unterrichtseinheiten und wird in Kleingruppen bis 4 Personen im ambulanten Setting durchgeführt [Berger et al. 2010b]. Das ambulante Schulungsprogramm wurde in einer Beobachtungsstudie evaluiert. Zum medianen Nacherhebungszeitpunkt von 6 Monaten (Range: 1–12 Monate) zeigte sich eine deutlich verbesserte Blutzuckereinstellung mit einer HbA_{1c}-Reduktion von -1,5 %. Bei Patienten, die schon länger eine Insulintherapie praktizierten, ergab sich eine signifikante Gewichtszunahme (+0,6 kg) (Grüßer et al. 1996, EK IIb). In einer weiteren prospektiven Studie zeigte sich das Programm in der ambulanten Durchführung hinsichtlich der HbA_{1c} Reduktion als genauso effektiv wie eine stationäre Therapie und Schulung, allerdings ohne eine signifikante Gewichtszunahme (Müller et al. 1998, EK IIb).

■ **Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (praeprandiale Insulintherapie)**

Dieses Schulungsprogramm zielt auf Patienten mit Typ-2-Diabetes mit einer Insulintherapie, die entsprechend den Mahlzeiten und dem aktuellen Blutzuckerspiegel Dosisanpassungen mit Normalinsulin vornehmen. Es besteht aus 5 Unterrichtseinheiten und wird in Kleingruppen bis 4 Personen im ambulanten Setting durchgeführt. Bei zusätzlicher Gabe von Verzögerungsinsulin erhöht sich die Stundenzahl auf 6 Unterrichtseinheiten [Berger et al. 2011]. In einer Beobachtungsstudie zeigte sich eine signifikante HbA_{1c}-Reduktion (9,3 % auf 7,4 %) bei stabilem Körpergewicht (Kalfhaus u. Berger 2000, EK IIb).

■ **Mehr Diabetes-Selbstmanagement Typ 2: Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die nicht Insulin spritzen (MEDIAS 2 Basis)**

MEDIAS 2 Basis ist ein ambulantes Programm für die Schulung nicht-insulinpflichtiger Patienten mit Typ-2-Diabetes im mittleren Lebensalter. Es hat in der Langversion einen Umfang von 12, in der Kurzversion von 8 Kurseinheiten und wird im ambulanten Setting in Kleingruppen von 6–8 Personen umgesetzt [Kulzer et al. 2010]. MEDIAS 2 Basis wurde in einer dreiarmligen, randomisierten, kontrollierten Studie (N = 193, Alter 55,6 Jahre; Diabetesdauer 6,6 Jahre) hinsichtlich metabolischer Risikofaktoren, des Selbstbehandlungsverhaltens, sog. „Patient Reported Outcomes“ sowie sozioökonomischer Variablen evaluiert. Teilnehmer an der MEDIAS 2 Schulung erreichten eine Reduktion des HbA_{1c} um 0,7 %, des Nüchternblutzuckers um 14 mg/dl, des Gewichts um 2,6 kg und des BMI um 0,9 kg/m². Die Effekte der MEDIAS 2 Gruppenschulung waren im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant in Bezug auf den HbA_{1c}, den Nüchternblutzucker und den BMI. Bei den Lipiden zeigten sich nur beim Gesamtcholesterin in der MEDIAS 2 Gruppe eine signifikante Reduktion, wobei der Unterschied zwischen den Gruppen nicht signifikant war. Neben der klinisch bedeutsamen Verbesserung der metabolischen Risikofaktoren zeigten sich in allen Gruppen auch Verbesserungen bei der Umsetzung der Therapie (Harn- oder Blutzuckerselbstkontrolle, Fußpflege, Bewegung) wobei die Steigerung hinsichtlich der körperlichen Bewegung in der MEDIAS 2 Gruppe signifikant stärker ausfiel als in der Kontrollgruppe. Bezüglich des Diabeteswissens erreichten die Teilnehmer aller Gruppen eine signifikante Verbesserung. Hinsichtlich der psychischen Befindlichkeit (Ängstlichkeit, Depressivität) zeigten sich nur bei Patienten der MEDIAS 2 Schulung signifikante Verbesserungen (Kulzer u. Hermanns 2001, EK Ib; Kulzer et al. 2007, EK Ib).

■ **Mehr Diabetes-Selbstmanagement Typ 2: Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen (MEDIAS 2 ICT)**

MEDIAS 2 ICT ist ein strukturiertes Programm für die Schulung von Patienten mit Typ-2-Diabetes im mittleren Lebensalter und einer intensivierten Insulintherapie. MEDIAS 2 ICT umfasst 12 Kurseinheiten und wird in Kleingruppen (4–8 Teilnehmer) im ambulanten Setting durchgeführt [Kulzer et al. 2011]. MEDIAS 2 ICT wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie evaluiert (Überprüfung auf Non-Inferiorität gegen aktive Kontrollschulung mit etablierten Schulungsprogrammen). Beide Schulungsansätze führten zu einer signifikanten HbA_{1c}-Absenkung (MEDIAS 2 ICT -0,6 % vs. KG -0,4 %), die Testung auf Superiorität zeigt keine Überlegenheit von MEDIAS 2 ICT. Teilnehmer an MEDIAS 2 ICT erzielten eine signifikante Verbesserung der gesundheitsbezogenen, körperlichen Lebensqualität, des Selbstbehandlungsverhaltens und eine Reduktion diabetesbezogener Belastungen. (Hermanns et al. 2012, EK Ib). Das Programm ist von der DDG und vom BVA zertifiziert.

■ **Diabetes II im Gespräch**

Das Gruppenschulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen, umfasst 15 Sitzungen und wird in 12 wöchentlichen Sitzungen und 3 Folgetreffen in Gruppen mit 8–12 Teilnehmern durchgeführt [Brinkmeier et al. 1998]. In einer Publikation wird von einer signifikanten Verringerung der HbA_{1c}-Werte und des BMI berichtet (Hartwig et al. 1999, EK III). Die Schulungsmaterialien sind im Handel nicht mehr erhältlich, das Programm ist nicht von der DDG zertifiziert.

■ **Diabetes und Verhalten**

Dieses patientenzentrierte, verhaltensmedizinische Gruppenschulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen, umfasst 5 Terminen Gruppenschulung (8–10 Patienten) sowie ein einleitendes, motivierendes Einzelgespräch und begleitende Einzelgespräche von Arzt und Patient zusammen. Die Behandlungsstufen werden gemeinsam mit den Patienten festgelegt und auf Effektivität durch Blutzuckerselbstmessungen überprüft [Brinkmeier et al. 2009]. In einer Multicenterstudie konnte nach sechs Monaten der Nüchternblutzucker signifikant von 198 mg/dl auf 143 mg/dl und der HbA_{1c} von 8,7 % auf 7,0 % gesenkt werden. Gewicht und Blutdruck der Patienten blieben stabil (Tewes et al. 2006, EK IIb). Das Programm ist wegen methodischer Schwächen nicht von der DDG zertifiziert.

■ **LINDA: Selbstmanagement-Programm für Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes**

LINDA ist ein modulares Programm zur Basisschulung für Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes. Die Kernschulung besteht aus 4 Modulen (4 Doppelstunden), welche je nach Therapieform um weitere Modulen (à 90 Minuten) ergänzt wird. Somit umfasst die Schulung für Typ-2-Diabetes ohne Insulin 4 Doppelstunden, mit konventioneller Insulintherapie oder Basalinsulin unterstützter oraler Therapie 5 Doppelstunden, und mit präprandialer Insulintherapie 6 Doppelstunden [Feulner-Krakow et al. 1997]. In einer kontrollierten, methodisch jedoch problematischen Evaluationsstudie zeigten sich positive Effekte auf den HbA_{1c}, den Blutdruck, das Diabeteswissen und die psychische Befindlichkeit (Krakow et al. 2004, EK IIb). Da das Programm erhebliche inhaltliche und die Evaluationsstudie methodische Mängel aufweist, wurde LINDA von der DDG nicht anerkannt.

— Fit bleiben und älter werden - Strukturiertes Schulungsprogramm (SGS) für Typ-2-Diabetiker im höheren Lebensalter, die Insulin spritzen

Das Programm „Fit bleiben und älter werden - Strukturiertes Schulungsprogramm SGS“ richtet sich an geriatrische Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen. Das Programm wurde gezielt auf die Besonderheiten des höheren Alters der Patienten zugeschnitten und ist sowohl im ambulanten als auch stationären Setting durchführbar. Das Programm umfasst 6 Sitzungen (à 45 Minuten) und wird in Kleingruppen von max. 6 Teilnehmern von einem Arzt und einem/r Diabetesberater/in durchgeführt [Zeyfang, Feucht et al., 2007]. In einer randomisierten, kontrollierten Schulung zeigte sich ein halbes Jahr nach der SGS-Schulung ein signifikanter Wissenszuwachs, eine effektive HbA_{1c}-Senkung, eine niedrigere Rate symptomatischer wie auch schwerer Hypoglykämien und eine hohe Selbständigkeit in der Durchführung der Diabetestherapie (Braun et al. 2009, EK Ib).

Literaturverzeichnis „Basisschulungs- und Behandlungsprogramme“

- Berger M, Grüßer M, Jörgens V (2011) Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (praeprandiale Insulintherapie). Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Berger M, Grüßer M, Jörgens V, Kronsbein P, Mühlhauser I (2010a) Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die nicht Insulin spritzen. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Berger M, Grüßer M, Jörgens V, Kronsbein P, Mühlhauser I (2010b) Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Insulin spritzen (konventionelle Insulintherapie). Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Braun AK, Kubiak T, Kuntsche J, Meier-Hofig M, Müller UA, Feucht I et al. (2009) SGS: a structured treatment and teaching programme for older patients with diabetes mellitus - a prospective randomised controlled multi-centre trial. *Age and Ageing*, 38, 390–396.
- Brinkmeier U, Frank M, Tewes U (1998) Diabetes II im Gespräch - Therapieprogramm für Typ-II-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag
- Brinkmeier U, Frank M, Tewes U, Tegtbur U (2009) Diabetes & Verhalten - Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen. (1. Auflage) Mainz: Kirchheim-Verlag
- Feulner-Krakow G, Krakow D (1997) LINDA - Diabetes-Selbstmanagementschulung. Das Selbstmanagement-Programm für Menschen mit Typ-1- oder Typ-2-Diabetes. Forchheim: Diabetespraxis Forchheim
- Grüßer M, Bott U, Ellermann P, Kronsbein P, Jörgens V (1993) Evaluation of a structured treatment and teaching program for non-insulin-treated type II diabetic outpatients in Germany after the nationwide introduction of reimbursement policy for physicians. *Diabetes Care*, 16, 1268–1275.
- Grüßer M, Hartmann P, Schlottmann N, Jörgens V (1996) Structured treatment and teaching programme for type 2 diabetic patients on conventional insulin treatment: evaluation of reimbursement policy. *Patient.Educ.Couns.*, 29, 123–130.
- Hartwig A, Tewes U, Brinkmeier U (1999) Die Bedeutung der fachlichen Qualifikation für den Erfolg in der Patientenschulung am Beispiel eines Programms zur verhaltensmedizinischen Behandlung von adipösen Typ-II-Diabetikern. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie*, 8, 65–72.
- Hermanns N, Kulzer B, Maier B, Mahr M, Haak T (2012) The effect of an education programme (MEDIAS 2 ICT) involving intensive insulin treatment for people with type 2 diabetes. *Patient.Educ.Couns.*, 86, 226–232.
- Jörgens V, Grüßer M (2009) Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivisierte Insulintherapie. (5. Auflage) Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Kalfhaus J, Berger M (2000) Insulin treatment with preprandial injections of regular insulin in middle-aged type 2 diabetic patients. A two years observational study. *Diabetes & Metabolism*, 26, 197–201.
- Krakow D, Feulner-Krakow G, Giese M, Osterbrink B (2004) Evaluation der LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung. *Diabetes und Stoffwechsel*, 13, 77–89.
- Kronsbein P, Mühlhauser I, Venhaus A, Jörgens V, Scholz V, Berger M (1988) Evaluation of a structured treatment and teaching programme on non-insulin-dependent diabetes. *The Lancet*, 17, 1407–1411.
- Kulzer B, Hermanns N (2001) „Mehr Diabetes Selbstmanagement Typ 2“: Ein neues Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit nicht-insulinpflichtigem Typ-2-Diabetes. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 14, 129–136.
- Kulzer B, Hermanns N, Maier B, Haak T, Reinecker H (2010) MEDIAS 2 - Mehr Diabetesselbstmanagement für Typ 2. Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 2 Diabetes, die nicht Insulin spritzen (Basis). 5. Auflage. Mainz: Kirchheim Verlag
- Kulzer B, Hermanns N, Maier B, Mahr M, Haak T, Reinecker H (2011) MEDIAS 2 - Mehr Diabetesselbstmanagement für Typ 2. Schulungs- und Behandlungsprogramm für Menschen mit Typ 2 Diabetes und einer intensivierten Insulintherapie (ICT). 1. Auflage. Mainz: Kirchheim Verlag
- Kulzer B, Hermanns N, Reinecker H, Haak T (2007) Effects of self-management training in Type 2 diabetes: a randomized, prospective trial. *Diabetic Medicine*, 24, 415–423.

- Mühlhauser I, Bruckner I, Berger M, Cheta D, Jörgens V, Ionescu-Tirgoviste C et al. (1987) Evaluation of an intensified insulin treatment and teaching programme as routine management of type 1 (insulin-dependent) diabetes. The Bucharest-Dusseldorf Study. *Diabetologia*, 30, 681–690.
- Mühlhauser I, Jörgens V, Berger M, Graninger W, Gurtler W, Hornke L et al. (1983) Bicentric evaluation of a teaching and treatment programme for type 1 (insulin-dependent) diabetic patients: improvement of metabolic control and other measures of diabetes care for up to 22 months. *Diabetologia*, 25, 470–476.
- Müller UA, Müller R, Starrach A, Hunger-Dathe W, Schiel R, Jorgens V et al. (1998) Should insulin therapy in type 2 diabetic patients be started on an out- or inpatient basis? Results of a prospective controlled trial using the same treatment and teaching programme in ambulatory care and a university hospital. *Diabetes & Metabolism*, 24, 251–255.
- Pieber TR, Brunner GA, Schnedl WJ, Schattenberg S, Kaufmann P, Krejs GJ (1995) Evaluation of a structured outpatient group education program for intensive insulin therapy. *Diabetes Care*, 18, 625–630.
- Tewes A, Frank M, Tegtbu U, Busse MW, Brinkmeier U (2006) Patientenzentrierte verhaltensmedizinische Schulung - Patienten mit insulinpflichtigem Typ-2-Diabetes profitieren unabhängig von ihrem Bildungsstand. *MMW Fortschr Med*, 148, 49.
- Zeyfang A, Feucht I, Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Geriatrie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (2007) Fit bleiben und älter werden mit Diabetes. Strukturiertes Schulungsprogramm (SGS) für Typ 2 Diabetiker im höheren Lebensalter. (1. Auflage). München: Elsevier (Urban & Fischer)

Problemspezifische Schulungs- und Behandlungsprogramme

— Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT)

Das BGAT ist ein strukturiertes Trainingsprogramm zur Verbesserung der Hypoglykämie-Wahrnehmung bei Patienten mit Typ-1-Diabetes. Das BGAT wird als Gruppen- oder Einzelschulung im ambulanten wie im stationären Bereich in 8 Sitzungen durchgeführt. BGAT liegt seit 1997 als deutschsprachige Version des Original-BGAT von Cox et al. vor [Fehm-Wolfsdorf et al. 1997]. In einer randomisierten kontrollierten Studie zeigte sich nach zwölf Monaten eine signifikante Reduktion der Häufigkeit von schweren Hypoglykämien bei stabilen HbA_{1c}-Werten. Das Erkennen hypo- und hyperglykämischer Blutglukosewerte und die Genauigkeit der Blutglukoseeinschätzung verbesserten sich statistisch signifikant stärker in der BGAT-Gruppe. Es zeigte sich ein verbessertes Wohlbefinden, weniger Ängste vor Hypoglykämien und eine höhere Selbstwirksamkeitserwartung (Schächinger et al. 2005, EK Ib).

— Hypoglykämie – Positives Selbstmanagement: Unterzuckerungen besser wahrnehmen, vermeiden und bewältigen (HyPOS)

HyPOS ist ein Schulungsprogramm für Patienten mit Diabetes und Hypoglykämieproblemen. Es besteht aus 5 Kursstunden und wird in Kleingruppen (4–6 Teilnehmer) durchgeführt. Ein wesentliches Element des Programms sind die Gruppendiskussionen, in denen persönliche Einstellungen der Teilnehmer besprochen, reflektiert und gegebenenfalls verändert werden sollen. HyPOS ist für den Einsatz in ambulanten diabetologischen Schwerpunktseinrichtungen konzipiert. Es liegt aber auch ein Curriculum für die Durchführung im stationären Bereich vor [Kulzer et al. 2006; Kulzer et al. 2008]. HyPOS wurde in einer randomisierten, kontrollierten Studie evaluiert. Zum 6-Monats-Follow-up verbesserte sich bei den Teilnehmern von HyPOS im Vergleich zur Kontrollgruppe die Hypoglykämiewahrnehmung signifikant, ebenso reduzierte sich signifikant bei stabilen HbA_{1c}-Werten der Anteil milder Hypoglykämien sowie der Anteil nicht erkannter Unterzuckerungen. Weiterhin zeigte sich ein signifikant verbesserter Umgang mit Hypoglykämien (frühere und effizientere Behandlung). Die Anzahl schwerer Unterzuckerungen reduzierte sich bei den HyPOS-Teilnehmern nach 6 Monaten deutlich von 0,9 auf 0,3 Ereignisse pro Patientenjahr, allerdings war die Differenz zur Kontrollgruppe nicht signifikant. In der 24-Monats-Katamnese reduzierte sich die Anzahl schwerer Unterzuckerungen jedoch signifikant stärker als in der KG auf 0,14 Ereignissen pro Patientenjahr, ebenfalls der Anteil von Personen mit schweren Hypoglykämien. Insgesamt reduzierte sich bei HyPOS das Risiko für das Auftreten einer schweren Unterzuckerung im Vergleich zur KG um 60 % (Hermanns et al. 2007, EK Ib; Hermanns et al. 2010, EK Ib).

— Strukturiertes Behandlungs- und Schulungsprogramm für Menschen mit Diabetes und einem diabetischen Fußsyndrom: Den Füßen zu liebe (BARFUSS)

Das BARFUSS Programm ist ein spezielles Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit diabetischem Fußsyndrom. Es umfasst 3 Kurseinheiten und wird ambulant in Kleingruppen durchgeführt [Anlauf-Wilhelm et al. 1999]. Zur Evaluation dieses Schulungsprogramms liegt eine nicht kontrollierte explorative Studie (Verlaufsbeobachtung) vor, in der objektive Veränderungen fußbezogener Variablen (Zustand der Füße, die praktizierte Fußpflege, das Wissen über die Füße, Belastung und Zufriedenheit mit den Füßen) sowie die Lebensqualität mit dem Diabetes vor und nach der Schulung erhoben werden. In der Nacherhebung nach 6 Monaten ergaben sich Verbesserungen in den folgenden Variablen: Im Fußbefund (erhoben durch Fachpersonal) zeigte sich eine signifikant bessere Sensibilität und weniger Druckstellen sowie eine verbesserte Haut- und Nagelpflege sowie weniger Hyperkeratosen. Bezüglich der von den Patienten selbst berichteten Fußpflege zeigte sich ein besseres Wissen und eine insgesamt bessere Fußpflege (Hirsch et al. 2004, EK Ib). Für das BVA ist diese Studie nicht für den Nachweis einer Wirksamkeit des BARFUSS-Schulungsprogramms ausreichend.

— DiSko-Schulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen)

Ergänzend zu den bisherigen Typ-2-Diabetes-Patientenschulungsprogrammen wurde eine einmalige erlebnisorientierte Bewegungsschulung (DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen) für Typ-2-Diabetiker entwickelt. Kernstück der 90minütigen Bewegungsschulung ist ein halbstündiger ärztlich geführter Spaziergang in Gruppen. Durch Blutzucker- und Pulsmessung vor und nach dem Spaziergang soll den teilnehmenden Typ-2-Diabetikern der positive Effekt von Bewegung unmittelbar verdeutlicht werden [Siegrist et al. 2004]. Die Wirksamkeit und Nachhaltigkeit der DiSko-Bewegungsschulung wurde in einer kontrollierten Studie untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass Typ-2-Diabetiker auch zwölf Monate nach der Schulung eine signifikant gesteigerte körperliche Aktivität mit Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit im 6-min-Gehtest aufwiesen. Nur in der DiSko-Gruppe zeigte sich eine Reduktion des Körpergewichts (-1,5 kg) und eine verbesserte Einschätzung des eigenen Körperzustandes. Kardiovaskuläre Risikoparameter ändern sich nicht signifikant, auch die Lebensqualität bleibt gleich. In einer Befragung bewerteten 80 % der befragten Referenten die Umsetzbarkeit der Schulung als gut bis sehr gut (Siegrist et al. 2007, EK Ib; Siegrist et al. 2009, EK Ib).

Literaturverzeichnis „Problemspezifische Schulungs- und Behandlungsprogramme“

- Anlauf-Wilhelm B, Fisch R, Gralki A, Schöning D, Schulze B, Zander A et al. (1999) Den Füßen zu liebe (BARFUSS) - Strukturiertes Behandlungs- und Schulungsprogramm für Menschen mit Diabetes und einem diabetischen Fußsyndrom. VDBD
- Fehm-Wolfsdorf G, Kerner W, Peters A (1997) Blutglukosewahrnehmungstraining für Typ 1 Diabetiker (BGAT). (deutsche Version des „Blood Glucose Awareness Training“ von Cox et al.). (1. Auflage) Lübeck: Lübecker Institut für Verhaltensmedizin

- Hermanns N, Kulzer B, Krichbaum M, Kubiak T, Haak T (2010) Long-Term Effect of an Education Program (HyPOS) on the Incidence of Severe Hypoglycemia in Patients With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 33, e36.
- Hermanns N, Kulzer B, Kubiak T, Krichbaum M, Haak T (2007) The effect of an education programme (HyPOS) to treat hypoglycaemia problems in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Metab Res.Rev.*, 23, 528–538.
- Hirsch A, Taiyeva O, Clever HU (2004) Evaluation der Schulung "Den Füßen zuliebe" für Risikopatienten nach 6 Monaten. *Diabetes und Stoffwechsel*, 13, 67–76.
- Kulzer B, Hermanns N, Krichbaum M, Kubiak T, Haak T (2008) HyPOS stationär - Unterzuckerungen besser wahrnehmen, vermeiden und bewältigen. Problemspezifisches Gruppenschulungs- und Behandlungsprogramm für insulinbehandelte Diabetiker mit Hypoglykämieproblemen zur Durchführung im stationären Setting. Mainz: Kirchheim
- Kulzer B, Hermanns N, Kubiak T, Krichbaum M, Haak T (2006) HyPOS - Unterzuckerungen besser wahrnehmen, vermeiden und bewältigen. Ein strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm für insulinpflichtige Diabetiker mit Hypoglykämieproblemen. Mainz: Kirchheim
- Schächinger H, Hegar K, Hermanns N, Straumann M, Keller U, Fehm-Wolfsdorf G et al. (2005) Randomized controlled clinical trial of Blood Glucose Awareness Training (BGAT III) in Switzerland and Germany. *J.Behav.Med*, 28, 587–594.
- Siegrist M, Zimmer P, Klare WR, Arbeitsgemeinschaft Diabetes und Sport der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (2004) DiSko: wie Diabetiker zum Sport kommen. VDBD
- Siegrist M, Zimmer P, Klare WR, Borchert P, Halle M (2007) Einmalige Übungsstunde verändert das Aktivitätsverhalten bei Typ-2-Diabetikern. *Diabetes, Stoffwechsel und Herz*, 16, 257–261.
- Siegrist M, Zimmer P, Klare WR, Borchert P, Halle M (2009) Bewegung macht Schule - Wirksamkeit und Umsetzbarkeit der Bewegungsschulung DiSko bei Typ-2-Diabetikern. *Diabetologie und Stoffwechsel*, 4, 118–122.

Hypoglykämiewahrnehmungsstörung

Wenn der Unterzucker nicht mehr wahrgenommen wird

Checkliste für die Ursachensuche nach einer Hypoglykämie

- Schulungsdefizite oder Behandlungsfehler
 - Falsches Verhältnis KH zu Insulin
 - Insulinwirkung passt nicht zum glykämischen Index
 - Dosierungsfehler (z. B. doppelt)
 - Überlappungseffekte des Insulins
 - Insuline verwechselt
 - Vorangegangene Hypoglykämien unzureichend behandelt
 - Schwankungen durch Lipodystrophien
 - Durchmischung verändert
 - Unphysiologische Insulinverteilung
 - Zielwert zu ehrgeizig
- Körperliche Aktivität
 - Ungewohnte körperliche Aktivität (Einkaufen, Gartenarbeit, Tanzen, Wii, Sexualität), Nichtbeachtung potentieller Langzeiteffekte der körperlichen Aktivität
 - Sport plus Alkohol (Bowling, Tanzen, Ski)
- Alkohol und Medikamente
 - Gehemmte Glukoneogenese der Leber nach Alkoholkonsum
 - verminderte Wahrnehmung durch Alkohol oder Medikamente (z. B. Benzodiazepine, Valproinsäure, Morphine)
- Organische Veränderungen und Erkrankungen
 - Gewichtsabnahme
 - autonome Neuropathie (z. B. Gastroparese)
 - Leber- oder Nierenerkrankungen
 - verzögerter Abbau von Medikamenten (Sulfonylharnstoffe auch in Kombination)
- Mangelnde Aufmerksamkeit gegenüber Körpersignalen
 - Mangelhafte Interozeption
 - Fehlinterpretation der Symptome
- Psychische Probleme
 - Sekundärer Krankheitsgewinn
 - euphorisierende Wirkung von Hypoglykämien („Hyposurfen“)
 - übersteigerte Angst vor Folgeerkrankungen
 - Zu ehrgeizige Therapieziele

Trainerlisten sowie Seminare für Hypoglykämiewahrnehmungstrainings

- www.bgat.de
- www.hyPOS.de

Tipps für Sie aus der Praxis

Was Sie selbst tun können, um Ihre Wahrnehmung für den Blutzucker zu verbessern

Genauer hinsehen: Blutzucker-Bingo

Sicher haben Sie sich schon mal gesagt: „ich glaube, mein Zucker ist bei soundsoviel“ und vielleicht war es auch so. Machen Sie das häufiger. Schätzen Sie zuerst, wie hoch ihr Blutzucker ist und messen Sie erst dann. Vielleicht notieren Sie sich, was Sie zu der Einschätzung führte. Dabei verbessert sich das Gefühl für körperliche Empfindungen und Zusammenhänge.

Selbsttests:

Wenn der Blutzucker niedrig ist, verschlechtern sich auch verschiedene Leistungen des Gehirns wie z. B. denken, fühlen und bewegen.

Testen Sie folgende Übungen zunächst bei normalen Blutzuckerwerten, um einen Vergleich zu haben. Danach können Sie auf diese Weise prüfen, ob sie vielleicht langsamer oder empfindlicher werden, wenn der Blutzucker tief ist:

1. Motorisch 1
Legen Sie sich eine Münze (oder ähnliches) auf den Handrücken, werfen Sie sie hoch und fangen sie mit der gleichen Hand wieder auf.
2. Motorisch 2
Legen Sie ein Blatt Papier auf ihre ausgestreckte Hand am ausgestreckten Arm. Flattert es?
3. Kognition 1:
Ziehen Sie im Kopf von einer vierstelligen Zahl fortlaufend die Zahl 7 ab. Funktioniert es so wie immer?
4. Kognition 2:
Buchstabieren Sie ein Wort (z. B. Diabetes) rückwärts. Gelingt es wie gewohnt?
5. Gefühle:
Wie fühlen Sie sich gerade? Sind Sie traurig? Ärgerlich? Gereizt? Albern? Sind die Gefühle angemessen und wie immer oder sind sie ungewöhnlich stark?
6. Schmerzempfinden:
Kneifen Sie sich selbst in die Haut an der Hand oder am Unterarm. Im Unterzuckerungsbereich wird das Schmerzempfinden meist stärker.

Mögliche Symptome einer Hypoglykämie

Hypoglykämiesymptome sind individuell unterschiedlich. Neben den typischen Symptomen, die in vielen Büchern und Broschüren aufgelistet sind, gibt es weitere weniger bekannte. Die nun folgende Liste ist keine wissenschaftliche Erhebung, sondern eine Sammlung von Symptomen, die Teilnehmer in zehn Jahren Hypoglykämiewahrnehmungstraining berichteten.

Stimmung:

Angst, Ärger, Wut, Albernheit, Aggressivität, Anlehnungsbedürftigkeit, Euphorie (sich „high“ fühlen), Reizbarkeit, Hemmungslosigkeit, Wunsch nach Rückzug,...

Körperliche Symptome :

Herzklopfen, Herzrasen, Zittern, kalter Schweiß, Blässe, Taubheitsgefühle, Kopfschmerzen, Schwindel, Hunger, Heißhunger, Essanfälle, Müdigkeit, Langsamkeit, Trägheit, Lustlosigkeit, trockener Mund, trockene Nase,...

Motorische Merkmale:

Gangunsicherheit, Schwanken, Probleme mit dem Gleichgewicht, Vertippen am Computer, Anecken an Türpfosten, etc., Schwäche in Armen und Beinen bis hin zur Bewegungsunfähigkeit, Lallen, Gegenstände fallen lassen, Muskelanspannungen z. B. in der Nackenmuskulatur, bewusstlos werden, Unfähigkeit aufstehen zu können, ...

Wahrnehmung:

Metallischer Geschmack im Mund, Kribbeln um den Mund herum, eingeengtes Sehen (Tunnelblick), unscharfes Sehen, „seltsamer Geschmack im Mund“, verstärktes Empfinden für Schmerz (z. B. stärkeres Empfinden von Neuropathiesymptomen), ...

Leistungen des Gehirns:

Verlangsamung des Denkens, verwaschene Sprache, Wortfindungsstörungen, Schwierigkeiten sich zu entscheiden, verschlechterte Arbeitsleistung, Konzentrationsstörungen, nicht rechnen können, die Orientierung verlieren oder herumirren, nicht mehr wissen, was man tun wollte,...

Gedanken:

Gedanken der Überforderung wie z. B. „Ich schaffe das alles nicht“, Gedanken des Durchhaltens „ich schaffe das noch“. „das bringe ich eben noch zuende und dann kümmere ich mich um den Zucker“,...

Was bemerken andere Menschen:

Verlangsamte Augenbewegung, allgemeine Verlangsamung, Fehlleistungen wie BZ messen mit Handy oder in die Fingerkuppe stechen mit Kugelschreiber, Starre und Bewegungslosigkeit, Apathie, Blässe, weißes Dreieck um Mund und Nase, Wesensveränderung, „wirres Zeug reden“, ungewöhnlich reagieren, ungewöhnliche Stimmung, ...

Diese Liste ist keineswegs vollständig, aber eine Anregung für Sie, worauf Sie bei der Suche nach Symptomen achten können. Vielleicht kennen Sie bereits achtsame Körperübungen wie den Body-Scan. Dann können Sie beide Teile miteinander kombinieren. Auf diesem Weg entdecken Sie vielleicht Anzeichen für die Höhe Ihrer Blutzuckerwerte, denen Sie bisher wenig Beachtung geschenkt haben.

Partizipative Entscheidungsfindung in der Diabetestherapie Von der guten Absicht zur guten Tat

Infoblatt für Patienten und Angehörige

Wer an Diabetes erkrankt ist, trifft nicht nur im Gespräch mit dem Arzt medizinische Entscheidungen, sondern – mehr oder weniger bewusst – auch in seinem Alltag: Nehme ich die Tablette oder nicht? Bestelle ich den Salat oder den Schokoladenkuchen? Fahre ich mit dem Rad zur Arbeit oder mit dem Auto? Nur wenige Entscheidungen – zum Beispiel: Beginne ich, Insulin zu spritzen oder nicht? – trifft man in der Praxis des Arztes. Und auch in diesen Fällen entscheidet man sich täglich neu: Setze ich mir jetzt diese Insulinspritze oder nicht? Umso wichtiger ist es, dass man Behandlungsentscheidungen **gut informiert** und mit einem realistischen Blick auf die **eigenen Bedürfnisse** und die eigene Lebenssituation trifft. Und dass man sie, wenn man das möchte, **gemeinsam und auf Augenhöhe mit dem Arzt** trifft. Partizipative Entscheidungsfindung (PEF) meint genau das. Als Grundlage der PEF wird der Stand der **evidenzbasierten Medizin** berücksichtigt. Darunter versteht man eine Medizin, die sich auf wissenschaftliche Beweise stützt anstatt sich nur auf persönliche Ansichten, Überzeugungen und Erfahrungen zu verlassen.

Was können Sie konkret tun?

Vor dem ärztlichen Gespräch:

- Überlegen Sie, in wie weit Sie sich an einer Behandlungsentscheidung beteiligen möchten.
- Überlegen Sie, ob Sie von einem Familienmitglied oder einem Freund begleitet werden möchten.
- Seien Sie vorbereitet, die wichtigsten Inhalte Ihrer Krankengeschichte kurz darzustellen und über Ihre derzeitige Behandlung zu berichten. Erstellen Sie eine Liste mit Ihren wichtigsten Fragen und bringen Sie diese zum Gespräch mit. Da für das Arztgespräch nicht unbegrenzt Zeit zur Verfügung steht, sollte die Liste mit Ihren dringendsten Anliegen beginnen. Wichtige Fragen können z. B. sein: Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Was ist der Nutzen bzw. was sind die Risiken dieser Behandlungsmöglichkeiten? Mit welcher Wahrscheinlichkeit treten diese Risiken bzw. der Nutzen ein?

Während des ärztlichen Gesprächs:

- Sie sollten im Arztgespräch offen und ehrlich sein. Dazu gehört auch, dass Sie Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin mitteilen, wenn Sie eine Therapie nicht durchführen möchten.
- Notizen machen
 - Machen Sie sich während des Gesprächs Notizen über Ihre Diagnose, die Behandlungsmöglichkeiten, den Behandlungsplan und über das, was Sie zu Hause zusätzlich tun können. Prüfen Sie am Ende des Gespräches, ob Sie alles verstanden haben. Fragen Sie im Zweifelsfall lieber noch einmal nach.
 - Wenn Sie sich ausschließlich auf das Gespräch konzentrieren möchten, können Sie eine vertraute Person zum Gespräch mitnehmen, die sich um die Notizen kümmert.
- Fragen stellen
 - Bevor eine Behandlungsentscheidung getroffen wird, sollten Sie ausreichend informiert sein. Um ein möglichst vollständiges Bild über Ihre Behandlungssituation zu erhalten, kann es hilfreich sein, dem Arzt/der Ärztin Fragen zu stellen. Obwohl dies zu Ihren Rechten als Patient gehört, fällt es vielen Menschen schwer. Manchmal werden sie von Ärzten dazu nicht ermutigt oder haben Angst, die falschen Begriffe zu verwenden, manchmal wirken Ärzte sehr beschäftigt und könnten auf Fragen eher gereizt reagieren. Vielleicht fühlen sich manche Menschen auch einfach zu krank, um eine aktive Rolle bei Behandlungsentscheidungen einzunehmen oder sind froh, das zu tun, was ihr Arzt/ ihre Ärztin ihnen sagt.
 - Folgende drei Fragen können Ihnen helfen, die wichtigsten Informationen zu bekommen (Nach Shepherd H, Barrat A, Trevena LJ et al. (2011). Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: A cross-over trial. Patient Education and Counseling 84(3):379–85)
 1. Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
 2. Was ist der Nutzen bzw. was sind die Risiken dieser Behandlungsmöglichkeiten?
 3. Mit welcher Wahrscheinlichkeit treten diese Risiken bzw. der Nutzen ein?
- Gefühle mitteilen
 - Für Ihren Arzt/Ihre Ärztin kann es sehr hilfreich sein, wenn Sie ihm/ihr Ihre Gefühle, die mit Ihrer Erkrankung verbunden sind, mitteilen. Erst dadurch wird die Darstellung Ihrer gesundheitlichen Beschwerden vollständig.
 - Wenn Sie den Eindruck haben, dass Ihre Anliegen nicht ernst genommen werden, sollten Sie die Wichtigkeit Ihres Besuches und Ihre eigene Motivation noch einmal betonen. Es ist möglich, dass dies Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin nicht immer von vornherein klar ist.

- Bewertung der Informationen und gemeinsame Diskussion
 - Teilen Sie Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin Ihre Ansichten zur Behandlung mit.
 - Versuchen Sie, mögliche Entscheidungskonflikte oder Meinungsverschiedenheiten gemeinsam mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin zu lösen.
 - Vereinbaren Sie am Ende des Gesprächs einen Behandlungsplan ein.
- Verhaltensweisen, die eine Behandlung erschweren können
 - Wenn Ihnen Ihr Arzt/Ihre Ärztin von einer Behandlung ab- oder zu einer Behandlung zurät, sollten Sie zunächst versuchen, sich mit ihm/ihr darüber zu verständigen. Er/Sie sollte die Gelegenheit haben, Ihnen die Gründe, die für oder gegen die Behandlung sprechen, genauer zu erklären. Außerdem sollten Sie die Möglichkeit haben, Ihre Gründe für den Wunsch nach dieser Behandlung zu erläutern. Dieser gegenseitige Austausch von Informationen kann es ermöglichen, dass Sie gemeinsam eine andere Lösung finden.
 - Unternehmen Sie keine Änderungen in Ihrer Behandlung, ohne dies mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin abzusprechen. Es könnte zu Komplikationen kommen, die Sie ohne das Fachwissen Ihres Arztes/Ihrer Ärztin nicht ausreichend einschätzen können. Teilen Sie Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin stattdessen mit, warum Sie etwas ändern möchten, und besprechen Sie gemeinsam die Möglichkeiten.

Nach dem ärztlichen Gespräch

- Wenn die Entscheidung nicht direkt im ersten Gespräch getroffen werden muss:
 - Erstellen Sie eine Liste mit Vor- und Nachteilen aus den erhaltenen Informationen. Sie können diese Liste von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin auf Richtigkeit überprüfen lassen. Nehmen Sie sich Zeit, um über Ihre eigenen Bedürfnisse und Einstellungen nachzudenken.
 - Schreiben Sie auf, was Sie von der Wahl einer Behandlungsmöglichkeit erwarten, und besprechen Sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin, ob diese Erwartungen realistisch sind.
 - Stimmen Sie einer Entscheidung erst zu, wenn Sie das Gefühl haben, ausreichend informiert zu sein.
- Nachdem eine Entscheidung getroffen worden ist:

Nachdem Sie eine Entscheidung mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin getroffen haben, sollten Sie sich die nächsten notwendigen Schritte aufschreiben.

 - Denken Sie positiv über Ihre Entscheidung und tragen Sie Ihren Teil zu einem erfolgreichen Ergebnis bei.
 - Wenn Sie Schwierigkeiten haben, das mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin vereinbarte Vorgehen einzuhalten, sprechen Sie noch einmal mit ihm/ihr. Nennen Sie die Gründe, die Ihnen die Einhaltung erschweren. Im Gespräch kann gemeinsam über andere Möglichkeiten entschieden werden.

Was sollte Ihr Arzt/Ihre Ärztin tun?

- Ihr Arzt/Ihre Ärztin sollte den aktuellen Forschungsstand zu den Behandlungsmöglichkeiten kennen und Ihnen die einzelnen Möglichkeiten sowie ihre Vor- und Nachteile klar und verständlich mitteilen. Dazu gehört auch, dass Sie die Wahrscheinlichkeiten der Vor- und Nachteile erfahren und über die möglichen Folgen eines Behandlungsabbruchs informiert werden.
- Ihr Arzt/Ihre Ärztin sollte prüfen, ob Sie die Informationen verstanden haben.
- Ihr Arzt/Ihre Ärztin sollte sich Zeit nehmen um Ihre Fragen ausführlich zu beantworten.
- Ihr Arzt/Ihre Ärztin sollte Sie ermutigen, sich aktiv an der Behandlungsentscheidung zu beteiligen.
- Ihr Arzt/Ihre Ärztin sollte Ihnen spezielle Anweisungen für die Behandlung geben und Sie darüber informieren, welches Verhalten für eine erfolgreiche Behandlung wünschenswert ist.

Gesprächsleitfaden zur partizipativen Entscheidungsfindung in der Diabetestherapie

Die folgenden Schritte bilden einen idealtypischen Ablauf ab. Sie müssen weder in einer festgelegten Reihenfolge noch innerhalb eines einzigen Gespräches zwischen Arzt/Ärztin und Patient/Patientin stattfinden.

1. Mitteilen, dass eine Entscheidung ansteht
Bsp.: „Mit den Tabletten, die Sie bisher nehmen, haben wir Schwierigkeiten, Ihren Blutzucker optimal einzustellen. Ich würde jetzt gern mit Ihnen gemeinsam überlegen, ob wir eine Veränderung in Ihren Medikamenten vornehmen.“
2. Gleichberechtigung der Partner formulieren
Bsp.: „Mir ist es wichtig, dass wir dabei auf Augenhöhe miteinander sprechen – Sie als Experte für sich und Ihre Lebenssituation und ich als der Experte für medizinische Fragen.“
3. Über Wahlmöglichkeiten informieren („Equipoise“)
Bsp.: „Es gibt mehr als eine Möglichkeit zur Behandlung Ihrer Beschwerden. Jede davon hat unterschiedliche Vorteile und Risiken. Alleine aus medizinischer Sicht lässt sich nicht entscheiden, welche die beste Behandlung ist.“
4. Über Vor- und Nachteile der Optionen informieren
Anmerkung: Wenn angemessen, kann es auch eine Option sein, nichts zu tun.
5. Verständnis, Gedanken und Erwartungen erfragen
Bsp.: Bitte sagen Sie mir doch noch einmal, wie Sie die Optionen verstanden haben./Was denken Sie zu diesen Behandlungsmöglichkeiten?/Was glauben Sie, wie gut können Sie diese Behandlung in Ihrem Alltag umsetzen?
6. Präferenzen ermitteln
Bsp.: Wenn Sie all das, was wir eben besprochen haben, berücksichtigen - welche Behandlung fänden Sie am besten?/Aus meiner Sicht wäre Option X die geeignete.
7. Aushandeln
Bsp.: Was sind aus Ihrer Sicht die Vor- und Nachteile der von Ihnen gewünschten Behandlung?/Was denken Sie über die, die ich vorschlagen habe? / Ich denke...
8. Gemeinsame Entscheidung herbeiführen
Bsp.: Gut. Ihnen ist also besonders wichtig..., und mir ist wichtig zu berücksichtigen... Was halten Sie davon, wenn wir es erstmal mit Option Z versuchen?
9. Vereinbarung zur Umsetzung der Entscheidung treffen
Bsp.: Dann nehmen Sie also dieses Medikament... In vier Wochen setzen wir uns noch einmal zusammen, um zu sehen, wie es Ihnen damit geht. Ist das in Ordnung?

Konstruktive Gesprächsführung bei Diagnosemitteilung und Therapieeskalation

Hilfreiche Fragen bei der Besprechung von Diagnosen wie auch Therapieänderungen

Diese Fragen sind als Beispiele gemeint und werden je nach Patient oder Situation angepasst.

1. Diagnose der subjektiven Krankheitstheorien:

- „Was wissen Sie über Diabetes?“
- „Was ist Ihnen bisher gesagt worden?“
- „Konnten Sie mit der Information etwas anfangen?“
- „Haben Sie hierzu noch Fragen?“
- „Ergibt das für Sie einen Sinn?“

Mit diesen oder ähnlichen Fragen können Sie in Erfahrung bringen, wie ein Patient seine Krankheit versteht und ob er über wichtige Fakten wie z. B. die Chronizität oder die Progression beim Typ 2 Diabetes oder die Auswirkungen von Neuropathie informiert ist. Sie können dann Ihre Erklärungen auf sein Vorwissen und/oder Missverständnisse zuschneiden.

2. Diagnose des subjektiven Krankheitsgefühls:

- „Für wie schwerwiegend halten Sie Ihre Erkrankung?“
- „Merken Sie etwas von den hohen Werten (BZ, RR)?“

Je nachdem, ob ein Patient unter den Symptomen einer Erkrankung leidet und wie riskant er sie einschätzt, wird er Ihre Therapievorschlüsse unterschiedlich nachvollziehen können.

3. Diagnose der subjektiven Genesungstheorien:

- „Womit haben Sie bisher gute/schlechte Erfahrungen gemacht?“
- „Ich würde X vorschlagen, aber Sie machen Y. Was gefällt Ihnen an Ihrer Lösung?“

Sie erfahren, ob Ihr Patient mit dem, was Sie vorschlagen möchten, bisher negative Erfahrungen gemacht hat oder ob er mit Ihrem Vorschlag Negatives assoziiert. Sie erfahren auch, ob er „private“ Theorien hat, die gegen Ihren Vorschlag sprechen würden und die zunächst besprochen werden müssen.

4. Hilfestellung bei Ambivalenzen:

- „Obwohl Sie gesund bleiben möchten, machen Sie X (z. B. Druckentlastung nicht einhalten; Stoffwechselkontrollen weglassen). Dafür haben Sie bestimmt einen guten Grund....“
- „Wieviel können Sie im Moment in Ihre Gesundheit investieren? Was ist aus Ihrer Sicht realistisch?“

Hiermit können Sie die Ambivalenzen Ihres Patienten klären. Sie können in Erfahrung bringen, was für ihn im Augenblick gegen eine Umsetzung der Therapie spricht, um anschließend mit ihm einen therapeutischen Kompromiss erarbeiten zu können, der sein Problem mit der Umsetzung berücksichtigt.

5. Selbstbestimmung in der Umsetzung der Therapie anregen:

- „Können Sie sich vorstellen,.....?“
- „Kommen Sie mit dem Behandlungsplan klar?“
- „Wo läuft es gut? Wo fällt es Ihnen schwer?“
- „Haben Sie eine Idee, wie es besser gehen kann?“

Mit diesen Fragen können Sie Ihren Patienten helfen zu sehen, dass es normal ist, wenn die Umsetzung einer Therapie wie beim Diabetes in den Alltag in der Regel zum Teil gut klappt und zum Teil schwierig sein kann. Sie können ihn anhalten, nachzudenken, wie er sich die Umsetzung besser vorstellen könnte.