

Interventionsmanual zur telefonischen Nachbetreuung bei Diabetes mellitus Typ 2 im Projekt PARTID

Ziel

Ziel der telefonischen Nachbetreuung und damit auch des Manuals besteht darin, ein effektives Diabetes-Selbstmanagement im Alltag zu unterstützen. Der Fokus liegt dabei insbesondere auf der Unterstützung einer, dem Diabetes angemessenen, Lebensweise mit adäquater Ernährung und Bewegung.

Grundsätze

1. Die Beratung sollte sich an der persönliche Problematik des Patienten orientieren und seine individuelle Lebenslage berücksichtigen.
2. Die Beratungsgespräche orientieren sich an der Grundhaltung und den Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung.

Die Leitfäden enthalten keine Standardlösungen, sondern im Gespräch mit dem Patienten werden die individuellen Strategien zur Umsetzung von Verhaltensänderungen erarbeitet. Der Patient ist dabei als Experte für seine Situation und sein individuelles Vorgehen zu betrachten. Durch spezifische, gezielte Fragen wird er dabei vom Berater unterstützt

Entwicklung und Konzeption der Nachbetreuung im Rahmen des Projekts „Proaktive Rehabilitation und telefonische Intervention bei Diabetes mellitus Typ 2:
Eine kontrollierte, randomisierte Studie bei DMP-PatientInnen (PARTID)“
am Universitätsklinikum Freiburg und der Klinik Niederrhein der Deutschen
Rentenversicherung, Bad Neuenahr.
Unter Kooperation der AOK Rheinland/Hamburg.
Gefördert durch das Rehabilitations-Forschungsnetzwerk der Deutschen

Zielbereiche der telefonischen Nachbetreuung

Um eine zielgerichtete Beratung zu erreichen, wurden die mit dem Diabetes-Selbstmanagement assoziierten Problembereiche priorisiert. Die Problembereiche verweisen dabei auf spezifische Beratungsmodule oder auf andere Problembereiche (z. B. Gewicht auf die Problembereiche Ernährung und Bewegung).

Übersicht über die Zielbereiche der telefonischen Intervention

Zielbereiche der telefonischen Nachsorge und deren Zuordnung zu bestimmten Interventionselementen (Kernbereiche schattiert)

Rehazielbereiche und Interventionstools (Kernbereich schattiert)

Reha-Zielbereich	Interventionsmodul
1. Somatik	
▸ Blutzuckereinstellung; Hyper-/Hypoglykämie	Medikamentenadhärenz Bewegung, Ernährung
▸ Blutdruck	Medikamentenadhärenz Bewegung, Ernährung (Gewicht- u. Kochsalzreduktion)
▸ Lipidwerte	Medikamentenadhärenz Ernährung (Fettreduktion)
▸ Kontrolluntersuchungen	Adhärenz
▸ Gewicht	Ernährung, Bewegung
2. Rauchen	Rauchen
3. Bewegung	Bewegung
4. Ernährung	Ernährung
5. Emotionales Befinden	Screeningmodul zum Emotionalen Befinden / Problemlöseschema
6. Stress (Beruf, Familie, Alltag)	
7. Aktivitäts-/Funktionseinschränkungen (Alltag, Beruf), Soziale Isolation	

Am Anfang steht die Abfrage bestimmter physiologischer Parameter (Blutzuckereinstellung, Blutdruck, Lipidwerte). Diese Parameter verweisen manualisiert auf eine Erörterung der

Medikamentenadhärenz bzw. Probleme mit der Medikation (bevor möglicherweise an eine generelle Anpassung der Medikation gedacht wird.)

Inhalt

Es stehen folgende Instrumente zur Verfügung (s. Übersicht Dokumente und Zusatzblätter):

- ▶ Manual zum Einführungsgespräch in die telefonische Nachsorge
- ▶ Gesprächsleitfaden zum Beratungsgespräch (nur elektronisch als Eingabemaske)
- ▶ Allgemeiner Leitfaden zur Verhaltensänderung mit allgemeinen Arbeitsblättern wie Entscheidungswaage und Persönlichen Plan
- ▶ Leitfäden für spezifische Bereiche: Rauchen, Bewegung, Ernährung, Medikamentenadhärenz, Emotionales Befinden
 - bestehend aus
 - Allgemeinen Vorbemerkungen zur Beratungsrelevanz des Bereichs
 - Beraterinformationen zu spezifischen Aspekten
 - einer schematischen Darstellung des Beratungsablaufes, der sich für die Bereiche Adhärenz, Rauchen, Bewegung und Ernährung an aktuellen psychologischen Konzepten der Verhaltensänderung (HAPA-Modell u. MI) orientiert
 - Textbausteine zur gezielten Patienteninformation
- ▶ Leitfaden Problemlöseansatz

Das Manual ist modular aufgebaut. Der Gesprächsleitfaden bildet dabei das Grundgerüst für die Nachsorgegespräche. Er enthält gesetzte Abfragebereiche wie die regelmäßige Abfrage der emotionalen Befindlichkeit („Wie geht es Ihnen?“) oder den Blutzuckerwert. Aber auch optionale Bereiche, welche die individuellen Notwendigkeiten widerspiegeln (z. B. wird für jemand der noch nie geraucht hat, der Zielbereich Rauchen durch Auswahl „Bereich nicht relevant“ aus dem Gesprächsleitfaden genommen).

Auf der Basis der jeweiligen individuellen Problemlage des Patienten werden die entsprechenden Bereiche (Persönliche Pläne und Gesprächsnotiz) in den Leitfaden integriert. D.h. das Modul Bewegung wird von der Beratungskraft nur verwendet, wenn dieser Interventionsbereich für einen Patienten relevant ist. Die unterschiedlichen Interventionsbereiche (Bewegung, Ernährung, Emotionales Befinden etc.) sind Rehabilitationszielbereichen (z. B. Blutzuckereinstellung, Blutdruck, Gewicht usw.) zugeordnet. Hat ein Patient in dem Bereich Schwierigkeiten bestimmte Zielwerte zu erreichen, kommt das Modul zum Einsatz. Die Auswahl erfolgt durch Anklicken des entsprechenden Rehazielsbereichs durch die Beratungskraft. Unterstützend kann neben dem Interventionsleitfaden auf entsprechende Arbeitsblätter und Patienteninformationen zurückgegriffen.

Allgemeiner Leitfaden zur Verhaltensänderung:

Der Allgemeine Leitfaden zur Verhaltensänderung bietet einen Überblick über theoretische Konzeption der Leitfäden für die spezifischen Bereiche der Verhaltensänderung. Dabei werden die gesundheitspsychologischen Prinzipien und die zu beeinflussenden Variablen, für deren Evidenz in Bezug auf Verhaltensänderung die aktuelle Datenlage spricht, dargestellt. Die Verwendung einer evidenzbasierten einheitlichen Struktur als Grundlage der Interventionen zur Verhaltensänderung ermöglicht eine effiziente und flexible Beratung in den verschiedenen Bereichen.

Leitfäden zur Beratung

Die Leitfäden zur Beratung in den einzelnen Bereichen orientieren sich an aktuellen psychologischen Konzepten.

Leitfäden für die Bereiche der Verhaltensänderung

Für die Bereiche der Verhaltensänderung (Bewegung, Ernährung, Rauchen, Adhärenz) sind dies das Sozial-kognitive Prozessmodell gesundheitlichen Handelns (HAPA-Modell, Schwarzer, 2004, 2008) und die Motivierende Gesprächsführung (Miller & Rollnick, 2009). Die Beratungsleitfäden stellen keine Gesprächsleitfäden zum seriellen Abarbeiten dar. Sondern ihr schematischer Aufbau ermöglicht eine individuelle Beratung, die sowohl das Stadium der Verhaltensänderung als auch die persönliche Situation des Patienten berücksichtigt. Die Beratungsleitfäden unterstützen die Beratung durch stadienspezifische Gesprächsstrategien, auf welche die Nachbetreuungskraft gezielt zugreifen kann. Grundhaltung der Beratungsgespräche ist dabei die Motivierende Gesprächsführung. Durch gezielte Rückmeldung und Fragen der Betreuerin wird der Patient dabei unterstützt seinen eigenen Weg der Verhaltensänderung zu finden.

Kernstück der Intervention ist die Handlungsplanung ("Persönliche Pläne") genannt. Es wird davon ausgegangen, dass bei den Patienten zum Ende der Rehabilitation bereits eine hohe Motivation zur gesunden, diabetesangemessenen Lebensführung besteht. Deshalb liegt der Fokus der Beratung auf der Umsetzung von Verhaltensvorsätzen.

Leitfaden zum Emotionalen Befinden und Problemlöseschema

Störungen des Emotionalen Befindens, chronischer Stress und andere Probleme stehen nicht im primären Fokus der Nachbetreuung. Allerdings ist anzunehmen, dass die damit verbundenen Befindlichkeitsstörungen Barrieren des Motivations- und Volitionsprozesses hinsichtlich einer diabetesangemessenen Lebensweise darstellen. Diese Bereiche werden deshalb als Störbereiche definiert. Gibt es Hinweise auf Störbereiche, werden diese vorrangig bearbeitet. Dazu steht der Leitfaden Emotionales Befinden, das Problemlöseschema sowie Informationen zum Stress zur Verfügung. Der Leitfaden zum

Emotionalen Befinden orientiert sich am Schema eines Step-care-Approaches zum Management von Diabetes und Depressionen (Bernhard Kulzer, Krichbaum, & Hermanns, 2008). Lassen sich auslösende Probleme definieren, wird dem Patienten ein Problemlösetraining angeboten.

Beraterinformationen

Beraterinformationen stellen zusätzliche Informationen für die Betreuungskräfte in einem bestimmten Bereich zur Verfügung. Sie werden bei Bedarf von den Betreuungskräften angeklickt und unterstützen die Beratung inhaltlich.

Arbeitsblätter

Bereichsspezifische Arbeitsblätter stellen zumeist Protokolle für die Erfassung des momentanen Zustandes dar. Wenn erforderlich, werden sie dem Patienten ausgehändigt bzw. zugesandt. Die Bearbeitung der Protokolle durch den Patienten kann Gegenstand eines „Persönlichen Planes“ sein. Bereichsunspezifische Arbeitsblätter (Entscheidungsbalance, Persönlicher Plan usw.) sind dem Allgemeinen Leitfaden Verhaltensänderung zugeordnet und werden in den entsprechenden Stadien der Verhaltensänderung eingesetzt.

Patienteninformationen

Die telefonische Nachbetreuung wird als Bestandteil der stationären Rehabilitation betrachtet. Während der stationären Betreuung werden dem Patienten im Rahmen von Schulungen hinsichtlich seiner Problemlage spezifische Informationen vermittelt. Ziel der Nachsorge ist deshalb nicht eine umfassende Edukation des Patienten. Vielmehr soll der Patient, aufbauend auf den während der stationären Phase vermittelten Informationen, beim konkreten Diabetes-Selbstmanagement im Alltag unterstützt werden. Dazu können dem Patienten für ihn relevante Informationen als Merkhilfe in Form von kurzen Textbausteinen zugesandt werden. Die Textbausteine sind den stationären Schulungsinhalten entnommen und dienen dazu wichtige Informationen zu vertiefen.

Nachsorgegespräch

Am Ende des Klinikaufenthaltes wird der Patient im Rahmen eines Nachsorgegesprächs auf die telefonische Nachbetreuung vorbereitet. Ziel ist es mit dem Patienten in einem (maximal zwei) seiner Problembereiche ein konkretes verhaltensnahes und realistisches Ziel („Persönlichen Plan“) bis zum nächsten Gespräch festzulegen.

Übersicht Leitfäden und Dokumente

Leitfaden	Zugehörige Dokumente
Gesprächsleitfaden Beratung	nur als Eingabemaske verfügbar
Nachsorgegespräch	PersPlan_NasoGespräch PInfo_NasoGespräch Arztinfo_NasoGespräch
Leitfaden Verhaltensänderung	Arbeitsblätter <ul style="list-style-type: none"> - Persönlicher Plan - Was habe ich umgesetzt - Entscheidungswaage
Vorbemerkungen Bewegung Leitfaden Bewegung	Beratungsblätter <ul style="list-style-type: none"> - BeratInfo_Abklärung Sportliche Fitness - BeratInfo_Ausschluß Sport - BeratInfo_NutzenBewegung - BeratInfo_IdeenBewegung - BeratInfo_IdeenKritSit Patienteninformationen <ul style="list-style-type: none"> - PInfo_Insulin & Bewegung - PInfo_Pulsmessung - PInfo_Sport und Bewegung - PInfo_Sulfo & Bewegung - PInfo_Tipps Sport Arbeitsblätter <ul style="list-style-type: none"> - Bewegungstagebuch
Vorbemerkungen Ernährung Zielkriterien Ernährung Leitfaden Ernährung	Beratungsblätter <ul style="list-style-type: none"> - BeratInfo_IdeenErnährung Patienteninformationen <ul style="list-style-type: none"> - PInfo_Berechnung von BE - PInfo_Ernährung bei DMT2 - PInfo_Ernährung und Insulin - PInfo_Gewicht und Ernährung bei DMT2 Arbeitsblätter <ul style="list-style-type: none"> - Fett entdecken - Spurensuche Ernährung (Ernährungsprotokoll)

<p>Vorbemerkungen Rauchen</p> <p>Leitfaden Rauchen</p>	<p>Beratungsblätter</p> <ul style="list-style-type: none"> - BeratInfo_Rauchen&Diabetes - BeratInfo_Rauchalternativen - BeratInfo_Nikotinersatzmittel <p>Patienteninformationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - PInfo_Neulernen Nichtrauchen - PInfo_Gesundheit nach Rauchstopp <p>Arbeitsblätter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tagesprotokoll Rauchen (Rauchertagebuch) - Fagerström-Test (Eingabemaske)
<p>Vorbemerkungen Adhärenz</p> <p>Leitfaden Adhärenz</p>	<p>Beratungsblätter</p> <ul style="list-style-type: none"> - BeratInfo_Med.Ädhärenz - BeratInfo_Medikamente - BeratInfo_Medikamentenliste <p>Patienteninformationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausfüllbeispiel Medikamentenliste <p>Arbeitsblätter</p> <ul style="list-style-type: none"> - Medikamentenliste
<p>Vorbemerkungen Emotionales Befinden</p> <p>Leitfaden Emotionales Befinden (Eingabemaske)</p>	<p>Beratungsblätter</p> <ul style="list-style-type: none"> - BeratInfo_Depression - BeratInfo_Behandlung Depression - BeratInfo_Stimmung&Aktivität - BeratInfo_Suizidalität <p>Patienteninformationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - PInfo_Stimmung&Aktivität
<p>Vorbemerkungen Problemlöseschema</p>	<p>Beratungsblätter</p> <ul style="list-style-type: none"> - BeratInfo_Problemlöseschema <p>Patienteninformationen</p> <ul style="list-style-type: none"> - PInfo_Problemlöseschema - Beispiel Problemlöseschema <p>Arbeitsblätter</p> <p>Problemlöseschema (Eingabemaske und als Blankoformular zum Ausdrucken)</p>

	Stress <ul style="list-style-type: none">- BeratInfo_Stress- PInfo_Stess
Ausgewählte Techniken der Motivierenden Gesprächsführung als Grundlage der Beratungsgespräche	

Leitfaden zum Nachsorgegespräch

(Gespräch zur telefonischen Nachsorge am Ende des Klinikaufenthaltes)

Ziele des Nachsorgegesprächs

Ein Ziel des persönlichen Einführungsgesprächs in die telefonische Nachsorge ist die Schaffung einer Vertrauensbasis durch einen ersten persönlichen Kontakt der Beratungskraft mit dem Patienten. Außerdem sollen im Nachsorgegespräch möglichst konkrete Pläne zur Umsetzung der persönlichen Gesundheitsziele für die erste Zeit nach der Klinikentlassung vereinbart werden. In mindestens einem der Interventionsbereiche Bereiche sollte ein möglichst konkret formulierter Plan für die ersten Wochen zu Hause festgelegt werden.

Das Manual zum Einführungsgespräch dient dabei als strukturierende Unterstützung des Gesprächsablaufes. Es soll gewährleisten, dass alle relevanten Punkte angesprochen werden. Die kursiv gedruckten Formulierungen sind Vorschläge, die zur Gesprächsführung verwendet werden können. Es sollte eine möglichst angenehme Gesprächsatmosphäre geschaffen werden und der Eindruck des seriellen Abfragens von Informationen vermieden werden.

Die Durchführung und der Ablauf der telefonischen Beratungsgespräche sollten für den Patienten möglichst transparent werden. D.h. der Patient sollte bereits im Einführungsgespräch über die PC-unterstützte Beratung aufgeklärt werden. Als ein Vorteil kann dabei der schnelle Zugriff auf Informationen (Gesprächsnotizen, Arbeitsblätter, Telefonnummer etc.) herausgestellt werden. Arbeitsblätter bzw. Persönliche Pläne können dann direkt im PC ausgefüllt und dem Patienten als Ausdruck mitgegeben werden.

Ablauf des Nachsorgegesprächs (vor Klinikentlassung) im Projekt PARTID

1. Begrüßung

Guten Tag, Frau / Herr..., schön dass Sie da / gekommen sind. Ich freue mich, dass wir im Rahmen des Projekts die Möglichkeit haben, Sie in den nächsten Monaten telefonisch nach zu betreuen.

2. Vorstellung Nachbetreuungskraft

Mein Name ist und ich bin in den nächsten 12 Monaten hier Ihr telefonischer Ansprechpartner.

3. Ziel der Nachbetreuung

Mit dem Angebot zur Reha-Nachsorge möchten wir Sie auch nach der Rehabilitation beim Umgang mit Ihrer Diabetes-Erkrankung unterstützen. Die Beratung umfasst neben Bereichen wie Blutzuckereinstellung, Umgang mit Medikamenten, auftretenden Problemen auch Unterstützung bei der ganzheitlichen Behandlung Ihres Diabetes. Internationale Studien zeigen, dass es Diabetikern, die zusätzlich telefonisch betreut werden, besser geht. Deshalb wird ein solches telefonisches Beratungsangebot auch hier getestet. Zunächst möchte ich Sie über die Konzeption der telefonischen Nachbetreuung informieren.

Bei Widerstand:

Es hat sich gezeigt, dass telefonische Beratung z.B. dabei helfen kann, gute Vorsätze auch tatsächlich umzusetzen. Möglicherweise kann das auch für Sie hilfreich sein. Ob das für Sie funktioniert, müssen Sie allerdings in den nächsten Monaten selbst herausfinden.

4. Ablauf der telefonischen Nachbetreuung

In den nächsten 12 Monaten werde ich Sie einmal im Monat anrufen. Den ersten Telefontermin werden wir gleich nachher festlegen.

Bei meinen Anrufen werde ich durch ein computergesteuertes Programm unterstützt, das dafür sorgt, dass alle für Sie wichtigen Bereiche auch angesprochen werden. Im PC werden die wichtigsten Informationen zum Gespräch und zur Behandlung Ihres Diabetes gespeichert, damit ich nicht immer wieder das Gleiche erfragen muss. Haben Sie noch Fragen dazu?

5. Abfrage Daten

Wenn nicht, würde ich gerne zuerst, einige für unsere späteren Gespräche wichtige Informationen erfragen... Sind Sie damit einverstanden?

Vervollständigung der Patientendaten:

- Staatsangehörigkeit?
- Führt Patient BZ-Selbstmessung durch?

- Insulinpflichtig?
- Kontrolluntersuchungen erfragen: Welche Untersuchungen wurden während der Reha gemacht bzw. wann wurden diese Untersuchungen letztmalig durchgeführt.
- Individueller Zielwertebereich für HbA1c vom Patienten erfragen. *Welcher HbA1c-Wert ist für Sie (laut Ihrem Arzt) optimal?*
- Sportliche Fitness: *Welchen Sport haben Sie während der Reha gemacht? Gibt es Einschränkungen in Bezug auf körperliche Bewegung / Sport? Kennen Sie Ihre optimale Trainingsherzfrequenz bzw. müssen Sie diese beim Sport treiben beachten?*
- Fragen zur Lebenssituation / berufliche Situation? *Gibt es im Hinblick auf Ihre Lebenssituation / berufliche Situationen Dinge, die bei der Beratung wichtig sind?*

6. Besprechung erster Persönlicher Plan / Pläne und Kritischer Situationen

Für dieses Gespräch wurden Sie gebeten, sich schon Gedanken über die Zeit nach der Rehabilitation zu machen. Dazu haben Sie ein Blatt bekommen, das Persönlicher Plan heißt. Dies möchte ich jetzt mit Ihnen besprechen.

Während der Rehabilitation werden oft viele gute Vorsätze gefasst. Wenn man diese guten Vorsätze genau plant, gelingt die Umsetzung meist besser. Was haben Sie sich in Bezug auf zu Hause vorgenommen?

Wann, wo und wie planen Sie...?

Wie integrieren Sie das am besten in Ihren Tagesablauf?

Wer könnte Sie dabei unterstützen oder begleiten?

Kritische Situationen besprechen

*Welche Hindernisse könnten bei der Umsetzung, dessen was Sie sich vorgenommen haben auftauchen? **Warum** könnte Sie das davon abhalten?*

Wie haben Sie solche Situationen bisher erfolgreich bewältigt?

Wie sind andere Personen, die Sie kennen mit solchen Schwierigkeiten/Hindernissen umgegangen? Wäre das auch für Sie eine Möglichkeit? Welche Unterstützung bräuchten Sie dazu? Wer könnte Sie dabei unterstützen?

Was könnten Sie sich selbst sagen, um sich darin zu bestärken...?

Welche Veränderungen zu Hause, am Arbeitsplatz, im Tagesablauf könnten Ihnen dabei helfen...

Wer oder was könnte Sie dabei unterstützen, an den Plan zu denken?

Keine Ideen: BeratInfo des entsprechenden Bereichs

Mangelnde Ressourcen (Zeit, Geld...) oder mangelnde Angebote → Problemlöseschema?

(s. auch Allg. Leitfaden Verhaltensänderung S.11)

7. Kein Persönlicher Plan vorbereitet

Hat der Patient keinen Persönlichen Plan vorbereitet, können folgende Fragen verwendet werden, um mögliche Zielbereiche zu explorieren:

Gibt es in Bezug auf den Diabetes etwas, das Sie besonders beschäftigt?

Was haben Sie sich für zu Hause vorgenommen? Wie geht es jetzt zu Hause weiter?

Welcher Bereich in Bezug auf den Diabetes ist für Sie besonders wichtig?

Welche Veränderungen in Bezug auf den Diabetes haben sich im Laufe Ihres Aufenthaltes ergeben? Was könnte die Ursache dafür sein?

Sollten sich dadurch keine Ansatzpunkte für konkrete Zielvereinbarungen ergeben, sollten in den Kernzielbereichen abgefragt werden, ob hier das Verhalten den Zielkriterien entspricht (Nichtrauchen, ausreichend Bewegung, diabetesangemessene Ernährung usw.)

Darf ich Ihnen dann zunächst zu Ihrem Diabetes und den damit zusammenhängenden Lebensgewohnheiten ein paar Fragen stellen?

Gerne würde ich Ihnen ein paar Fragen zu Bereichen stellen, die bei der effektiven Behandlung des Diabetes wichtig sind. Sind Sie damit einverstanden?

Rauchen Sie zur Zeit?

Wie häufig treiben Sie zu Hause Sport?

....

8. Allgemeine Frage zur Exploration weiterer möglicher Problembereiche, die Diabetes-Selbstmanagement beeinträchtigen:

Welche anderen Probleme oder Schwierigkeiten, die Ihnen den angemessenen Umgang mit Ihrem Diabetes erschweren, erwarten Sie zu Hause?

- Aktivitäts- / Funktionseinschränkungen im Alltag oder Beruf
- Soziale Isolation
- Emotionales Befinden
- Stress (Beruf, Alltag, Familie...)

Besprechung und Aushändigen Schema Allgemeiner Problemlöseansatz

9. Kontaktdaten Patient und Hausarzt erfragen

▶ Abfrage Email

Können dem Patienten Unterlagen über Email zugesandt werden? Vor allem die jeweils aktuell vereinbarten Persönlichen Pläne und die Arbeitsblätter zu den Rückmeldegesprächen sollten dem Patienten per mail zugesandt werden können. Ist dies nicht möglich, müssen dem Patienten bereits im Einführungsgespräch mehrere Exemplare der Arbeitsblätter „Persönliche Pläne“ und „Was habe ich tatsächlich umgesetzt?“ ausgehändigt werden. Der Patienten sollte darauf hingewiesen werden, dass es wichtig ist diese Arbeitsblätter aufzubewahren und sie ein Element der weiteren Beratungsgespräche darstellen.

► Kontakt Hausarzt

Name und Telefonnummer bzw. Adresse des Hausarztes notieren

Gerne würden wir Ihren Hausarzt / Vertrauensarzt über das zusätzliche telefonische Beratungsangebot informieren. Wenn Sie damit einverstanden sind, möchte ich Sie bitten bei Ihrem nächsten Arztbesuch das folgende Informationsschreiben auszuhändigen.

→ Information über Kontaktierung des Hausarztes im Notfall?

10. Terminvereinbarung für ersten Telefontermin, möglichst in der vierten Woche nach Entlassung

Telefonnummer für Beratungsgespräch notieren

Verhalten, wenn andere Personen bei Anruf an das Telefon gehen?

11. Gesprächsabschluss

- ⇒ Blatt „Persönliche Pläne“ kopieren / ausdrucken, Original wird Patienten ausgehändigt; Kopie dient der Übertragung in den PC.
- ⇒ Mögliche weitere Hilfsmittel aushändigen (Patienteninformationen, Ernährungs-, Bewegungstagebuch, ...)
- ⇒ Patient erhält zusätzlich das Arbeitsblatt „Was habe ich tatsächlich umgesetzt?“ mit der Aufgabe hier seine Aktivitäten hinsichtlich der vereinbarten Persönlichen Pläne einzutragen und zu bewerten. Dieses Arbeitsblatt stellt die Grundlage für die Besprechung der Umsetzung der Pläne beim nächsten telefonischen Kontakt dar.
- ⇒ Infoblatt für Hausarzt mitgeben

12. Gesprächsabschluss

Wesentliches Zusammenfassen (s. Techniken MI):

Wir kommen jetzt zum Ende des Gesprächs. Ich fasse noch einmal kurz das Wesentliche zusammen. Habe ich etwas Wichtiges vergessen?

Für das Gespräch bedanken und sich verabschieden.

13. Nachbearbeitung des Einführungsgesprächs

Vervollständigung der Patientendaten im PC

Übertragung der Persönlichen Pläne und des Telefontermins in den PC



Persönlicher Plan

Für die nächsten vier Wochen habe ich mir vorgenommen...

Denken Sie jetzt an das, was Sie sich vorgenommen haben: Wann, wo und wie planen Sie das genau umzusetzen?

Wann?	Wo?	Wie?	Mit wem?

Bitte bedenken Sie, je ausführlicher, konkreter und persönlicher Sie Ihre Pläne festlegen, desto hilfreicher sind sie.

Behalten Sie Ihre Pläne im Gedächtnis. Stellen Sie sich die Situation und Ihre geplanten Handlungen vor und versprechen Sie sich fest wie geplant zu handeln.

Informationsblatt zur Telefonischen Nachbetreuung



Sehr geehrter Studienteilnehmer,

vielen Dank für Ihre Teilnahme am Projekt „Zur Verbesserung der Versorgung bei Diabetes mellitus Typ 2“. Per Zufall wurden Sie der Studiengruppe zugeteilt, die ein erweitertes Beratungsangebot erhält. Zu diesem erweiterten Beratungsangebot gehört eine telefonische Nachbetreuung. Dazu wird Sie in den nächsten 12 Monaten eine speziell dafür ausgebildete Beraterin einmal im Monat anrufen. Die Telefontermine werden selbstverständlich mit Ihnen abgesprochen, damit diese gut mit Ihrem Alltag vereinbar sind.

Nachsorgegespräch

Ein Vorgespräch zur telefonischen Nachbetreuung findet bereits während des Klinikaufenthaltes statt. Den Termin dafür entnehmen Sie bitte Ihrem Behandlungsplan.

Ziel der telefonischen Nachbetreuung

Mit der telefonischen Reha-Nachsorge möchten wir Sie auch nach der Rehabilitation beim Umgang mit Ihrer Diabetes-Erkrankung unterstützen. Im Rahmen der Rehabilitation haben Sie viele Informationen über Ihren Diabetes erhalten und konnten einige gesundheitsförderliche Dinge ausprobieren. Vielleicht haben Sie es während der Rehabilitation geschafft mit dem Rauchen aufzuhören oder Sie haben regelmäßig Sport getrieben und möchten dies zu Hause beibehalten. Oft fällt es allerdings schwer solche Veränderungen in den Alltag zu übernehmen. Durch regelmäßige Kontakte wollen wir Sie dabei begleiten.

Persönliche Pläne

Möglicher Weise haben Sie sich schon Gedanken über Dinge gemacht, die Sie nach der Rehabilitation beibehalten oder auch verändern wollen. Es hat sich gezeigt, dass diese Vorsätze besser umgesetzt werden können je konkreter sie geplant werden.

Wir bitten Sie deshalb, sich jetzt schon Gedanken über die Zeit nach der Rehabilitation zu machen. Bitte tragen Sie in das beiliegende Blatt ein, was Sie sich in Bezug auf Ihre gesundheitlichen Ziele vorgenommen haben und bringen Sie es zum Nachsorgegespräch mit.

Bitte bedenken Sie dabei, je ausführlicher, konkreter und persönlicher Sie Ihre Pläne festlegen, desto hilfreicher sind sie später.

Medikamentenliste und Gesundheitspass Diabetes

Bitte bringen Sie zum Nachsorgegespräch außerdem Ihre aktuelle Medikamentenliste und (sofern vorhanden) Ihren Gesundheitspass Diabetes mit.



Information für Ärzte und Ärztinnen

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

die Abteilung für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin des Universitätsklinikums Freiburg führt zusammen mit der AOK Rheinland/Hamburg und der Klinik Niederrhein in Bad Neuenahr ein Projekt zur Verbesserung der Versorgung bei Diabetes mellitus Typ 2 durch, an dem ihr/e Patient/in teil nimmt.

Im Rahmen der Studie wurde Ihrem Patienten / Ihrer Patientin eine stationäre Rehabilitation empfohlen. Vielen Dank, dass Sie diese Empfehlung unterstützt haben.

Ein weiterer Aspekt der Studie ist eine telefonische Reha-Nachsorge über 12 Monate. Ihr/e Patient/in wurde während der stationären Rehabilitation in der Klinik Niederrhein zufällig der Gruppe, die eine Nachsorge erhält, zugeteilt.

Ziel der telefonischen Nachbetreuung ist die Begleitung der Patienten/innen bei der Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen im Alltag. Während der Rehabilitation angestoßene Lebensstiländerungen sollen verstetigt und das Diabetes-Selbstmanagement verbessert werden. Ein persönlicher Plan hilft Ihrer/m Patientin/en dabei sein Verhalten konkret zu planen. Im Rahmen der Studie wird eine speziell ausgebildete Betreuerin Ihre/n Patienten/in einmal im Monat anrufen. Zentrale Ergebnisparameter der Reha-Nachsorge sind die Medikamenten-Adhärenz, ausreichend Bewegung, eine Diabetes angemessene Ernährung sowie das Nichtrauchen.

Für Sie als behandelnde/n Ärztin / Arzt ergeben sich keine weiteren Veranlassungen. Bitte unterstützen Sie die Bemühungen Ihres Patienten / Ihrer Patientin.

Für Rückfragen, Kritik und Anregungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Hartmut Pollmann
(Studienleitung)
Klinik Niederrhein

53445 Bad Neuenahr
Tel. (2641) 751-2105

PD Dr. Oskar Mittag
(Studienleitung)
Universitätsklinikum Freiburg

Abt. Qualitätsmanagement u. Sozialmedizin,
79106 Freiburg
Tel. (0761) 270-7354

Allgemeiner Leitfaden zur Verhaltensänderung

Ziele des Leitfadens:

Der Leitfaden Verhaltensänderung soll einen Überblick über die Prinzipien und Anwendungsalgorithmen der verschiedenen Strategien geben. Er soll bei der Vielzahl der möglichen Interventionen in verschiedenen Bereichen eine Orientierungshilfe bieten und die Zielgerichtetheit der Beratung unterstützen.

Grundsätze der Beratung:

1. Die Beratung sollte sich an der persönliche Problematik des Patienten orientieren und seine individuelle Lebenslage berücksichtigen.
2. Die Beratungsgespräche orientieren sich an der Grundhaltung und den Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung.

Der Leitfaden enthält keine Standardlösungen, sondern individuelle Strategien zur Umsetzung von Verhaltensänderungen werden im Gespräch mit dem Patienten erarbeitet. Der Patient ist dabei als Experte für seine Situation und sein individuelles Vorgehen zu betrachten. Durch spezifische, gezielte Fragen wird er dabei vom Berater unterstützt.

Motivationale vs. volitionale Phase

Die Beratung orientiert sich grob an zwei Phasen, die sich bei Verhaltensänderung bzw. bei gesundheitsrelevantem Verhalten unterscheiden lassen: einer motivationalen Phase und einer volitionalen Phase.

Die motivationale Phase ist gekennzeichnet durch fehlende Absicht oder Ambivalenz („*Ich sollte, aber...*“) zur Verhaltensänderung. Ziel der motivationalen Phase ist die Bildung einer möglichst konkreten Verhaltensabsicht. In der volitionalen Phase sollten der Patient dabei unterstützt werden, aus dieser Verhaltensabsicht möglichst spezifische, messbare, handlungsorientierte, herausfordernde, aber realistische (Teil-)Ziele abzuleiten und diese in Handlungsplänen (Persönliche Pläne) zu konkretisieren. Mögliche Schwierigkeiten (Barrieren) bei der Umsetzung des Persönlichen Plans und deren Bewältigung sollten besprochen werden.

Das Durchlaufen der motivationalen Phase wird als Voraussetzung für die erfolgreiche Bewältigung der volitionalen Prozesse betrachtet. In den beiden Phasen werden unterschiedliche Prozesse angenommen, die durch spezifische Strategien unterstützt werden können.

Das allgemeine Schema zur Verhaltensänderung (S. 20) gibt in Form eines Flussdiagrammes einen Überblick über den schematischen Ablauf eines Beratungsgesprächs.

Die in den Phasen wichtigen innerpsychischen Vorgänge können durch entsprechende Fragen unterstützt bzw. angestoßen werden. Dazu muss zunächst festgestellt werden, in welcher Phase des Veränderungsprozesses sich der Patient befindet. Dies geschieht durch **gezielte Fragen zur Verhaltensabsicht** in Bezug auf die **Zielkriterien** der Studie.

Zielkriterien

Für die einzelnen Reha-Bereiche werden Schwellenwerte festgelegt, welche die Intervention steuern. Bei Erreichen des Zielkriteriums in diesem Bereich, wird der Reha-Zielbereich von der Beratungskraft aus dem Gesprächsleitfaden herausgenommen. Ist von einer ausreichenden Stabilisierung des Verhaltens auszugehen (= Verhalten wird seit mindestens sechs Monaten so praktiziert), kann Reha-Zielbereich als nicht relevant markiert werden. Soll Bereich erst beim übernächsten Gespräch wieder thematisiert werden, kann Reha-Zielbereich mit „momentan nicht relevant“ gekennzeichnet werden.

Werden die Zielkriterien für im Reha-Zielbereich nur teilweise erfüllt, wird eine Beratung bis zur vollständigen Erfüllung der Zielkriterien angestrebt. Die Beratung orientiert sich dann ebenfalls an dem allgemeinen Beratungsschema. Dabei kann zur Steigerung der Zuversicht (Selbstwirksamkeitserwartung) an bisheriges, im Sinne der Zielkriterien positives Verhalten, angeknüpft werden.

Bsp.: Zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung Transfer von bisheriger Bewegungsaktivität *„Zeit zu finden, einmal in der Woche spazieren zu gehen, gelingt Ihnen doch gut. – Was hat Ihnen dabei geholfen? Könnte Ihnen das auch bei... helfen?“*

Oder: *Wie fühlen Sie sich danach? Was könnten Sie noch tun?*

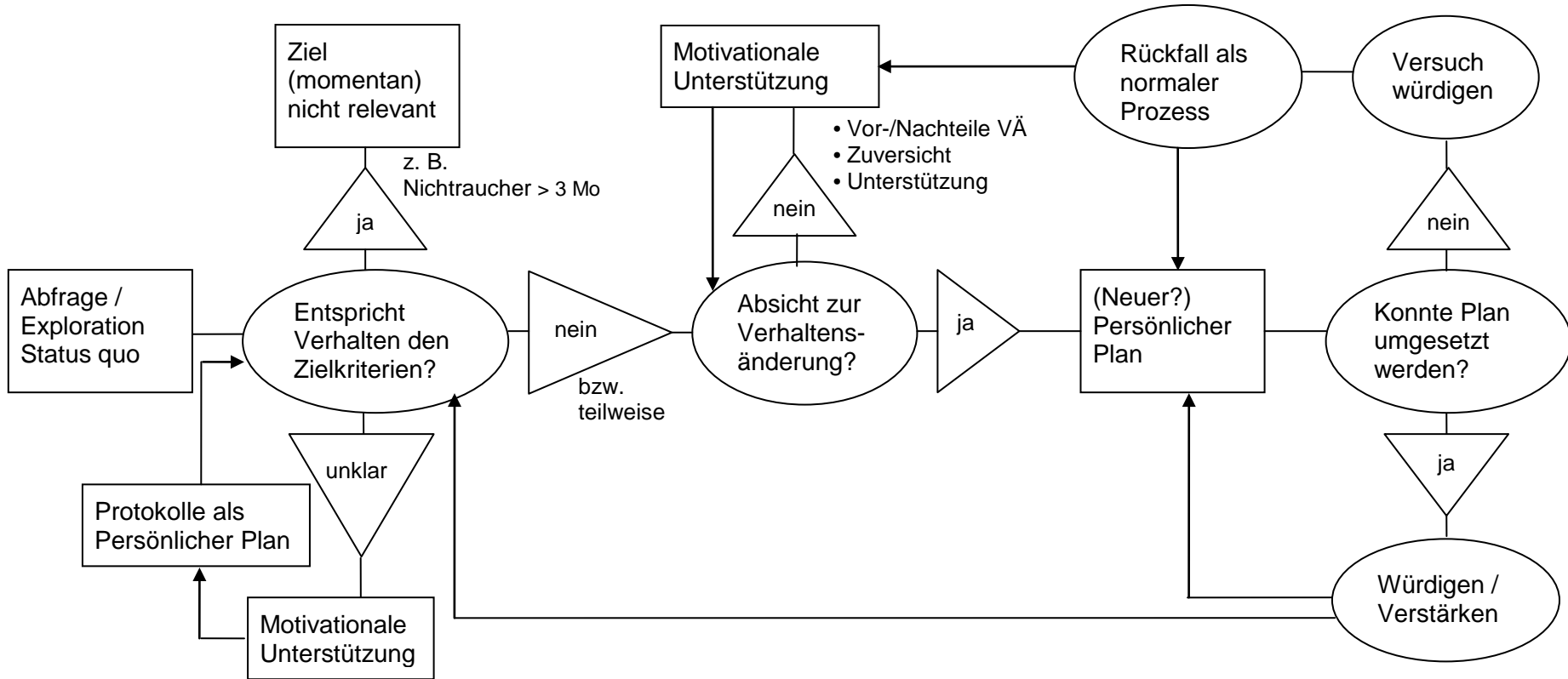
Anmerkung Gewicht:

Gewichtsreduktion stellt kein konkretes handlungsorientiertes Ziel dar, sondern sollte durch spezifische, handlungsorientierte Ziele, die auf mehr Bewegung und gesunde Ernährung fokussieren, erreicht werden.

Mögliche Fragen zur Zielformulierung:

Wie könnten Sie vorgehen? Was könnten Sie tun, um Gewicht zu reduzieren? Was würde passieren, wenn Sie mehr Energie verbrauchen als Sie zu sich nehmen?

Allgemeines Schema zur Verhaltensänderung



Fragen zur Stadienmessung

Um festzustellen, durch welche Beratungsstrategien der Patient effektiv unterstützt werden kann, werden Fragen gestellt, die sich auf die bereichsspezifische Verhaltensabsicht beziehen.

Abfrage Verhaltensabsicht: *Beabsichtigen / Planen Sie in nächster Zeit... mehr Sport zu treiben / sich mehr zu bewegen ...nicht mehr zu rauchen etc.?*

Motivationale Unterstützung (= Motivationale Phase)

Ziel der motivationalen Phase ist die Bildung einer möglichst konkreten Verhaltensabsicht, um daraus spezifische, messbare und handlungsorientierte (Teil-)Ziele abzuleiten.

Wichtige Variablen, die mit der Motivationsbildung in Zusammenhang stehen sind die

- **Risikowahrnehmung und eine negative Bewertung** des bisherigen Verhaltens in Bezug auf die eigene Gesundheit
- die Erwartung eines positiven Nutzens der Verhaltensänderung für die eigene Person (**Ergebniserwartung**) sowie
- die **Selbstwirksamkeitserwartung (Zuversicht)** in Bezug auf die Verhaltensänderung (persönliche Überzeugung, das Verhalten umsetzen zu können).

Ziel des Gesprächs in der motivationalen Phase ist es damit zusammenhängende Prozesse anzustoßen. Dies sind insbesondere:

1. **Das Erkennen eines Verhaltens als Problem für die eigene Gesundheit.**
2. **Das Problem und damit das Ziel zu definieren und es möglichst konkret zu beschreiben**

Strategien zur motivationalen Unterstützung

Zur Steigerung der Risikowahrnehmung

Erscheinen sinnvoll bei Absichtslosigkeit: Patient hat sich noch keine ausreichenden Gedanken über das mit dem Verhalten einhergehende Risiko.

- **Vermitteln von Information:**

Was denken / wissen Sie über...?“ „Wie wirkt sich das auf Ihren Diabetes aus?“ „Was sind Ihre Sorgen bzgl. des hohen Blutdrucks / Diabetes... für die Zukunft?“ „Angenommen Sie machen weiter wie bisher ohne Änderungen. Was könnte das Schlimmste sein, das geschieht?“

Achtung: Vorsicht bei Informationen – bitte MI beachten!

Zur Veränderung der Ergebniserwartung:

Ziel: Erkennen des Nutzens eines Zielverhaltens für die eigene Person.

- **Bewusstes Wahrnehmen der Konsequenzen von Verhalten:** *Wie wirkt sich das auf Ihren Diabetes aus? auch: Wie würde sich das auf Ihren Diabetes auswirken? Was könnten Sie (noch) tun, umIhre Blutzuckerwerte zu verbessern / Ihr Gewicht zu reduzieren / Ihre Fitness zu steigern / Ihr Risiko für Folgeerkrankungen zu reduzieren? Was könnten Sie damit erreichen?*
- **Entscheidungsbalance:** *Welche Vorteile hätte dies, was wären die Nachteile (unangenehmen Seiten) einer Veränderung? Was denken Sie zur Zeit über....? Welche Konsequenzen befürchten Sie? Was beunruhigt Sie an der gegenwärtigen Situation? Was könnten Sie oder andere an Ihrem Nikotinkonsum Besorgnis erregend finden? Inwiefern gibt Ihnen das zu denken? Was glauben Sie wird geschehen, wenn Sie nichts verändern? Wie würde dann ihr Tagesablauf aussehen? Was wäre denn das Gute an einem Gewichtsverlust? Was glauben Sie, sollten Sie tun? Wenn Sie bei erfolgreich wären, was wäre dann anders?*
- **Herstellen eines emotionalen Bezuges zum Problemverhalten:** *Wie geht es Ihnen damit? Wie fühlen Sie sich dabei?*
- **Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen:** *Was würde Ihre Familie dazu sagen? Wie würden Ihre Frau das finden?.Wer könnte Sie dabei unterstützen? Wie könnten Sie das mit der-/demjenigen besprechen? Wer könnte zum Erfolg der Veränderung beitragen?.*

Zur Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung:

- **Fokussieren auf erlebten Handlungserfolg** *Welche schwierigen Dinge haben Sie bereits gemeistert? In ihrem Leben haben Sie bestimmt schon einmal etwas Neues gelernt oder eine Gewohnheit verändert. Wie sind Sie dabei vorgegangen? Wann haben Sie so etwas schon einmal gemacht Was hat Ihnen dabei geholfen? Wie haben Sie sich dabei gefühlt?*
- Hier ist es möglicherweise hilfreich sich die Situation vom Patienten schildern zu lassen. Wie wurden die Veränderungen vorbereitet, auf was ist der Patient besonders stolz dabei.... Der Patient sollte dabei unterstützt werden, den erfolgreichen Veränderungsprozess zu analysieren. Über welche Ressourcen verfügt der Patient.

Achtung: der Patient soll Argumente für die Zuversicht bringen, nicht der Berater.

- **Stellvertretender Handlungserfolg anderer** *Kennen Sie Personen, die dabei erfolgreich waren? Wie sind diese vorgegangen? Was tun andere Personen (haben andere Leute, die Sie kennen getan), um..... zu erreichen?*
- **Verbale Selbstüberzeugung** *Mit welchen Worten könnten Sie sich selbst Mut dabei machen? Welche persönlichen Stärken könnten Ihnen dabei helfen? Hier auch Zuversichtlichkeitsskala einsetzbar.*

- **Verbale Verstärkung:** „Ich bin mir sicher, dass Sie das schaffen. Sie klingen sehr entschlossen.“

Arbeitsunterlagen

Zur Unterstützung der Beratung in der motivationalen Phase können folgende Arbeitsunterlagen eingesetzt werden.

Arbeitsblatt zur Entscheidungsbalance

Kann hilfreich sein, um die positiven und negativen Aspekte des gegenwärtigen oder eines erwünschten Verhaltens zu ergründen und einander gegenüber zu stellen. Z. B. kann man gefragt werden, was an dem gegenwärtigen Verhalten positiv ist. Nach einer Seite zu fragen, regt zum Erzählen an und hilft beide Seiten der Ambivalenz aufzuklären.

Protokolle (z. B. Bewegungsprotokoll, Ernährungsprotokoll)

Ziel dabei: Problembewusstsein schaffen; bewusstes Wahrnehmen von emotionalen und kognitiven Konsequenzen des Problemverhaltens und seiner Konsequenzen (Keller, Kaluza, & Basler, 2001).

Dem Patienten sollte dabei klar kommuniziert werden, **dass das Ausfüllen eines Protokolls einen ersten wichtigen Schritt zur Veränderung einer Gewohnheit darstellt.** Können dem Patienten per mail zugesandt werden. Das Führen bzw. Ausfüllen dieser Unterlagen kann als Persönlicher Plan festgehalten werden.

Zuversichts- und Dringlichkeitsskala können während des Beratungsgesprächs als Elemente zu Exploration der Ambivalenz für Veränderungen eingesetzt werden. Dabei handelt es sich um visuelle Analogskalen von 0 (gar nicht wichtig) bis 10 (extrem wichtig). Dem Patienten wird der Aufbau der Skala dabei erklärt und er wird gebeten einzuschätzen **„Wie dringend es für ihn ist ... z. B. mit dem Rauchen aufzuhören.“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht wichtig										extrem wichtig

bzw. **„Wie zuversichtlich er istumzusetzen, falls er sich bereits entschieden hätte“**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
gar nicht zuversichtlich										extrem zuversichtlich

Die Antwort darauf kann verwendet werden, um im Sinne der Motivierenden Gesprächsführung weiteren „change talk“ hervorzurufen.

- *Warum sind Sie bei ... und nicht bei null?*
- *Was wäre nötig, um Sie von ... auf ... zu bringen?*

Achtung: **nicht** fragen, Warum sind Sie bei ... und nicht bei 10?, weil die Antwort dann ein Argument gegen die Veränderung darstellt.

Übergang zur Handlungs- und Bewältigungsplanung

Kann mittels einer überleitenden **Zusammenfassung** des bisherigen Gesagten erfolgen.

Diese kann sich beziehen auf

- die Ambivalenz der Person, dabei v. a. Anerkennung der positiven Argumente für die Aufrechterhaltung des Status quo.
- eine Wiederholung der Wünsche, Vorstellungen, Gründe und Pläne für eine Veränderung, die vom Patienten genannt wurde.

Sinn dieser Zusammenfassung ist es, so viele Gründe wie möglich für die Veränderung zusammenzufassen und gleichzeitig die Ambivalenz oder das Zögern anzuerkennen.

Schlüsselfragen zum Übergang in die volitionale Phase (können hier oder bereits früher eingesetzt werden):

- *Was könnten / werden Sie jetzt tun?*
- *Was denken Sie jetzt über....?*
- *Was könnten die nächsten Schritte sein?*
- *Welche Veränderungen möchten Sie vornehmen?*
- *Welche Möglichkeiten haben Sie?*
- *Was geschieht als nächstes?*
- *Wie soll es weitergehen?*

Ziel der Motivationalen Phase ist die Bildung einer Verhaltensabsicht in Bezug auf ein möglichst spezifisches Ziel.

Bei globaler Verhaltensabsicht z. B. *Ich möchte (sollte) mich mehr bewegen* muss zunächst an der Konkretisierung des Ziels gearbeitet werden.

- *Wie könnten Sie das erreichen? Was könnten Sie konkret dafür tun?*
- *Wer könnte Sie dabei unterstützen? Was beabsichtigen Sie zu tun?*
- *Was könnten Sie versuchen? Was denken Sie, könnte ein erster Schritt sein?*

Beispiel zur konkreten Zieldefinition (Ableitung auf der Grundlage des spezifischen Problemverhaltens)

Die Problemdefinition „zuviel Naschen“ oder noch genauer „Naschen nach den Mahlzeiten“ oder „Zu fettes Essen“ ist sehr viel besser als „Ich kann mich nicht an die komplizierten Ernährungsempfehlungen halten.“

Vorteile der konkreten Problembeschreibung:

- Eine konkrete Zielformulierung wird möglich, wie „Kein Naschen mehr nach dem Abendessen“ oder „fettarme Milchprodukte einkaufen“
- „Katastrophisieren“ und ein Gefühl der Ohnmacht beim Patienten wird vermieden.

Bei Schwierigkeiten mit der Zielformulierung und Verhaften am Problem kann auch die „Sondern“-Formulierung hilfreich sein: *„Sie wollen also nicht mehr..., sondern...?“*

Achtung: Oft wird globale Verhaltensabsicht geäußert, aber gegen spezifische Ziele argumentiert. Um Reaktanz zu vermeiden, sollte der Berater von Anfang an die persönliche Wahlfreiheit und Eigenverantwortung des Patienten betonen.

Deshalb äußerste Zurückhaltung bei Verhaltensvorschlägen. Interpretation des Widerstandes als Ambivalenz und als Hinweis auf eine Störung in der Beratungskommunikation. Anhaltender Widerstand macht eine Veränderung unwahrscheinlicher!

→ Strategien der Motivationalen Phase und des Motivational Interviewing nutzen.

Handlungs- und Bewältigungsplanung (= Volitionale Phase)

Ziel dieser Phase ist die konkrete Planung, Umsetzung sowie die Aufrechterhaltung des gesundheitsdienlichen Verhaltens. Zentrales Instrument dabei sind die **Persönlichen Pläne** und die Bewältigungsplanung für kritische Situationen. Des Weiteren ist zu beachten, dass Volition eine endliche Ressource darstellt. D.h. der Patient sollte sich bei der Verhaltensänderung nicht überfordern, sondern sich auf die Umsetzung von ein bis zwei „Persönlichen Plänen“ zur gleichen Zeit beschränken. Die Auswahl der Bereiche sollte sich an der **persönlichen Zielhierarchie** des Patienten orientieren.

Exploration der persönlichen Zielhierarchie des Patienten

- *Welche Ziele/Probleme stehen für Sie im Vordergrund?*
- *Was erscheint Ihnen am dringlichsten?*

Sehr allgemeine Ziele wie Gewichtsreduktion müssen zuerst in konkrete, messbare, herausfordernde, aber realistische Ziele und daraus abgeleiteten Plänen umgesetzt werden.

- *Wie könnten Sie das erreichen? Was könnten Sie konkret dafür tun?*
- *Wer könnte Sie dabei unterstützen?* (s. Motivationale Phase)

Persönliche Pläne

umfassen zwei Aspekte.

1. Handlungsplanung: die konkrete Planung der Handlung.
2. Bewältigungsplanung: eine Antizipation der zu erwartenden Hindernisse und Festlegen der entsprechenden Reaktionen.

Beide Aspekte sollen besprochen werden und die konkreten Planungsergebnisse in den entsprechenden Feldern des Arbeitsblattes „Persönlicher Plan“ eingetragen werden. Die Besprechung dieser Felder sowie die Evaluation der darin festgelegten Strategien ist wichtiger Bestandteil des nächsten Beratungsgesprächs.

Handlungsplanung

Die Pläne sollten möglichst konkret und handlungsorientiert sein und umfassen i. d. R. den Zeitraum der nächsten vier Wochen, da dann turnusgemäß das nächste Gespräch stattfindet. Sie werden als „Persönlicher Plan“ festgehalten und können dem Patienten als Arbeitsblatt „Persönlicher Plan“ ausgedruckt und ausgehändigt (Nachsorgegespräch) oder per Email zugesandt werden (Beratungsgespräch).

Was hat sich der Klient vorgenommen, z. B. welche körperlichen Aktivitäten möchte er in Zukunft ausüben? Oder welche Bewegungsarten möchte er in den nächsten Wochen ausprobieren? Oder welche Lebensmittel wird er in den nächsten Wochen durch welche ersetzen? In den einzelnen Spalten sollte die Planung der Handlung möglichst noch näher konkretisiert werden. Je präziser, konkreter und persönlicher die Pläne formuliert werden, desto hilfreicher sind sie. In der Ausformulierung der Persönlichen Pläne sollte genau festgelegt sein Wann/ Wo / Wie / Mit wem? der Persönliche Plan in diesem Bereich umgesetzt wird.

- *Wenn Sie jetzt daran denken, was Sie sich vorgenommen haben. Wann, wo und wie planen Siesich mehr zu bewegen?“*
- *Mögliche Info: Je präziser, konkreter und persönlicher Sie Ihre Pläne formulieren, desto hilfreicher sind sie.*
- **Wann** wollen / können Sie das umsetzen?
- **Wo** könnten Sie das tun?
- **Wie** integrieren Sie das am besten in Ihren Tagesablauf?
- **Mit wem?** Wer könnte Sie dabei unterstützen oder begleiten? Z. B. Wie können Ehepartner / Familienmitglieder Sie dabei unterstützen?

Dabei sollte auch sichergestellt werden, dass der Patient über die nötigen Strategien verfügt um nach Unterstützung zu fragen. *Wie könnten Sie um Unterstützung bitten?* Stellt dies ein problematisches Element dar, kann angeboten werden, die entsprechende Bitte in einem Rollenspiel zu üben *Wie könnten Sie Ihre Frau / Ihren Sohn darum bitten?*

Auch hilfreich kann hier die **Angenommen, dass....- so tun als ob – Strategie** sein

- *Lassen Sie uns doch einfach einmal so tun, als ob diese Veränderung bereits geklappt hat und wir schauen auf den Weg zu diesem Erfolg zurück. Wie ist es dazu gekommen? Was hat funktioniert?*
- *Angenommen dieses Hindernis stünde Ihnen nicht im Weg. Wie würde es dann weitergehen?*

Bewältigungsplanung

Hier geht es darum mögliche Hindernisse bei der Umsetzung der Persönlichen Pläne vorwegzunehmen und Strategien für den Umgang mit diesen Barrieren zu entwickeln. Sowohl die antizipierten Hindernisse als auch die Strategien werden in den entsprechenden Feldern des Persönlichen Plans eingetragen und beim nächsten Gespräch hinsichtlich ihrer Effektivität evaluiert.

Achtung: Die Aufgabe des Beraters besteht nicht darin Lösungen vorzuschlagen, sondern weitere Gedanken und Ausführungen beim Patienten anzuregen. Dazu kann auch nach Beispielen gefragt werden.

- *Welche Hindernisse könnten bei der Umsetzung dessen was Sie sich in Bezug auf... vorgenommen haben auftauchen?*
- *Was könnte bei diesem Plan schief gehen?*
- *Welche Probleme könnte es bei der Umsetzung des Persönlichen Plans geben?*
- *Was könnten Sie tun, wenn...?*
- *Was könnte Sie davon abhalten....?*
- *Warum könnte Sie das davon abhalten?*

Mögliche Barrieren / Hindernisse bei der Umsetzung von Persönlichen Plänen könnten sein:

- ▶ Gedanken, z.B. Überzeugungen, dass die Umsetzung des Planes nicht effektiv ist in Bezug auf den Diabetes
 - → Motivationale Phase; Strategien zur Veränderung der Ergebniserwartung
- ▶ Emotionen, Mangel an Selbstwirksamkeitserwartung
 - → Strategien zur Steigerung der Selbstwirksamkeit z. B. Transfer von Bereichen, in denen der Patient bereits positive Erfahrungen gemacht hat. *„Die Planung Ihrer Mahlzeiten gelingt Ihnen aber sehr gut.“* Weitere wie Fokussieren auf erlebten Handlungserfolg *„Welche schwierigen Dinge haben Sie bereits gemeistert?“* oder Verbale Selbstüberzeugung *„Mit welchen Worten könnten Sie sich selbst Mut dabei machen? (s. Motivationale Phase)*
- ▶ Mangel an sozialer Unterstützung → Problemlöseschema/-training anwenden
- ▶ mangelnde Ressourcen, zu wenig Zeit oder Geld → Problemlöseschema anwenden
- ▶ Umgebungsfaktoren wie mangelnde Angebote → Problemlöseschema verwenden

Dabei ist es wichtig nicht nur die Barrieren zu identifizieren, sondern auch **warum** diese Hindernisse darstellen.

Dazu kann es auch hilfreich sein, frühere Erfahrungen des Patienten zu analysieren. *Was haben Sie schon einmal versucht, um....? Warum hat das nicht geklappt? Was müsste anders sein damit...?*

Der nächste Schritt stellt das Formulieren von Strategien zur Überwindung dieser möglichen Hindernisse dar. Mit gezielten Fragen soll der Patient dabei unterstützt werden Alternativen zu formulieren und diese anschließend zu bewerten.

Hier kann in Anlehnung an das Problemlöseschema vorgegangen werden:

1. Schritt: Problemanalyse und konkrete Problemdefinition

Warum könnte das ein Problem sein?

2. Ideen / Strategien sammeln:

Ideen zunächst kritiklos sammeln, da es zunächst darum geht neue, kreative und ungewöhnliche Ansätze zu generieren, um über die gewünschten Veränderungen nachzudenken. Die Ideen sollten hauptsächlich vom Patienten kommen. Der Berater hält die Ideen allerdings stichwortartig fest, um eine spätere Bewertung vom Patienten vornehmen zu lassen.

- *Wie könnten Sie mit diesen Schwierigkeiten umgehen? Was könnten Sie in einer solchen Situation tun? Bitte lassen Sie Ihrer Phantasie freien Lauf und bewerten Sie diese Ideen zunächst nicht.*
- *Wie könnten Sie solche schwierigen / kritischen Situationen meistern?*
- *Wie haben Sie solche Situationen bisher erfolgreich bewältigt? Könnte Ihnen das jetzt auch helfen?*
- *Wie sind andere Personen, die Sie kennen mit solchen Schwierigkeiten/Hindernissen umgegangen? Wäre das auch für Sie eine Möglichkeit? Welche Hilfe und Unterstützung bräuchten Sie dazu? Wer könnte Sie dabei unterstützen?*
- *Was könnten Sie sich selbst sagen, um sich darin zu bestärken (z. B. nur Hühnchen statt Schweinefleisch zu essen)?*
- *Wie könnten Sie Ihren Tagesablauf verändern, damit es Ihnen leichter fällt....? Welche Veränderungen zu Hause, am Arbeitsplatz könnten Ihnen dabei helfen... (z. B. nach den Mahlzeiten nicht zu naschen / abends noch einen Spaziergang zu machen)?*

Dabei sollte auch an die Vermeidung einer bestimmten kritischen Situation für eine gewisse Zeit gedacht werden.

Wenn Patient trotz Nachfragen keine eigenen Lösungsmöglichkeiten sieht, besteht die Möglichkeit, zum Anbieten von Alternativen (Vorsicht s. Informationen und Ratschläge).

- Wenn Sie es wünschen, kann ich Ihnen eine Reihe von Möglichkeiten nennen, die andere Personen erfolgreich eingesetzt haben. Welche davon würden Sie bevorzugen? Welche könnte für Sie auch funktionieren?

Damit ist es Aufgabe der Person eher auszuwählen und nicht zu widerlegen.

3. Strategien auswählen:

Der Patient beurteilt, welche der gesammelten Ideen er für annehmbar, umsetzbar und erfolgversprechend hält und warum.

- Welche Vor- und Nachteile haben die einzelnen Möglichkeiten? Wie nützlich sind sie? Was scheint Ihnen am besten umsetzbar?

Beispiele zur Handlungs- und Bewältigungsplanung

Beispiel 1:

Persönlicher Plan (Handlungsplanung): Am Donnerstagabend gehe ich mit meiner Frau zum Schwimmen ins Hallenbad.

Bewältigungsplanung:

Kritische Situation: Wenn ich von der Arbeit nach Hause komme bin ich immer so erschöpft und kann mich dann nicht mehr aufraffen.

Mögliche Strategien (dann werde ich...):

- Direkt nach der Arbeit zum Schwimmen fahren.
- Mich daran erinnern, wie wohl ich mich nach dem Schwimmen immer fühle.

Beispiel 2:

Persönlicher Plan: Samstagmittag laufe ich mit bei der Nordic Walking-Gruppe.

Kritische Situation: Es regnet.

Dann werde ich....zum Schwimmen fahren. ...am Sonntagmorgen mit meiner Frau (alleine) walken gehen...mir regenfeste Walking-Kleidung kaufen...

Beispiel 3:

Persönlicher Plan: Aufhören fettreiche Nahrungsmittel zwischen den Mahlzeiten zu essen.

Konkretisierung (Wann, wo...): Abends nicht mehr vor dem Fernseher naschen.

Kritische Situationen: Lust auf Süßes, Salziges.

Dann werde ich (mögliche Strategien):

- Keine Naschereien mehr auf Vorrat kaufen, sondern extra frisches Obst kaufen.
- Ein Fruchtojoghurt mit 1,5% Fett essen.
- Ein Stück Obst / Knäckebrot essen und ein Glas Früchtetee dazu trinken.

Strategien zur Erhöhung der Selbstverpflichtung zur Umsetzung der Pläne

- Was wäre hilfreich, um sich an die Pläne zu erinnern?
- Wie könnten Sie sich dabei unterstützen, an den Plan zu denken?
- Was könnte Ihnen sonst noch dabei helfen....?

- *Ich möchte Ihnen nichts vorschlagen, kann Ihnen aber erzählen, was andere machen, um sich selbst dabei zu unterstützen. –Ob das auch für Sie funktionieren kann, müssen Sie entscheiden.*

Mögliche Strategien:

- in den Kalender einzutragen.
- sich fest zu versprechen wie geplant zu handeln (mit sich selbst einen Vertrag machen)
- Öffentliches Bekunden der Absicht z. B. jemanden davon erzählen, mit jemand eine „Wette eingehen“
- **Belohnungsstrategie:** gezieltes Einsetzen von Belohnung *Wie könnten Sie sich dafür belohnen? Was könnten Sie sich dafür Gutes tun?*

Die Belohnungsstrategie ist vor allem dann wichtig, wenn es um Änderung von Verhalten geht, das primären Belohnungscharakter hat wie Essen oder Rauchen. Hier ist es wichtig andere Verhaltensweisen zu finden, mit denen sich der Patient selbst belohnen kann.

Gesprächsabschluss: Zusammenfassen der Pläne zur Erhöhung der Selbstverpflichtung

Beispiel:

Sie wollen also Ihr Gewicht durch Ernährung und körperliche Bewegung verringern. Sie wollen sich nächste Woche bei der Laufgruppe anmelden und immer samstags mitlaufen. Außerdem wollen Sie die nächste Woche jeden zweiten Tag ein belegtes Vollkornbrot und ein Stück Obst als Zwischenmahlzeit zur Arbeit mitnehmen und an diesen Tagen nicht mit den Kollegen zum Imbiss gehen. Sie noch etwas unsicher, was diesen Plan angeht, da Sie dann die Mittagspause allein verbringen werden, sind aber überzeugt, dass Sie etwas ändern müssen und dass dies der für Sie mögliche Weg ist. Habe ich das richtig verstanden?

Antwort sollte hier „Ja“ lauten.

Bei „Ich glaube schon“ bzw. „Ich werde darüber nachdenken“ sollte nachgefragt werden, welche Bedenken bestehen und welche Änderungen aus Sicht des Patienten Sinn machen.

Einführungsgespräch zur telefonischen Nachsorge: Dem Patient wird das Original des persönlichen Plans aushändigen; Kopie dient zur Übertragung in den PC.

Bei telefonischer Beratung sollten neue Pläne möglichst per Email zugesandt werden.

Sollte dies nicht möglich sein, wird der Patient gebeten, sich seinen Persönlichen Plan und Strategien für die Kritischen Situationen selbst aufzuschreiben.

Besprechung der Persönlichen Pläne beim nächsten Telefonat (Feedbackgespräche)

Besprechung des Arbeitsblattes „Was habe ich umgesetzt?“.

Dabei wird bewertet, in wie weit die Persönlichen Pläne umgesetzt werden konnten und welche der Strategien für kritische Situationen hilfreich waren und welche weniger. Diese Bewertungen entscheiden darüber, ob der Patient das neue Verhalten aufrecht erhält, einen neuen Versuch unternimmt oder bei Misserfolg aufgibt.

- *Wie ging es Ihnen dabei? „Wie haben Sie sich dabei / danach gefühlt? (Einbeziehung der emotionalen Komponente bei der Handlungsbewertung).*
- *Welches sind für Sie dabei die wichtigsten Vorteile.*
- *Was hat gut funktioniert?*
- *Was hat bisher am meisten geholfen?*
- *Wo gab es Probleme?*
- *Was sollte geändert werden, damit...?*

Wichtig ist in dieser Phase, dass der Patient für Erfolge (auch kleine Teilerfolge, -schritte in Richtung neuen Verhaltens) eine positive Rückmeldung erhält. Diese Erfolge sollte er sich selbst zuschreiben.

- *Ich finde es toll, dass Sie es geschafft haben....*
- *Finde ich super, dass...- Ich kann mir vorstellen, dass es nicht einfach war...*

Konnte Patient das Verhalten nicht umsetzen, sollte dies den für ihn nicht passenden Strategien oder der mangelnden Vorbereitung zugeschrieben werden. Möglicher Weise muss auch der Plan angepasst werden. Die nicht gelungene Umsetzung sollte als Gelegenheit gesehen werden daraus zu lernen, um noch bessere Strategien für kritische Situationen zu entwickeln. Versagen sollte in Versuchen umformuliert werden. Die Besprechung der Erfahrung dient dann dazu dem Patienten seine bisherigen Anstrengungen als Schritte auf dem Weg zu einem Ziel zu definieren. Wichtig ist, dass der Patient einen erneuten Versuch zur Umsetzung des Verhaltens unternimmt. „Alles-oder-nichts“-Denken sollte verhindert werden. Ein Versuch stellt etwas Lobenswertes dar. Z. B. gelingt es Rauchern normalerweise nicht, das Rauchen beim ersten Versuch aufzugeben. Im Durchschnitt benötigen sie drei bis vier ernsthafte Versuche bevor Sie ihre Tabakabhängigkeit überwinden. Zuversicht kann gefördert werden, indem das Nicht-Gelingen veränderlichen Faktoren wie Glück oder der speziellen Situation zugeschrieben wird.

- *Möglicher Weise war dies für Sie nicht der passende Weg. Was sollte geändert werden, damit...?“*
- *Das hat dieses Mal für Sie nicht funktioniert, was könnten Sie stattdessen beim nächsten Mal tun?“ „Wie könnten Sie sich beim nächsten Mal besser darauf vorbereiten?*

Grundsatz:

Für (auch kleine Teil-) **Erfolge loben** (verstärken) - **Misserfolge, Ausrutscher, Rückfälle nicht dramatisieren**, sondern als Bestandteile des normalen Veränderungsprozesses sehen

Was kann daraus gelernt werden? Wie können „Wann, Wo und Wie“-Pläne geändert werden, um beim nächsten Mal „Ausrutscher“ zu vermeiden?



Persönlicher Plan

Für die nächsten vier Wochen habe ich mir vorgenommen...

Denken Sie jetzt an das, was Sie sich vorgenommen haben: Wann, wo und wie planen Sie das genau umzusetzen?




Wann?	Wo?	Wie?	Mit wem?

Bitte bedenken Sie, je ausführlicher, konkreter und persönlicher Sie Ihre Pläne festlegen, desto hilfreicher sind sie.

Behalten Sie Ihre Pläne im Gedächtnis. Stellen Sie sich die Situation und Ihre geplanten Handlungen vor und versprechen Sie sich fest wie geplant zu handeln.

Was habe ich von meinem persönlichen Plan umgesetzt?

1. Woche vom _____ bis _____

Das habe ich geschafft...	Damit bin ich ...  (Bitte ankreuzen oder ausmalen)  
---------------------------	--

 zufrieden
  teilweise zufrieden
  unzufrieden

2. Woche vom _____ bis _____

Das habe ich geschafft...	Damit bin ich ...   
---------------------------	--

Wo gab es Probleme?	Was hat mir geholfen?
---------------------	-----------------------

Bitte halten Sie für den Telefontermin Ihren Persönlichen Plan, den Gesundheitspass Diabetes sowie die DMP-Dokumentation (wenn vorhanden) bereit.




3. Woche vom _____ bis _____

-Blatt 2-

Das habe ich geschafft...	Damit bin ich ...  (Bitte ankreuzen oder ausmalen)  
---------------------------	--

 zufrieden  teilweise zufrieden  unzufrieden

4. Woche vom _____ bis _____

Das habe ich geschafft...	Damit bin ich ...   
---------------------------	---

Wo gab es Probleme?	Was hat mir geholfen?
---------------------	-----------------------

Entscheidungswaage

Meine persönlichen Gründe für und gegen ... (Sport / regelmäßige Bewegung, Fettreduzierte Ernährung, Rauchen etc. – bitte für den Patienten entsprechend ergänzen!)

Vorteile	Nachteile
<p>Meine persönlichen Gründe für ...</p>	<p>Meine persönlichen Gründe gegen...</p>

Vorbemerkungen Sport und Bewegung

Meta-Analysen belegen die positiven Effekte körperlicher Bewegung auf den Stoffwechsel bei Diabetes mellitus Typ 2 (z. B. Conn et al., 2007). Die Verbesserung der Blutzuckerregulation scheint dabei unabhängig vom Gewichtsverlust zu sein (Thomas, Elliott, & Naughton, 2006). Für einen dauerhaften Effekt auf die Insulinsensitivität und die Stoffwechseleinstellung ist aber ein kontinuierlich aktiver Lebensstil erforderlich.

Die Empfehlungen für Sport und Bewegung bei Diabetes mellitus Typ 2 lauten:

- Wöchentlich 150 min moderate bis intensive aerobe körperliche Aktivität; am besten 3 x wöchentlich (American Diabetes Association, 2008)
- Um Langzeiteffekt zu erzielen, sind Belastungsintervalle von 30 – 60 min 3-4 mal pro Woche nötig (Halle, Kemmer, Stumvoll, Thurm, & Zimmer, 2008).

Am besten geeignet sind Ausdauersportarten wie z.B. schnelles Gehen, Nordic-Walking, Wandern, langsamer Dauerlauf, Schwimmen, Radfahren, Skilanglauf, Tanzen, Gymnastik, aber auch Mannschaftsspiele oder Fitnessprogramme.

Zusätzlich zum Ausdauertraining kann auch ein Krafttraining nützlich sein.

Außerdem sollte die Alltagsaktivität gesteigert werden: Gehen / Radfahren statt Autofahren, Treppensteigen, Gartenarbeit, usw.

Leitfaden Sport und Bewegung

Zielkriterien für Sport und Bewegung:

- Regelmäßige körperliche Bewegung moderater Intensität, am besten Ausdauertraining
- insgesamt mind. 2 h/Woche,
 - in mindestens 30 min-Einheiten

Beratungsschema für Sport und Bewegung

1. Erfassung des Bewegungsverhaltens

Treiben Sie Sport? Welchen? Wie oft in der Woche?

Wenn Sie an eine typische Woche zu Hause denken, an wie vielen Tagen bewegen Sie sich 30 Minuten oder mehr so, dass Sie ins Schwitzen geraten oder es Sie anstrengt?

Entspricht Bewegungsverhalten Zielkriterien?

Ja

Verhalten stabil? - Sport / Aktivität wird seit mindestens 3 Monaten so betrieben
→ **Würdigen**
→ **Reha-Zielbereich momentan nicht relevant**

Unklar

Bewegungsprotokoll als Persönlicher Plan

Wie könnten Sie feststellen, ob Sie sich ausreichend bewegen?

→ **Motivationale Unterstützung**

Nein

bzw. nur teilweise

2. Erfassung der Absicht zur Steigerung körperlicher Bewegung

Beabsichtigen / Planen Sie in nächster Zeit mehr Sport zu treiben / sich mehr zu bewegen?

Absicht zur Steigerung körperlicher Aktivität?

Ja

Würdigen

Was könnten Sie (noch) tun? Was sind die nächsten Schritte?

→ **Persönlichen Plan** ausfüllen

Nein

bzw. unschlüssig

3. Motivationale Unterstützung

Wissen über Auswirkungen körperlicher Bewegung ausreichend?

Was wissen Sie über die Effekte körperlicher Bewegung auf den Diabetes / Blutzucker?

Wie wirkt sich Bewegung auf Ihren Diabetes aus?

Nein

BeratInfo Nutzen Bewegung

PInfo Sport und Bewegung

Ja

Persönliche Gründe für und gegen körperliche Bewegung besprechen

Arbeitsblatt Entscheidungswaage

Was könnten Sie mit Sport/regelmäßiger Bewegung erreichen?

Welche Vorteile hätte es Sport zu treiben, was wären die Nachteile (unangenehmen Seiten)

→ **Zusammenfassen** der persönlichen Gründe pro und contra mehr Bewegung, dabei Ambivalenz anerkennen

Ich möchte noch einmal kurz zusammenfassen...Habe ich das alles richtig verstanden?

Es beeindruckt mich, wie viele Gedanken Sie sich darüber machen.

Zuversicht ausreichend?

Nein

Zuversichtsskala

Auf einer Skala von 0 (gar nicht zuversichtlich) bis 10 (sehr zuversichtlich): Wie zuversichtlich wären Sie das umzusetzen? Warum sind Sie bei ... und nicht bei Null?

Wann in der Vergangenheit haben Sie sich schon einmal zu einer Veränderung entschlossen und diese dann umgesetzt? Wie sind Sie dabei vorgegangen?

→ Situation schildern lassen und bei Analyse unterstützen.

Welche Ihrer persönlichen Stärken könnten Ihnen dabei helfen? Warum?

Was tun andere Personen, die Sie kennen um sich zu motivieren / Zeit für Sport zu finden?

Ja

Unterstützung ausreichend?

Wer könnte Sie bei regelmäßiger Bewegung unterstützen?

Was würde Ihre Familie / Ihre Frau dazu sagen, wenn Sie regelmäßig Sport machten / in eine Laufgruppe gingen?

Wie könnten Sie das mit der-/demjenigen besprechen?“

Absicht zur Steigerung körperlicher Aktivität?

→ **Zusammenfassen** der Wünsche, Vorstellungen, Gründe und Pläne für eine Veränderung, die vom Patienten genannt wurde, dabei Ambivalenz oder Zögern anerkennen

Nein Motivationale Unterstützung s. o.

Ja

Würdigen

Was könnten die nächsten (konkreten) Schritte sein? Wie soll es weitergehen?

Keine Ideen: BeratInfo_Ideen Bewegung

4. Abklärung der Sportlichen Fitness**Sportliche Fitness ausreichend?**

→ BeratInfo Abklärung SportFit

Nein Andere Bewegungsart / anderes Setting (wie Herzsportgruppen) wählen?

Unklar Ärztliche Abklärung der Sportlichen Fitness als Persönlicher Plan

Ja

5. Persönliche Pläne (Handlungs- und Bewältigungsplanung)**Persönlichen Plan vereinbaren**

Wenn Sie jetzt daran denken, was Sie sich vorgenommen haben. Wann, wo und wie planen Sie sich mehr zu bewegen? Wie integrieren Sie das am besten in Ihren Tagesablauf? Wer könnte Sie dabei unterstützen oder begleiten?

Kritische Situationen besprechen

Welche Hindernisse könnten bei der Umsetzung dessen was Sie sich in Bezug auf regelmäßige Bewegung vorgenommen haben auftauchen? Warum könnte Sie das davon abhalten?

Wie haben Sie solche Situationen bisher erfolgreich bewältigt? Wie sind andere Personen, die Sie kennen mit solchen Schwierigkeiten/Hindernissen umgegangen? Wäre das auch für Sie eine Möglichkeit? Welche Unterstützung bräuchten Sie dazu? Wer könnte Sie dabei unterstützen?

Was könnten Sie sich selbst sagen, um sich darin zu bestärken...?

Welche Veränderungen zu Hause, am Arbeitsplatz, im Tagesablauf könnten Ihnen dabei helfen...

Wer oder was könnte Sie dabei unterstützen, an den Plan zu denken?

Keine Ideen: BeratInfo_Ideen Kritische Situationen

Mangelnde Ressourcen (Zeit, Geld..) oder mangelnde Angebote → Problemlöseschema (Allg. Leitfaden Verhaltensänderung) anwenden.

6. Besprechung des Persönlichen Planes

Arbeitsblatt „Was habe ich von meinem persönlichen Plan umgesetzt?“

Wie ging es Ihnen mit der Umsetzung...? Was hat gut funktioniert?

Persönlicher Plan umgesetzt?

Ja

(Vollständig oder teilweise) → Würdigen

Mich beeindruckt, wie...- Ich kann mir vorstellen, dass es nicht einfach war...

Analysieren Was hat gut funktioniert / am meisten geholfen?

Wo gab es Probleme? Was sollte geändert werden, damit...?

Nein

Würdigen für Versuch

Nicht-Gelingen auf Situation / Umstände zurückführen

Was kann daraus gelernt werden? Wie können „wann, wo und wie“-Pläne geändert werden, damit beim nächsten Mal Umsetzung gelingt?

Möglicher Weise war dies für Sie nicht der passende Weg bzw. eine sehr spezielle Situation ... Wie könnten Sie sich beim nächsten Mal besser vorbereiten?

Neuer Persönlicher Plan?

7. Gesprächsabschluss

Zusammenfassen des Persönlichen Planes

Sie wollen also ... Habe ich das richtig verstanden?

Arbeitsunterlagen/Hilfsmittel,

die zur Unterstützung eingesetzt werden können:

Beratungs-Informationen

- BeratInfo_Abklärung Sportliche Fitness
- BeratInfo_Ausschluss Sport
- BeratInfo_Nutzen Bewegung
- BeratInfo_Ideen Bewegung
- BeratInfo_Ideen für kritische Situationen Bewegung

Patienten-Infoblätter für

- PInfo_Sport und Bewegung
- PInfo_Tipps Sport
- PInfo_Pulsmessung
- PInfo_Insulin & Bewegung
- PInfo_Sulfonylharnstoffe & Bewegung

Spezifische Arbeitsblätter (können auch Gegenstand der Persönlichen Pläne sein):

- Bewegungstagebuch

Sollte über mindestens drei besser fünf aufeinander folgenden Tagen geführt werden.

Beratungsinfo:

Abklärung der sportlichen Fitness

→ BeratInfo_Ausschluss Sport

Generell muss die ärztliche Unbedenklichkeit hinsichtlich der sportlichen Aktivität vorliegen. Hat der Patient bereits während der stationären Rehabilitation an den Sportprogrammen teilgenommen, können diese sportlichen Betätigungen auch nach der Rehabilitation zunächst weitergeführt werden. Treten unvorhergesehene gesundheitliche Störungen im Laufe der Nachbetreuung auf sollte der Patient zur Abklärung an den behandelnden Arzt verwiesen werden. Auch bei einer beabsichtigten Steigerung der Trainingsleistung sollte diese vom Patienten zunächst mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

Informationen zur Sportlichen Fitness werden bereits beim Nachsorgegespräch erfragt und im entsprechenden Bereich unter Somatik eingetragen.

Hat der Patient während der stationären Rehabilitation nicht an den Sportprogrammen teilgenommen und möchte erst zu Hause damit beginnen, ist ebenfalls eine erneute Abklärung der körperlichen Fitness durch den behandelnden Arzt nötig. Dies ist insbesondere wichtig, da nur der Arzt die für den Patienten sinnvolle individuelle Trainingsfrequenz festlegen kann.

Bei Risikoprofil für KHK: Empfehlung für Bewegung in einer Herz-/Koronarsportgruppe, da hier ein Arzt für Notfälle anwesend ist.

▶ **Bluthochdruck**

Kein Sport bei unbehandeltem Bluthochdruck. Eine Behandlung durch den Arzt ist unbedingt notwendig.

▶ **Retinopathie:**

- Kein Sport bei Blutungsneigung
- Blutdruckanstiege über 180-200/100mmHg vermeiden
- Nach Laserung der Netzhaut oder Augenoperation 6 Wochen keine körperliche Belastung
- kein Krafttraining oder Kampfsportarten

▶ **Neuropathie**

- Risiken durch unpassendes Schuhwerk für Diabetisches Fußsyndrom
- Ob und welche Sportarten bei diabetischem Fußsyndrom betrieben werden können, sollte mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

Liegen weitere Erkrankungen oder Einschränkungen (z. B. Asthma, Osteoporose, Teps, Bandscheibenerkrankungen) vor, sollte der Patient mögliche körperliche Aktivitäten vorab mit seinem behandelnden Arzt besprechen.

Medikation

Behandlung mit

▸ Insulin

vor, während und nach dem Sport Blutzuckermessungen durchführen

Hinweis auf Hypoglykämiegefahr

→ [PInfo Insulin & Bewegung](#)

▸ Sulfonylharnstoffen

vor, während und nach dem Sport Blutzuckermessungen durchführen

Hinweis auf Hypoglykämiegefahr durch Sport

→ [PInfo Sulfo & Bewegung](#)

▸ Bei Metformin oder Acarbose keine Unterzuckerungsgefahr

Hinweis auf niedrige initiale Belastungsintensität bei Ungeübten:

- anfängliche Belastungsdauer von 10 min nicht überschreiten, langsam steigern
- Individuelle (vom Arzt festgelegte) Trainingsfrequenz (Pulsfrequenz) als Maß für die körperliche Belastung nicht überschritten werden.

→ [PInfo Pulsmessung](#)

Achtung:

Die für den Patienten richtige Trainingsfrequenz kann in Abhängigkeit von weiteren Erkrankungen und Medikamenten variieren. Patient nach Empfehlungen für seine optimale Trainingsfrequenz (Klinik- bzw. Hausarzt-Empfehlung) fragen.

Grundsatz: keine Überforderung

→ [PInfo Tipps Sport](#)

Richtwert für Trainingsintensität: Unterhaltung sollte nebenher noch möglich sein!

Beratungsinfo:
Ausschlusskriterien Sport
bzw. anstrengende körperliche Aktivität

Kein Sport bzw. anstrengende körperliche Aktivität bei:

- akuten Erkrankungen wie fieberhafte Infekten (z.B. Erkältung)
- stark erhöhten Blutzuckerwerten über 250 mg/dl
- Unbehandeltem Bluthochdruck
- Ketonkörpern im Urin. Hier besteht akute Gefahr einer Stoffwechsellentgleisung!
- akuten Kreislaufproblemen
- schwerer diabetischer Augenerkrankung (Retinopathie) mit Blutungsneigung
- akuter Unterzuckerungsgefahr

Bei

- eingeschränkter kardialer Belastbarkeit
- diabetischem Fußsyndrom

muss ärztliche Unbedenklichkeit vorliegen.

Generell ist bei Zweifeln an der sportlichen Fitness des Patienten, zur Abklärung der physischen Belastbarkeit an den behandelnden Arzt zu verweisen. Erst nach Bescheinigung der ärztlichen Unbedenklichkeit hinsichtlich der intendierten sportlichen Betätigung, sollte diese Gegenstand von Persönlichen Plänen sein.

Beratungsinfo:

Nutzen Bewegung

Wissen des Patienten diesbezüglich schon erfragt?

Wahlfreiheit des Patienten anerkannt bzw. den Patienten um Erlaubnis gebeten?

Es gibt einige Punkte, die hier von Bedeutung sein könnten. Vielleicht kennen Sie diese auch schon. Aber um sicher zu sein, wäre es in Ordnung, wenn ich diese anspreche?

Körperliche Auswirkung von Sport und Bewegung bei Diabetes mellitus Typ 2

Studien zeigen, dass regelmäßige körperlicher Bewegung vielfältige positive Auswirkungen auf die Diabeteserkrankung hat:

▶ **Die Blutzuckerwerte werden gesenkt**

Durch Bewegung wird die Insulinempfindlichkeit der Zellen verbessert. D.h. das Insulin kann besser seiner Aufgabe, Zucker (Glukose) in die Zellen zu transportieren nachkommen. Dadurch gelangt mehr Zucker in die Zellen, also dorthin wo es gebraucht wird und der Zuckerspiegel im Blut sinkt.

Bei längeren Aktivitäten über 1 Stunde bleibt der Blutzucker sogar nach der Beendigung erniedrigt

Die Verbesserung bei den Blutzuckerwerten scheint dabei unabhängig von einem Gewichtsverlust zu sein.

▶ **Erhöhte Blutdruckwerte werden verbessert**

Je besser Sie trainiert sind, desto kräftiger wird ihr Herz. Dadurch verringert sich die Anzahl der Herzschläge, die das Herz bei gleicher Leistung erbringen muss. Ihre Gefäße und ihr Herz werden geschont.

▶ **Blutfettwerte können leichter normalisiert werden.**

▶ **•Damit steigt insgesamt die körperliche Leistungsfähigkeit.**

Wissenschaftliche Untersuchungen belegen weitere positive Effekte von körperlicher Bewegung und Sport (nicht nur bei Diabetes):

- ▶ das Wohlbefinden und die geistige Leistungsfähigkeit steigt
- ▶ eine Gewichtsabnahme ist leichter zu erreichen

Welches wären für Sie die wichtigsten Gründe, für regelmäßiges Ausdauertraining?

Wie könnten Sie herausfinden, ob das auch für Sie funktioniert?

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse vieler wissenschaftlicher Studien, dass die Effekte körperlicher Bewegung auf den Diabetes am besten sind, bei regelmäßigem Ausdauertraining, z. B. 3-4 mal pro Woche 30 – 60 min.

Als am effektivsten haben sich dabei Ausdauersportarten gezeigt. Z.B. schnelles Gehen, Nordic-Walking, Wandern, langsamer Dauerlauf, Schwimmen, Radfahren, Skilanglauf, Tanzen, Gymnastik, aber auch Mannschaftsspiele oder Fitnessprogramme.

Zusätzlich hat sich eine Steigerung bei der Bewegungsaktivität im Alltag als vorteilhaft erweisen, z. B. Gehen / Radfahren statt Autofahren, Treppensteigen, Gartenarbeit, usw.

Zahlreiche Studien zeigen, dass jeder Schritt zählt!

Welche Möglichkeiten gäbe es für Sie sich mehr Bewegung zu verschaffen?

Beratungsinfo:

Ideen Bewegung

- ▶ Wissen des Patienten diesbezüglich schon erfragt?

Ich bin gerne bereit, Ihnen einige Ideen anzubieten, ich möchte jedoch Ihren eigenen kreativen Einfällen nicht im Wege stehen und letztendlich sind Sie der Experte für Ihre Situation. Vielleicht haben Sie ja noch einige Ideen, was Sie tun könnten, um mehr Bewegung zu haben?

- ▶ Wahlfreiheit des Patienten anerkannt bzw. den Patienten um Erlaubnis gebeten?

Ich weiß nicht, ob das für Sie funktionieren könnte, aber ich könnte Ihnen erzählen, was andere Leute schon versucht haben, um sich mehr zu bewegen.

Das könnte für Sie sinnvoll sein oder auch nicht, vielleicht kann es eine Alternative darstellen, aber das müssen Sie selbst entscheiden.

Zahlreiche wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen, dass nicht nur größere sportliche Aktivitäten einen günstigen Effekt auf die Stoffwechselsituation, sondern auch regelmäßige Alltagsbewegung. Jeder Schritt zählt!

Andere Personen haben, um ihre Fitness zu erhöhen damit angefangen....

- Treppen zu steigen statt Aufzug fahren
- öfter regelmäßige Spazieren zugehen
- manche haben sich sogar einen Hund zugelegt, um dann mit dem Hund ausgehen
- mit dem Fahrrad fahren oder zu Fuß (zur Arbeit, zum Einkaufen) zu gehen statt Auto, Bus oder Bahn zu benutzen
- mehr im Garten zu arbeiten
- oder öfter Hausarbeit wie Fensterputzen und Staubsaugen zu verrichten

Allerdings weiß nicht, ob da irgendetwas dabei war, das auch für Sie funktionieren könnte, das müssen Sie schon selbst beurteilen.

Günstige sportliche Aktivitäten

Zusammenfassend zeigen die Ergebnisse vieler wissenschaftlicher Studien, dass die Effekte körperlicher Bewegung auf den Diabetes am besten sind, bei regelmäßigem Ausdauertraining, z. B. 3-4 mal pro Woche 30 – 60 min.

Andere Personen haben, um ihre Fitness zu erhöhen angefangen....

- sich einer Nordic-Walking- Gruppe anzuschließen
- am Wochendene Wandern zu gehen
- sich an Fitness- oder Gymnastikkursen der VHS oder im Turnverein anzumelden
- zu Schwimmen, Radfahren, Skilanglaufen
- mit Ihrem Partner eine Tanzkurs zu besuchen

...

Allerdings weiß ich nicht, ob da etwas dabei war, das auch für Sie funktionieren könnte, das müssen Sie schon selbst beurteilen / ausprobieren.

Ich weiß nicht, ob das eine oder andere vielleicht auch für Sie eine Alternative darstellen könnte, das müssen Sie selbst entscheiden.

Beratungsinfo:

Ideen für kritische Situationen im Bereich Bewegung

- ▶ Wissen des Patienten diesbezüglich schon erfragt?

Wenn Sie es wünschen, kann ich Ihnen eine Reihe von Möglichkeiten nennen, die andere Personen erfolgreich eingesetzt haben, ich möchte jedoch Ihren eigenen Gedanken nicht im Wege stehen, letztendlich sind Sie der Experte für Ihre Situation. Vielleicht haben Sie ja noch einige Ideen, was Sie dann tun könnten.

- ▶ Wahlfreiheit des Patienten anerkannt bzw. den Patienten um Erlaubnis gebeten?

Ich möchte Ihnen nichts vorschlagen, kann Ihnen aber erzählen, was andere machen, um sich selbst dabei zu unterstützen. –Ob das auch für Sie funktionieren kann, müssen Sie entscheiden.

Mögliche Strategien für Kritische Situationen:

- In Kalender eintragen, wann und welche körperliche Aktivität ausgeübt werden soll
- Bei schlechtem Wetter Alternativtermin, Regenkleidung andere Bewegungsart.
- Karte mit persönlichem Motivationsspruch schreiben und sichtbar aufhängen.
- Sportausrüstung (Schuhe, Walkingstöcke) gut sichtbar platzieren.
- Ein Familienmitglied oder einen Freund darum bitten, an den Bewegungstermin zu erinnern.
- Mit sich selbst / anderen einen Vertrag machen
- Öffentliches Bekunden der Bewegungsabsicht z. B. jemanden davon Erzählen, mit jemand eine „Wette eingehen“
- Sich selbst dafür belohnen (Belohnungsstrategie), z. B. Kinobesuch, neue Sportschuhe

Wie könnten Sie sich dafür belohnen? Was könnten Sie sich dafür Gutes tun?

Welche davon würden Sie bevorzugen? Was könnte für Sie auch funktionieren?

Information

Sport und Bewegung bei Diabetes mellitus Typ 2

Wissenschaftliche Studien zeigen, dass regelmäßige körperlicher Bewegung vielfältige positive Auswirkungen auf die Diabeteserkrankung hat:

- ▶ Die Blutzuckerwerte werden gesenkt
- ▶ Erhöhte Blutdruckwerte werden verbessert
- ▶ Blutfettwerte können leichter normalisiert werden.

Die körperliche Leistungsfähigkeit insgesamt wird verbessert und damit oft auch das Wohlbefinden

Zusätzlich wird durch den gesteigerten Energieverbrauch wird eine Gewichtsabnahme begünstigt

Zusammenfassend zeigen Untersuchungsergebnisse, dass die Effekte körperlicher Bewegung auf den Diabetes bei regelmäßigem Ausdauertraining am besten sind.

Empfehlenswert ist:

- ▶ niedrige bis mittlere Intensität
- ▶ Dauer: 30 – 45 Minuten Dauer
- ▶ mindestens 3x in der Woche

Am effektivsten sind dabei Ausdauersportarten wie z.B. schnelles Gehen, Nordic-Walking, Wandern, langsamer Dauerlauf, Schwimmen, Radfahren, Skilanglauf, Tanzen, Gymnastik, aber auch Mannschaftsspiele oder Fitnessprogramme.

Zusätzlich ist eine Steigerung der Bewegungsaktivität im Alltag vorteilhaft, z. B. Gehen / Radfahren statt Autofahren, Treppensteigen, Gartenarbeit, usw.

Information

Tipps zu Sport und Bewegung bei Diabetes mellitus Typ 2

Neueinsteiger sollten sich erst an die neue Aktivität gewöhnen und dann langsam die Intensität steigern.

Beim Laufen, Walken oder Schwimmen ist es beispielsweise sinnvoll, mit einer Belastung von 10 Minuten zu beginnen und schrittweise auf eine Dauerbelastung von 30 Minuten zu steigern.

Beim Radfahren kann auch weiter auf eine Dauerbelastung bis zu 90 Minuten gesteigert werden.

Bei Anzeichen von Überbelastung, sollte die Belastung sofort verringert werden.

Symptome einer Überanstrengung können sein:

- deutlich überschrittene Pulszahl
- unruhiger Atemrhythmus
- extreme Schweißausbrüche
- Schwindelgefühle
- muskuläre Ermüdung und Muskelschmerzen
- Schmerzen im Brustkorb

Sollten die Anzeichen nicht verschwinden, muss die Aktivität abgebrochen werden. Bei wiederholtem Auftreten sollten diese mit dem Arzt besprochen werden.

Grundsatz: Lieber länger aber langsam – Unterhaltung muss bei körperlicher Aktivität noch möglich sein!

**Generell ist vor Neuaufnahme einer sportlichen Tätigkeit eine gründliche
ärztliche Untersuchung ratsam!**

Insbesondere bei folgenden Erkrankungen ist sportliche Betätigung mit einem erhöhten Risiko verknüpft:

- ▶ Herzerkrankungen, Durchblutungsstörungen, Schlaganfall
- ▶ Folgeerkrankungen des Diabetes (Netzhauterkrankung, Nervenerkrankung, Fußprobleme)
- ▶ Nicht ausreichend behandelte Bluthochdruck

Hier sollte unbedingt das Ausmaß an Belastung (individuelle Trainingsfrequenz) und die Auswahl der Bewegungsart mit dem Arzt vorher besprochen werden.

Weitere Tipps zum Sport →

Weitere Tipps zum Sport

- ▶ Die **Bekleidung** sollte locker und bequem sein. Besonders günstig: atmungsaktive Materialien
- ▶ Zum Wandern sind feste, aber keine schweren **Schuhe**, mit griffiger Sohle gut. Beim Jogging sind spezielle Laufschuhe empfehlenswert. Im Schwimmbad ist es sinnvoll, Badeschuhe zu tragen.
- ▶ 2 Stunden vor dem Sport sollte man keine großen und fettreichen **Mahlzeiten** einnehmen. Besser geeignet ist ein kohlenhydratreichen Snack (z. B. eine Banane, ein Brot oder Müsli). Bei längerer Aktivität (Radtour, Wanderausflug etc.), ist es sinnvoll Zwischenmahlzeiten mit zunehmen.
- ▶ Der aktuelle **Blutzuckerwert** sollte **vor** Aufnahme einer **körperlichen Anstrengung nicht unter 120 bzw. über 250 mg/dl** liegen. Es kann sonst zu einer Stoffwechsellentgleisung durch einen zu niedrigen bzw. zu hohen Blutzucker kommen.
- ▶ Bei stärkeren oder längeren Aktivitäten ist es gut, es langsam angehen zu lassen.
- ▶ Bei längerer Aktivität sind **kleine Pausen sinnvoll**. Diese sollten genutzt werden, um **ausreichend Flüssigkeit (Wasser, Saftschorle)** zu **trinken**.
- ▶ Alkoholische Getränke und kalorienreiche Mahlzeiten sollten nach dem Sport vermieden werden.

In bestimmte Situationen ist Sport oder körperliche Aktivität nicht ratsam, da es zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen kommen kann.

Kein Sport bzw. anstrengende körperliche Aktivität bei:

- akuten Erkrankungen wie fieberhafte Infekten (z.B. Erkältung)
- stark erhöhten Blutzuckerwerten über 250 mg/dl
- Ketonkörpern im Urin. Hier besteht akute Gefahr einer Stoffwechsellentgleisung!
- akuten Kreislaufproblemen
- diabetischer Augenerkrankung (Retinopathie) mit Blutungsneigung
- Unterzuckerungsgefahr (BZ unter 120 s. o.)

Information

Pulsmessung & Belastungsgrenze

Die Belastungsintensität bei Sport und körperlicher Bewegung kann durch die Pulsmessung kontrolliert werden.

Als Belastungsgrenze bei körperlicher Bewegung gilt die Faustregel:

Unmittelbar nach dem Sport sollte der Puls höchstens

180 minus Lebensalter

betragen.

Beispiel: Bei einem 50-jährigen Menschen ergibt sich so ein Belastungspuls von 130 (= 180 – 50).

Die Belastungskontrolle erfolgt durch eine Pulsmessung.

Diese kann entweder durch entsprechende Geräte (Sporthandel) gemessen werden oder durch eine Selbstmessung am Handgelenk oder an der Halsschlagader. Dazu wird eine Uhr mit Sekundenzeiger benötigt.

Pulsmessung am Handgelenk

Zeige- und Mittelfinger der linken Hand mit wenig Druck an die Daumenseite des rechten Handgelenks auflegen und den Puls tasten.

Pulsmessung an der Halsschlagader:

Zeige- und Mittelfinger der linken Hand mit wenig Druck unterhalb des Kieferwinkels auflegen und den Puls tasten.

- ▶ Auf die Uhr schauen und 15 Sekunden lang die Pulsschläge zählen.
- ▶ Die gezählten Pulsschläge mit 4 multiplizieren = aktueller Puls.

Weitere Infos:

Ruhepuls

Der Ruhepuls = Puls ohne Belastung, wird z.B. morgens vor dem Aufstehen gemessen. Er beträgt ca. **60-90 Schläge pro Minute.**

Betablocker

Bestimmte Medikamente können den Puls verändern. Betablocker senken beispielsweise sowohl den Ruhe- als auch den Belastungspuls.

Achtung:

Die für Sie richtige Trainingsfrequenz kann in Abhängigkeit von weiteren Erkrankungen und Medikamenten variieren. Bitte besprechen Sie die für Sie optimale Trainingsfrequenz mit Ihrem Hausarzt.

Information

Insulin und Bewegung

Bei medikamentöser Behandlung mit Insulin kann es bei körperlicher Belastung zu Unterzuckerungen kommen!

Um dies zu vermeiden, hat sich als die folgende Vorgehensweise als hilfreich erwiesen:

1. Vor Beginn der körperlichen Tätigkeit

▶ **Blutzucker messen**

Bei Werten **unter 100 mg/dl** und **über 250 mg/dl** zuerst den Blutzucker ausgleichen.

- Niedrige Blutzuckerwerte durch zusätzliche BE anheben.
- Hohe Blutzuckerwerte durch zusätzliche Injektion eines kurz wirksamen Insulins senken.

▶ **Ausreichend Energie zu sich nehmen (Kohlenhydrate essen)**

Bei

- kurzzeitigen Belastungen (z. B. halbe Stunde Schwimmen, Radfahren oder Gymnastikstunde) sind schnell wirkende Kohlenhydrate wie Obst, Saft oder Traubenzucker besser geeignet
- länger andauernder körperlicher Aktivität (z. B. Tageswanderung, längere Radtour, einen ganzen Vormittag Gartenarbeit oder Hausputz) besser langsam wirkende Kohlenhydrate wie belegte Brote, Müsliriegel o. ä. vorziehen.

Faustregel: Pro 30 Minuten mittlerer Aktivität 1 BE essen

Mit Insulin behandelte Diabetiker müssen unbedingt bei jeder sportlichen Aktivität eine **Traubenzucker-Notration („Sport-BE“)** dabei haben.

2. Während der körperlichen Tätigkeit:

Bei länger andauernder Bewegung **in den Pausen Blutzucker kontrollieren.**

Ist der Wert niedrig ist und/oder Bewegung fortgesetzt werden soll ist es empfehlenswert zusätzliche BE essen.

3. Nach Beendigung der körperlichen Betätigung: **Blutzucker erneut testen.**

- ▶ je nach Blutzuckerwert zusätzliche BE essen bzw. das Insulin reduzieren, da die Blutzucker senkende Wirkung der Bewegung noch Stunden anhalten kann,
- ▶ Nach dem Sport Alkohol meiden – es besteht Unterzuckerungsgefahr!
- ▶ Vor dem Schlafengehen nochmals den Blutzucker kontrollieren

Nach Langzeitaktivitäten kann es zudem sinnvoll sein, den Blutzucker um 3 Uhr nachts noch einmal zu messen.



Konventionelle Insulintherapie (2mal täglich Mischinsulin):▶ **Lang andauernde Belastungen:**

Verringerung der Insulindosis vor und ggf. nach der körperlichen Aktivität um 20-50%. Oft müssen trotzdem zusätzlich BE gegessen werden, um eine Unterzuckerung zu vermeiden.

▶ **Kurz andauernden Aktivitäten:** Insulin nicht reduzieren, sondern zusätzliche BE essen.**Intensivierte Insulintherapie:**▶ **Kurz andauernden körperlichen Aktivitäten 1-3 Stunden nach den Mahlzeiten:** kurz wirksames Insulin um 30-50% reduzieren.

Wenn die **Aktivität deutlich später** stattfindet, Insulin nicht reduzieren, sondern zusätzliche BE essen. Eventuell muss auch das Verzögerungsinsulin am Abend reduziert werden.

▶ **Langzeitaktivitäten:**

Sowohl das Verzögerungsinsulin morgens und abends als auch das kurz wirksame Insulin zu den Mahlzeiten um ca. 30-50% sollten gesenkt werden.

Zusätzliche Kohlenhydrate sind meistens trotzdem erforderlich.

Ungeplante körperliche Anstrengungen:

- ▶ Vor, während und nach der sportlichen Aktivität sollte gegebenenfalls der Blutzucker gemessen werden.
- ▶ bei Werten unter 120 mg/dl bereits Sport-BEs zu sich zu nehmen.

Jeder reagiert auf körperliche Belastungen unterschiedlich, so dass es keine allgemeingültigen Regeln gibt. Die eigene Erfahrung ist am wichtigsten!
Hilfreich ist eine sorgfältige Dokumentation in einem Diabetes-Tagebuch.

Information

Sulfonylharnstoffe und Bewegung

Bei medikamentöser Behandlung mit Sulfonylharnstoffen kann es bei körperlicher Belastung zu Unterzuckerungen kommen.

Bei einem einstündigen Sporteinsatz mit mittlerer Belastung werden 2 bis 3 BEs benötigt.

Dem kann

- ▶ durch die zusätzliche Zufuhr von Kohlenhydraten
- ▶ oder einer Reduzierung der Medikamentendosis entgegengewirkt werden.

Der Blutzucker senkende Effekt hält über die Dauer der körperlichen Betätigung hinaus an, deshalb müssen die Medikamente eventuell auch später noch reduziert werden.

Mit Sulfonylharnstoffen behandelte Diabetiker müssen unbedingt bei jeder sportlichen Aktivität eine **Traubenzucker-Notration („Sport-BE“)** dabei haben.

(Ungeplante) körperliche Anstrengungen:

- ▶ Vor, während und nach der sportlichen Aktivität sollte gegebenenfalls der Blutzucker gemessen werden.
- ▶ bei Werten unter 120 mg/dl bereits Sport-BEs zu sich zu nehmen.

Bei Unsicherheit ist die Teilnahme an einer (weiteren) Diabetesschulung sinnvoll. Dort werden Informationen zur Wirkung von Bewegung auf den Stoffwechsel gegeben und es wird vermittelt, wie man sich vor Stoffwechselentgleisungen schützen kann.

Denken Sie bitte zudem an Ihre Zwischenmahlzeiten!

Bewegungstagebuch

Meine körperlichen Aktivitäten am _____

Uhrzeit	Form der körperlichen Aktivität	Dauer
z. B. 7.30	Mit dem Fahrrad zur Arbeit gefahren	15 min
Körperliche Aktivität heute insgesamt		

Damit bin ich ...			
	sehr zufrieden	teilweise zufrieden	nicht zufrieden

Vorbemerkungen Leitfaden Ernährung

Ein wichtiger Bestandteil der nicht-pharmakologischen Diabetesbehandlung ist eine angemessene Ernährung (Matthaei & Häring, 2008)). Ergebnisse wissenschaftlicher Studien dokumentieren die positive Auswirkung einer adäquaten Ernährungstherapie auf die Blutzuckereinstellung (Pastors, Warshaw, Daly, Franz, & Kulkarni, 2002).

Auf der Grundlage von (Einzel-)Studien mit (teilweise) hohem Evidenzgrad werden dabei insbesondere folgende Maßnahmen zur Zusammensetzung einer bei Diabetes angemessenen Ernährung empfohlen (Toeller et al, 2005)

Bei Übergewicht (Body Mass Index ≥ 25) sollte

- 1. die Energieaufnahme reduziert und**
- 2. der Energieverbrauch gesteigert werden**

so dass sich BMI auf für Erwachsene empfohlenen Bereich (18,5 – 24,9) zu bewegt.

Bereits eine moderate Gewichtsabnahme (unter 10%) verbessert die Insulinempfindlichkeit, Glukosetoleranz und senkt die Serumlipidspiegel sowie den Blutdruck.

Zur Reduktion der Energieaufnahme sollte eine **Beratung zur Reduktion energiedichter Lebensmittel erfolgen**, besonders solcher, die viele gesättigte Fette und freie Zucker enthalten. Diese Maßnahmen unterstützen gewöhnlich eine Gewichtsabnahme (Evidenzgrad C).

3. Reduktion von gesättigten Fettsäuren und Transfettsäuren

- Die Aufnahme von **Cholesterin sollte 300mg/Tag nicht überschreiten** und weiter reduziert werden, wenn das **LDL-Cholesterin erhöht** ist.
- Gesättigte und trans- ungesättigte Fettsäuren sollten zusammen **unter 10% der** Gesamttagesenergie liefern; eine weitere Reduktion kann **bei erhöhtem LDL-Cholesterin** nützlich sein.

Gesättigte und Transfettsäuren wirken sich bei Diabetikern nachteilig auf den Stoffwechsel aus (postprandiale Insulinämie, Lipidmuster). Diese sollten durch ungesättigte (einfach oder mehrfach) ersetzt werden. Studien mit Nicht-Diabetikern zeigen Effekte von Nahrungsfett auf kardiovaskulären Erkrankungen. Aufgrund dieses Zusammenhangs wird angenommen, dass für Diabetiker eine Reduktion der Gesamtfettaufnahme noch bedeutender ist.

Die Gesamtfettaufnahme sollte dabei unter 35% der Gesamtenergie liefern; bei Übergewichtigen unter 30% um Gewichtabnahme zu erleichtern.

4. Kohlenhydrate

Kohlenhydrataufnahme kann zwischen **45 und 60% der Gesamtenergie** liegen.

Gemüse, Hülsenfrüchte, Obst und Vollkorn-Getreideprodukte sollten Bestandteil der Kost sein.

Wichtig dabei sind Nahrungsmittel, die **reich an Ballaststoffen sind und einen niedrigen glykämischen Index haben.**

Der Zeitpunkt der Medikation (v. a. bei Insulin) sollte mit der Menge und Art der Kohlenhydrate abgestimmt werden.

5. Ballaststoffe

Diabetiker sollten zum Verzehr natürlich vorkommenden ballaststoffreichen LM ermuntert werden (Evidenzgrad A). Die Ballaststoffaufnahme sollte bei **mehr als 40g/Tag liegen**; die Hälfte davon sollten lösliche Ballaststoffe sein. Die verwendeten Getreideprodukte sollten möglichst ballaststoffreich sein und ganze Körner enthalten. Eine ballaststoffreiche Kost verbessert den Blutglukosespiegel.

Täglicher Verzehr von mind. 5 Portionen ballaststoffreichem Gemüse oder Früchten und mind. 4 Portionen Hülsenfrüchte pro Woche hilft die Mindestanforderungen der Ballaststoffaufnahme zu sichern.

6. Glykämischer Index

Der Glykämische Index (GI) gibt Anstieg der Blutglukose nach Aufnahme eines Nahrungsmittels an. Allerdings ergibt sich nach Toller et al. (2005) keine uniforme Evidenz für positive Effekte auf die Blutglukosespiegel durch Diäten mit niedrigem GI.

Der GI sollte genutzt werden, um kohlenhydratreiche Nahrungsmittel einzugruppiert. Nahrungsmittel sollten nicht isoliert nach GI bewertet werden, sondern v. a. der Energiegehalt, verfügbare Kohlenhydrate und Ballaststoffe sollten berücksichtigt werden. Der GI-Gehalt sollte ein hilfreicher zusätzlicher Indikator zum Einschluss geeigneter kohlenhydrathaltiger Nahrungsmittel in die Diät sein.

7. Zucker

Bei befriedigender Blutzuckereinstellung kann eine moderate Aufnahme freien Zuckers (Mono- und Disaccharide plus freie Zucker in Honig, Sirup und Fruchtsäften) **bis zu 50g/Tag** Bestandteil der Ernährung sein (Evidenzgrad A).

Die Aufnahme freier Zuckers sollte 10% der Gesamtenergie nicht überschreiten; weitere Beschränkungen sind aber zur Gewichtsreduktion nützlich.

Eine moderate Fructoseaufnahme (bis zu 30g/Tag) scheint bei Diabetes m. Typ 2 keine schädlichen Effekte auf Plasmainsulin und Lipide zu haben.

8. Nährstoffe, Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente

Empfohlen wird der Verzehr von

- Gemüse und Früchten (Quelle antioxidativer Nährstoffe)
- Brot mit ganzen Körnern und Getreideprodukten
- Milchprodukte mit niedrigem Fettgehalt
- fettem Fisch (→ Zufuhr übriger wasser- u. fettlöslicher Vitamine)
- Die **Salzaufnahme** sollte allgemein **unter 6 g/Tag begrenzt** werden; bei BHD strenger Begrenzung sinnvoll.

9. Alkohol

Moderate Alkoholaufnahme (bis zu 10g/Tag bei und bis zu 20g/Tag bei Männern) ist für Diabetiker akzeptabel.

Bei Insulin besteht bei Alkoholaufnahme das Risiko einer tiefen und langdauernden Hypoglykämie, deshalb sollte Alkoholaufnahme zusammen mit kohlenhydrathaltiger Mahlzeit erfolgen. Das Risiko einer Hypoglykämie steigt mit der konsumierten Alkoholmenge. Bei Übergewicht und Hypertonie sollte Alkohol begrenzt werden. Bei fortgeschrittener Neuropathie u. erektiler Dysfunktion gemieden werden.

10. Supplemente und funktionelle Lebensmittel

Hier liegen für Empfehlungen keine ausreichenden Ergebnisse aus langfristigen klinischen Studien vor.

Auf der Grundlage der o. g. Empfehlungen lassen sich die folgenden

Beratungsrichtlinien zur Reduktion der Energieaufnahme zusammenfassen:

- Reduktion energiedichter Lebensmittel mit vielen gesättigten Fetten und freiem Zucker wie Schokolade, Knabberereien, Kuchen, Sahne, Mayonnaise, Eis, Alkohol, Fruchtsäften und gesüsste Limonaden (Cola, Fanta, Eistee)
- Süßstoff statt Zucker oder Zuckeraustauschstoffen verwenden
- Sparsame Verwendung von Ölen mit reichlich ungesättigten Fettsäuren (Rapsöl, Distel- u. Olivenöl)
- Täglicher Verzehr von ballaststoffreichem Gemüse, Früchten und Vollkornprodukten (Toeller et al., 2005: 5 x täglich angestrebt)
- Verzehr von mindestens 4 Portionen Hülsenfrüchte pro Woche
- Verwendung von Milchprodukten mit niedrigem Fettgehalt (ADA, 2007)
- 1 -2 x wöchentlich (fetter) Fisch (→ Zufuhr übriger wasser- u. fettlöslicher Vitamine)
- Salzaufnahme sollte allgemein unter 6 g/Tag begrenzt werden
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr 2-3 Liter pro Tag durch Wasser, ungesüßten Tee oder Saftschorle mit hohem Wasseranteil

Verhaltensbezogene konkrete Pläne zur Umsetzung der o. g. Ernährungsziele können dabei sein:

- **Weniger fettreiche Lebensmittel essen** → Arbeitsblatt Fett entdecken
 - Fettreiche Lebensmittel erkennen
 - Fettarme statt fettreiche Lebensmittel einkaufen (fettarmes Fleisch, fettarme Milch, fettarme Wurst, Joghurt statt Mayonnaise, Kondensmilch / Provamel statt Sahne oder Creme fraiche....)
 - „Fettbedarf“ durch ungesättigte Fettsäuren decken: sparsames Verwenden von pflanzlichen Ölen (Raps-, Distel- oder Olivenöl)
- Fettarmes Zubereiten von Nahrungsmitteln (Grillen, kochen, dünsten, Salatsaucen...)

▶ **Reduktion energiereicher Lebensmittel** wie Schokolade, Knabbereien, Kuchen, Sahne, Mayonnaise, Eis, Alkohol, Fruchtsäften und gesüßte Limonaden (Cola, Fanta, Eistee)

- Energiereiche Nahrungsmittel erkennen → **Arbeitsblatt** Spurensuche Ernährung
- Süßstoff statt Zucker oder Zuckeraustauschstoffen
- Dünne Saftschorle oder Mineralwasser statt gesüßten Limonaden
- Obstkuchen statt Sahnetorten

▶ **Essverhalten modifizieren**

- Nur zu bestimmten Zeiten und an bestimmten Orten zu essen
- Nicht mehr während des Fernsehens oder anderer Freizeitaktivitäten essen
- Vermeiden von Situationen in denen nebenher gegessen wird; Alternativverhalten etablieren, z. B. Tasse Früchtetee oder Saftschorle trinken.
- Pausenbrote vorbereiten statt Fastfood
- Bewusstes Naschen
- Keine kalorienreichen Nahrungsmittel horten
- Hastiges Essen vermeiden, z. B. durch Bissen zählen: Besteck nach ein paar Bissen hinlegen und erst mal in Ruhe zu Ende kauen

▶ **Weitere Reduktion der Salzaufnahme unter 6g/Tag bei Bluthochdruck:**

- Salzhaltige Lebensmittel reduzieren
- Auf Nachsalzen verzichten
- Weniger Fertigprodukte verwenden
- Mineralwasser mit geringem Salzgehalt verwenden.

Günstig sind Mineralwässer mit weniger als 20 mg Natrium (Na) pro Liter. Der Kochsalzgehalt im Mineralwasser ist nicht nur vom Natrium, sondern auch vom Chloridgehalt abhängig. Ein Mineralwasser mit einem Natriumgehalt von 20 mg und einem Chloridgehalt von 90 mg pro Liter enthält z. B. 50 mg Kochsalz pro Liter.

Weitere Informationen zur Berechnung des Salzgehaltes, sowie Lebensmittellisten mit geringem, mittleren und hohem Natriumgehalt abrufbar unter:

http://www.vis.bayern.de/ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung_krankheit/hypertonie.htm

Zielkriterien Ernährung

Angemessene Ernährung ist ein wichtiger Aspekt der Diabetesbehandlung und hat positive Effekte auf die Blutzuckereinstellung (Pastors et al., 2002). Auf der Grundlage, der in den Leitlinien empfohlenen Ernährungsrichtlinien, werden dementsprechend für den Bereich Ernährung die folgenden Zielkriterien definiert.

Zielkriterien für Ernährung

- ▶ **Ausgewogene Mischkost** (s. Vorbemerkungen)

Zusätzlich bei Übergewicht:

- ▶ **Steigerung des Energieverbrauchs durch regelmäßige Bewegung**
- ▶ **Reduktion der Energieaufnahme durch entsprechende Ernährung**

Ab einem Body Mass Index > 25 wird eine **Gewichtsreduktion um 5-10%** zur Annäherung an den Normalbereich (bis BMI 25) angestrebt. Durch eine Einsparung von 500 – 600 kcal täglich kann dies in einem Zeitraum von 6 Monaten erreicht werden (Hauner et al., 2007).

Aber eine Gewichtsreduktion sollte nicht als konkretes handlungsorientiertes Ziel festgelegt werden, sondern sollte durch spezifische, handlungsorientierte Ziele, die auf mehr Bewegung und gesunde Ernährung fokussieren, erreicht werden.

Mögliche Fragen zur Konkretisierung:

Wie könnten Sie vorgehen?

Was könnten Sie konkret tun, um Gewicht zu reduzieren?

Was würde passieren, wenn Sie mehr Energie verbrauchen als Sie zu sich nehmen?“

→ PIInfo Ernährung Gewicht und Ernährung bei DMT2

- ▶ **Bluthochdruck:** Weitere Reduktion der Salzaufnahme
- ▶ **Hyperlipidämie:** Weitere Reduktion von gesättigten Fettsäuren und Transfettsäuren

Geeignete Maßnahmen zur Reduktion der Energieaufnahme → BeratInfo Ideen Ernährung

Beratungsschema für Ernährung

1. Erfassung (Exploration) des Ernährungsverhaltens

Wenn Sie an einen typischen Tag zu Hause denken, wie viele Portionen Obst und Gemüse essen Sie täglich? Wie oft Vollkornprodukte?

Welche Fette/Öle verwenden Sie normalerweise zu Hause?

Wie hoch ist der Fettanteil Ihrer Milchprodukte?

Was und wie viel trinken Sie täglich?

Vermeiden Sie es normaler Weise fetthaltige Lebensmittel zu essen? Welche Lebensmittel verwenden Sie stattdessen?

Wie bereiten Sie normalerweise Ihre Mahlzeiten zu/vor? Wer bereitet normalerweise die Mahlzeiten zu?

Entspricht Ernährung Zielkriterien?

Ja

Verhalten stabil? - Ernährung seit mindestens 3 Monaten nach Richtlinien

→ **Würdigen**

→ **Reha-Zielbereich momentan nicht relevant**

Unklar

Ernährungsprotokoll (Abl Spurensuche Ernährung) als Persönlicher Plan

Wie könnten Sie herausfinden, ob Sie sich diabetesgerecht ernähren?

Wie könnten Sie herausfinden, wo Sie Fett einsparen könnten?

→ Abl Fett entdecken als Persönlicher Plan

→ Motivationale Unterstützung nötig?

Nein

bzw. nur teilweise

2. Erfassung der Absicht zur Veränderung der Ernährung?

Beabsichtigen / Planen Sie in nächster Zeit etwas an Ihrem Ernährungsverhalten zu ändern?

Absicht zur Veränderung des

Ja

Würdigen

Was könnten Sie konkret (noch) tun? Was sind die nächsten Schritte?

→ **Persönlichen Plan** ausfüllen

Nein

bzw. unschlüssig

3. Motivationale Unterstützung

Wissen über Auswirkungen von Ernährung ausreichend?

Wie sollte die Ernährung bei Diabetes Typ 2 aussehen? Was ist bei Ernährung bei Diabetes außerdem noch wichtig?

Nein

Info Ernährung bei DMT2

Ja

Persönliche Gründe für und gegen die Veränderung der Ernährung besprechen

Arbeitsblatt Entscheidungswaage

Welche Vorteile hätte eine Veränderung (Anpassung) der Ernährung, was wären die Nachteile (unangenehmen Seiten)?

→ **Zusammenfassen** der persönlichen Gründe pro und contra einer Veränderung, dabei Ambivalenz anerkennen

Ich möchte noch einmal kurz zusammenfassen...Habe ich das alles richtig verstanden?

Es beeindruckt mich, wie viele Gedanken Sie sich darüber machen.

Zuversicht ausreichend?

Nein

Zuversichtsskala

Auf einer Skala von 0 (gar nicht zuversichtlich) bis 10 (sehr zuversichtlich): Wie zuversichtlich wären Sie das umzusetzen? Warum sind Sie bei ... und nicht bei Null?

Wann in der Vergangenheit haben Sie sich schon einmal zu einer (ähnlichen) Veränderung entschlossen und diese dann umgesetzt? Wie sind Sie dabei vorgegangen?

Die... Planung Ihrer Mahlzeiten gelingt Ihnen sehr gut. – Wie sind Sie dabei vorgegangen?

→ Situation schildern lassen und bei Analyse unterstützen.

Welche Ihrer persönlichen Stärken könnten Ihnen dabei helfen? Warum?

Was tun andere Personen, die Sie kennen um sich gesund zu ernähren?

Ja

Unterstützung ausreichend?

Wer könnte Sie bei ...der Umstellung auf eine ausgewogene Mischkost unterstützen?

Was würde Ihre Familie / Ihre Frau zu einer Veränderung der Ernährung sagen?

Wie könnten Sie das mit der-/demjenigen besprechen?

Absicht zur Veränderung der Ernährung?

→ **Zusammenfassen** der Wünsche, Vorstellungen, Gründe und Pläne für eine Veränderung, die vom Patienten genannt wurde, dabei Ambivalenz oder Zögern anerkennen

Nein Motivationale Unterstützung s. o.

Ja

Würdigen

Was könnten die nächsten (konkreten) Schritte sein? Wie soll es weitergehen?

Keine Ideen: BeratInfo Ideen Ernährung

4. Persönliche Pläne (Handlungs- und Bewältigungsplanung)

Persönlichen Plan vereinbaren

Wenn Sie jetzt daran denken, was Sie sich vorgenommen haben. Wann, wo und wie planen Sie die Veränderungen? Wie integrieren Sie das am besten in Ihren Tagesablauf?

Wer könnte Sie dabei unterstützen?

Kritische Situationen

Welche Hindernisse könnten bei der Umsetzung dessen was Sie sich in Bezug auf die Ernährung vorgenommen haben auftauchen? **Warum** könnte Sie das davon abhalten?

Wie haben Sie solche Situationen bisher erfolgreich bewältigt? Wie sind andere Personen, die Sie kennen mit solchen Schwierigkeiten/Hindernissen umgegangen? Wäre das auch für Sie eine Möglichkeit? Wer könnte Sie dabei unterstützen?

Was könnten Sie sich selbst sagen, um sich darin zu bestärken...Mineralwasser statt Cola zu trinken?

Welche Veränderungen zu Hause, am Arbeitsplatz, im Tagesablauf könnten Ihnen dabei helfen...

Wer oder was könnte Sie dabei unterstützen, an den Plan zu denken?

Keine Ideen, Mangelnde Ressourcen (Zeit, Geld → Problemlöseschema (Allg. Leitfaden Verhaltensänderung) anwenden.

5. Besprechung des Persönlichen Planes

Arbeitsblatt „Was habe ich von meinem persönlichen Plan umgesetzt?“

Wie ging es Ihnen mit der Umsetzung...? Was hat gut funktioniert?

Persönlicher Plan umgesetzt?

Ja

(Vollständig oder teilweise) → Würdigen

Mich beeindruckt wie...- Ich kann mir vorstellen, dass es nicht einfach war...

Analysieren *Was hat gut funktioniert / am meisten geholfen?*

Wo gab es Probleme? Was sollte geändert werden, damit...?

Nein

Würdigen für Versuch

Nicht-Gelingen auf Situation/Umstände zurückführen

Was kann daraus gelernt werden? Wie kann Plan geändert werden, damit beim nächsten Mal die Umsetzung gelingt?

Möglicher Weise war dies für Sie nicht der passende Weg bzw. eine sehr spezielle Situation ...

Wie könnten Sie sich beim nächsten Mal besser vorbereiten?

Neuer Persönlicher Plan?

6. Gesprächsabschluss

Zusammenfassen des Persönlichen Planes

Sie wollen also ... Habe ich das richtig verstanden?

Arbeitsunterlagen/Hilfsmittel,

die zur Unterstützung eingesetzt werden können:

Beratungs-Informationen

- Ideen zur Ernährungsumstellung

Patienten-Infoblätter für

- Ernährung bei Diabetes mellitus Typ 2
- Gewicht und Ernährung bei DMT2
- Ernährung und Insulin
- Berechnung von BE

Spezifische Arbeitsblätter (können auch Gegenstand der Persönlichen Pläne sein):

- Fett entdecken
- Ernährungsprotokoll (Arbeitsblatt Spurensuche Ernährung)

Sollte über mindestens zwei besser drei aufeinander folgenden Tagen geführt werden.

Dabei sollte der Patient ermutigt werden das Tagebuch vollständig und genau zu führen. Für sich wiederholende Mahlzeiten, die immer die gleichen Bestandteile haben, wie z. B. Frühstück, können nach einmaliger detaillierterer Aufschlüsselung, Abkürzungen verwendet werden.

Wichtig dabei ist, dass dem Patienten klar und deutlich mitgeteilt wird, dass das Führen des Tagebuches (Self-monitoring) der Schlüssel zur Verhaltensänderung darstellt. Es geht hier weniger um das genaue Erfassen in der Studie, sondern das **Tagebuch ist ein Instrument bzw. erster Schritt zur Verhaltensänderung.**

Beratungsinfo:

Ideen Ernährung

- ▶ Wissen des Patienten diesbezüglich schon erfragt?

Ich bin gerne bereit, Ihnen einige Ideen anzubieten, ich möchte jedoch Ihren eigenen kreativen Einfällen nicht im Wege stehen und letztendlich sind Sie der Experte für Ihre Situation. Vielleicht haben Sie ja noch einige Ideen, was Sie tun könnten, um mehr sich gesünder zu ernähren?

- ▶ Wahlfreiheit des Patienten anerkannt bzw. den Patienten um Erlaubnis gebeten?

Ich weiß nicht, ob das für Sie funktionieren könnte, aber ich könnte Ihnen erzählen, was andere Leute schon versucht haben, um ihre Ernährung zu verändern.

Das könnte für Sie sinnvoll sein oder auch nicht, vielleicht kann es eine Alternative darstellen, aber das müssen Sie selbst entscheiden.

Verhaltensbezogene (Teil-)Ziele bei Ernährung können sein:

Wissenschaftlichen Untersuchungen zeigen, dass eine gesunde Mischkost mit

- viel frischem Gemüse und Obst
- Vollkornprodukten
- und wenig Fettreichem und Süßem
- und ausreichend Trinkflüssigkeit

insbesondere bei Diabetes Typ 2 empfehlenswert ist und positive Auswirkungen auf die Blutzuckereinstellung hat.

Andere Personen haben, um ihre Ernährung zu ändern damit angefangen...

- ▶ **Fett einzusparen** und weniger fettreiche Lebensmittel zu essen

- Fettreiche Lebensmittel erkennen → Arbeitsblatt Fett entdecken
 - Fettarme statt fettreiche Lebensmittel einzukaufen (fettarmes Fleisch, fettarme Milch, fettarme Wurst, Joghurt statt Mayonnaise, Kondensmilch / Provamel statt Sahne oder Creme fraiche...)
 - Pflanzliche Öle mit vielen ungesättigte Fettsäuren sparsam verwenden
- Nahrungsmitteln fettärmer zubereiten (Grillen, kochen, dünsten, Salatsaucen...)

- ▶ **Von sehr energiereichen Lebensmittel weniger zu essen** (Schokolade, Knabbereien, Kuchen, Sahne, Mayonnaise, Eis, Alkohol, Fruchtsäften und gesüßte Limonaden wie Cola, Fanta, Eistee

- ▶ **Oder diese gegen andere Lebensmittel auszutauschen**

- Süßstoff statt Zucker oder Zuckeraustauschstoffen
- Dünne Saftschorle oder Mineralwasser statt gesüßten Limonaden

- Obstkuchen statt Sahnetorten

▶ **Oder haben damit begonnen Ihre Mahlzeiten besser zu planen**

- Bewusstes Naschen
- Kleine Mahlzeiten einplanen, um Heißhunger zu vermeiden
- Vermeiden von Situationen in denen nebenher gegessen wird, gesunde Alternative dafür finden, z. B. Tasse Früchtetee oder Saftschorle trinken.
- Pausenbrote vorbereiten statt Fastfood
- Keine kalorienreichen Nahrungsmittel mehr auf Vorrat zu kaufen
- Nur noch mit einer Einkaufsliste und nicht hungrig einkaufen zu gehen.

▶ **Oder ihr Essverhalten zu verändern**

- Nur zu bestimmten Zeiten und an bestimmten Orten zu essen
- Nicht mehr während des Fernsehens oder anderer Freizeitaktivitäten essen
- Hastiges Essen vermeiden, z. B. durch Bissen zählen: Besteck nach ein paar Bissen hinlegen und erst mal in Ruhe zu Ende kauen
- Sich bei Frust oder Stress andere Ablenkungen zu suchen.
- Sich mit anderen Dingen als mit Essen zu belohnen

Allerdings weiß nicht, ob da irgendetwas dabei war, das auch für Sie funktionieren könnte, das müssen Sie schon selbst beurteilen.

Zusätzlich ist es bei Bluthochdruck noch empfehlenswert die Salzaufnahme weiter zu verringern.

▶ **Zur weiterer Verringerung der Salzaufnahme**

hat sich bei anderen Personen die

- Verwendung von Mineralwasser mit geringem Salzgehalt bewährt.
Günstig sind Mineralwässer mit weniger als 20 mg Natrium (Na) pro Liter.*
- Einige verwenden auch vermehrt Kräuter statt Kochsalz zum Würzen.

Ich weiß nicht, ob das eine oder andere vielleicht auch für Sie eine Alternative darstellen könnte, das müssen Sie selbst entscheiden.

*Der Kochsalzgehalt im Mineralwasser ist nicht nur vom Natrium, sondern auch vom Chloridgehalt abhängig. Ein Mineralwasser mit einem Natriumgehalt von 20 mg und einem Chloridgehalt von 90 mg pro Liter enthält z. B. 50 mg Kochsalz pro Liter.

Weitere Informationen zur Berechnung des Salzgehaltes, sowie Lebensmittellisten mit geringem, mittleren und hohem Natriumgehalt abrufbar unter:

http://www.vis.bayern.de/ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung_krankheit/hypertonie.htm

Information

Ernährung bei Diabetes Typ 2

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass bei Diabetes Typ 2 keine spezielle Ernährung nötig ist. Empfohlen wird eine **ausgewogene, gesunde Mischkost**.

Eine zusätzliche Berechnung von Broteinheiten bzw. Kohlenhydrateinheiten ist nur bei der Einnahme von Sulfonylharnstoffen und beim Spritzen von Insulin nötig.

Gesunde Mischkost bedeutet:

Häufig (= mehrmals täglich) Lebensmittel essen wie

- frisches Gemüse und Obst
- Getreideprodukte, möglichst aus Vollkorn, z. B. Vollkornbrot
- Hülsenfrüchte, z. B. Linsen, Erbsen, Bohnen
- Kartoffeln, Nudeln oder Reis

Vorteil dieser Nahrungsmittel ist, dass Sie dabei helfen

- eine optimale Nährstoff- und Vitaminversorgung zu sichern,
- die Blutfette zu reduzieren
- satt machen und dadurch eine Gewichtsabnahme erleichtern können.

Mäßig (=1-2 mal täglich) Lebensmittel essen wie

- Milch, Yoghurt, Quark, Käse mit wenig Fettgehalt, z. B. 1,5%-ige Milch
- Fleisch, Fisch, Eier, Wurst (mit wenig Fett wie z. B. Geflügel)

Wenig essen von Lebensmitteln mit

- viel Fett (z. B. Chips, Flips, Torten, Sahne, Salami, Bratwurst, Frittiertes und Gebratenes)
- viel Zucker (Cola, Fanta, Spezi, Eistee)

Außerdem

- mindestens **1,5 l Trinkflüssigkeit**: am besten 2 Flaschen Wasser oder ungesüßter Tee oder auch dünne Saftschorle
- **hochwertige Pflanzenöle** wie Raps-, Distel- oder Olivenöl verwenden.
- sowie **wenig Alkohol** (2-Gläser-Regel)

Alkoholische Getränke – 2 Gläser Regel

Maximal zwei Gläser Alkohol (übliche Größe) **zum oder nach dem Essen** trinken.



Informationen zum Alkohol

- Alkoholische Getränke sind kalorienreich
- Alkohol blockiert die Bereitstellung des körpereigenen, gespeicherten Zuckers aus der Leber. Bei Personen, die Insulin spritzen oder Sulfonylharnstoffe einnehmen kann es deshalb bei Alkoholgenuss zu einer Unterzuckerung kommen.

Ganz **vom Alkoholgenuss abzuraten** ist bei

- Personen mit einer chronischen Bauchspeicheldrüsenentzündung,
- einer Nervenschädigung (Neuropathie) oder häufigen Unterzuckerungen.

Hohen Blutzucker können Sie vermeiden, indem Sie

- ▶ **sparsam mit zuckerhaltigen Nahrungsmitteln und Getränken umgehen.**
- ▶ **ballaststoffreich** (= „häufige“ Nahrungsmittel s. o.) **essen**
- ▶ **nicht zu große Mengen auf einmal essen.**

Bei zuckerhaltigen Getränken oder süßen Speisen in großen Mengen ist mehr Insulin erforderlich. Kann das nicht bereitgestellt werden steigt der Blutzuckerspiegel.

Bluthochdruck

Bei Bluthochdruck hat sich eine Verringerung des täglichen Salzkonsums unter 6 g als effektiv erwiesen.

Eine Maßnahme dazu kann sein, ein Mineralwasser mit geringem Salzgehalt (mit weniger als 20 mg Natrium (Na) pro Liter) zu verwenden.

Erhöhte Blutfettwerte

Bei erhöhtem Gesamtcholesterin oder LDL-Cholesterin wirkt sich eine weitere Reduktion von Nahrungsmitteln, die viel Fett enthalten, günstig aus.

Information

Gewicht und Ernährung bei Diabetes m. Typ 2

Wenn Sie Gewicht abnehmen wollen, empfiehlt sich eine **kalorien- bzw. fettreduzierte Mischkost**.

Um den ungefähren Kalorienbedarf eines Menschen zu errechnen, bestimmt man zuerst das Normalgewicht mit der einfachen Formel: Körpergröße in cm minus 100. Anschließend nimmt man dieses mit 30/35/40 kcal für leichte/mittlere/schwere körperliche Tätigkeit am Tag mal.

Beispiel: Körpergröße: 1,80 m = 180 cm minus 100 = **80**;
leichte Tätigkeit (Büroarbeit): 30 x 80 = **2400** kcal pro Tag

Nimmt eine übergewichtige Person diese Kalorienmenge zu sich wird sie langsam aber stetig abnehmen. Dabei ist keine starke Einschränkung nötig und es entsteht kein Jojo-Effekte.

Übergewicht entsteht dadurch, dass die Energiezufuhr längere Zeit über dem Energiebedarf liegt.
Bewegung erhöht den Kalorienbedarf und unterstützt so die Gewichtsabnahme.

Als gute Methode, um weniger Kalorien zu sich zu nehmen, hat sich **das Ersetzen von energiedichten Lebensmitteln** mit vielen Fetten und Zucker durch solche mit geringerem Fett und Zuckergehalt erwiesen.

Auf der Rückseite finden Sie eine Liste mit Alternativen zu sehr fettreichen und/oder zuckerhaltigen Lebensmitteln.

Ob das eine oder andere vielleicht auch für Sie eine Alternative darstellen könnte, müssen Sie selbst entscheiden.

Diät(etische) Lebensmittel (z. B. Diätschokolade) enthalten statt normalem Haushaltszucker meist Fruchtzucker. Sie haben aber oft genauso viel Fett und Kalorien wie nicht-diät(etische) Lebensmittel.

Zuckeraustauschstoffe (Fruchtzucker, Sorbit, Syllit, Maltit u. Isomalt) haben genauso viele Kalorien wie normaler Haushaltszucker-

→ Zum Abnehmen nicht geeignet !!

Energiereiche / Fettreiche Lebensmittel	Alternative Lebensmittel können sein
Wurst/Fleisch	
<ul style="list-style-type: none"> - Mett- oder Leberwurst - Salami - Fleischwurst, Fleischsalat - Mett/Gehacktes - Bauchfleisch, Speck - Bratwurst 	<ul style="list-style-type: none"> - Schinken (ohne Fettrand) - Geflügelaufschnitt - Aspik oder Sülze wie Corned-Beef - Geflügelfleisch (ohne Haut) - fettarmes Fleisch (z. B. Rindfleisch, Rinderhack oder Schweinefilet)
Milchprodukte	
<ul style="list-style-type: none"> - Milch mit 3,5% Fettgehalt und mehr - fettreiche Milchprodukte wie Sahne, Creme fraiche, Schmand, Sahnejoghurt, Sahnequark - Käsesorten mit Fettgehalt über 30% i.Tr., wie Brie, Gouda, Feta, Butterkäse, Mozzarella, - Doppelrahmfrischkäse 	<ul style="list-style-type: none"> - Milch mit 1,5% Fettgehalt und weniger - fettreduzierte Milchprodukte wie Buttermilch, Dickmilch, Magerquark, Joghurt bis 1,5% Fettgehalt - Käsesorten mit Fettgehalt bis 30% i.Tr., wie Hüttenkäse, Harzer-Käse - fettreduzierter Schnitt- oder Frischkäse
Fisch	
<ul style="list-style-type: none"> - Aal, Makrele, Hering, Räucherlachs - Fischkonserven mit Öl (z.B. Thunfisch in Öl, Ölsardinen) - Heringssalat - paniertes Fisch, Fischstäbchen oder Tintenfisch-Ringe 	<ul style="list-style-type: none"> - Kabeljau, Seelachs, Rotbarsch, Forelle, - Seezunge - Thunfisch in Wasser, Schalen- und Krustentiere (z.B. Krabben, Krebse) - gedünsteter Fisch
Fette	
<ul style="list-style-type: none"> - Margarine oder Butter (z.B. auch in Gemüse oder Soßen) - gehärtete Pflanzenfette, Palm-/Kokosöl 	<ul style="list-style-type: none"> - fettreduzierte Streichfette wie Halbfettmargarine oder Halbfettbutter - hochwertige Pflanzenöle wie Raps-, Distel- oder Olivenöl
Getränke	
<ul style="list-style-type: none"> - Fruchtsaft, Fruchtnektar - Limonade/Cola - Eistee - Alkohol wie Bier und Wein 	<ul style="list-style-type: none"> - Mineralwasser - dünne Saftschorle, ab und zu ein Glas Cola/Limo light - ungezuckerte Früchte-/Kräutertees - ab und zu alkoholfreies Bier
Snacks	
<ul style="list-style-type: none"> - Schokolade/Schokoriegel - Chips, Erdnussflips - Nüsse 	<ul style="list-style-type: none"> - Popcorn ungesüßt (z.B. mit Salz) - Reiswaffeln - Salzstangen - Obst oder Rohkost mit Joghurtdips

Information

Ernährung und Insulin bei Diabetes Typ 2

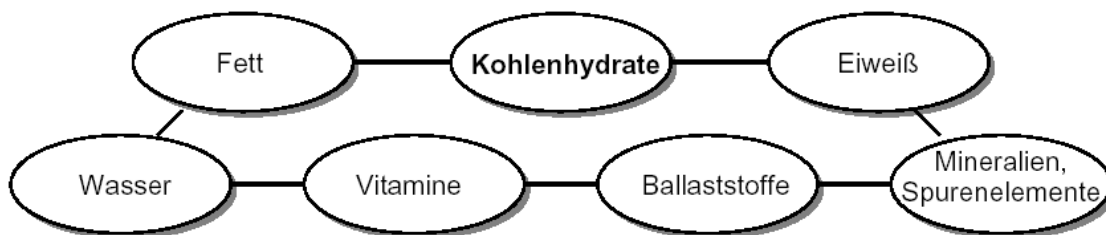
Der Blutzucker jedes Menschen wird im Wesentlichen durch 2 Dinge reguliert: Insulin und Essen.

Insulin *senkt* den Blutzucker, kohlenhydrathaltige Speisen und Getränke *erhöhen* ihn. Je mehr Kohlenhydrate gegessen werden, desto mehr Insulin wird benötigt.

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass bei Diabetes Typ 2 keine spezielle Diabetes-Ernährung oder Diabetes-Diät nötig ist. Empfohlen wird eine ausgewogene, **gesunde Mischkost** – oder bei Übergewicht eine **kalorienreduzierte Mischkost**.

Blutzuckerwirkung von Lebensmitteln

Unsere Nahrung besteht aus folgenden Inhaltsstoffen:



Alle sind lebenswichtig!

Kohlenhydrate sind bei Diabetes von besonderer Bedeutung, da sie Blutzucker erhöhend wirken.

Sparen Sie aber bitte **nicht** an den Kohlenhydraten, sie sind wichtige Energielieferanten für Nerven, Gehirn und Muskeln. Das gilt auch bei **Gewichtsabnahme**. Sparen Sie lieber am Fett!



D. h. beispielsweise nicht am Brot sparen, sondern am Belag, nicht an den Nudeln sondern an der Soße sparen.

Insgesamt ergeben sich folgende Empfehlungen:

- Fett sparen
- Alkohol reduzieren - **Achtung bei Alkohol besteht Unterzuckerungsgefahr!!**
- Wasser- und ballaststoffreiche Lebensmittel bevorzugen, kalorienreiche reduzieren

Weitere Informationen zur Blutzuckererhöhung bei verschiedenen Lebensmitteln



Blutzucker erhöhend	Nicht Blutzucker erhöhend
<p>Kohlenhydratreich</p> <ul style="list-style-type: none"> - Milch/Milchprodukte, z.B. Joghurt, Kefir, Dickmilch, Buttermilch - Obst - Getreide und Getreideprodukte, z.B. Brot, Mehl, Gries, Reis, Nudeln, Mais - Kartoffeln und Kartoffelprodukte, z.B. Pommes frites, Püree, Klöße, Kroketten - Zucker, z.B. in Süßigkeiten, Kuchen, Eis, Sirup, Honig, Cola 	<ul style="list-style-type: none"> - Wasserreich, z.B. Gemüse, Salat - Fettreich, z.B. Butter, Margarine, Öl, Mayonnaise, Sahne, Schmalz - Eiweiß- und/oder fettreich, z.B. Fleisch, Wurst, Fisch, Geflügel, Eier, Käse 

- ▶ Hülsenfrüchte (Erbsen, Bohnen, Linsen) sind zwar kohlenhydratreich, haben aber sehr viele Ballaststoffe, so dass ein tiefer Teller voll **nicht** berechnet wird.
- ▶ Auch Nüsse, Kerne und Samen (z.B. Erd-, Kokos-, Wal-, Haselnüsse, Pistazien, Mandeln, Leinsamen, Mohn) sind kohlenhydratreich, enthalten aber viel Fett und Ballaststoffe, so dass eine Hand voll **nicht** berechnet wird.

Verschiedene kohlenhydratreiche Lebensmittel verändern den Blutzucker unterschiedlich schnell. **Je mehr Fett** und/oder je mehr **Ballaststoffe** eine Speise enthält, desto **langsamer** steigt der Blutzucker an.

Information

Berechnung von BE

Um die Höhe des zu erwartenden Blutzuckerwerts abschätzen zu können, braucht man Informationen über den Kohlenhydratgehalt des Lebensmittels. Dafür werden Lebensmittel in BE (Berechnungs-Einheiten für Kohlenhydrate) eingeteilt.

Eine BE enthält immer 10-12 g Kohlenhydrate.

Einer BE entspricht z.B.:

1 kl. Apfel (100 g), 2 kl. Kiwis (110 g), ½ Banane (50 g)

1 kl. Scheibe Brot (25 g), 2 Scheiben Knäckebrot, ½ Brötchen

¼ l Milch 250 g Joghurt 100 ml Saft

2 kl. Kartoffeln (80 g,) 2 gehäufte Esslöffel Reis (50 g), ½ Kartoffelkloß (45 g)

[Die Gramm-Angaben dienen der Schulung des Augenmaßes und stellen keine Verpflichtung dar, jedes Lebensmittel zu wiegen!]

Umfassende BE-Angaben für viele Lebensmittel finden Sie unter

<http://www.diabetes-news.de/info/be/index.html> oder einer Nährwert-Tabelle.

Berchnung von BE in Rezepten

Zur Berechnung von BE in Rezepten müssen von allen Zutaten die Kohlenhydratmengen bzw. die BE-Mengen bekannt sein.

Beispiel: Berechnung eines Sandkuchens nach dem folgenden Rezept

Menge	Zutaten	BE
180 g	Butter	0
180 g	Zucker	15
1 Päckchen	Vanillezucker	1
3	Eier	0
150 g	Stärke	10
80 g	Mehl	4
½ Teelöffel	Backpulver	0
Insgesamt		30



Der gesamte Kuchen hat also 30 BE. Teilt man ihn in 15 Stücke auf, so ergeben sich pro Stück 2 BE.

Berechnung von BE in Fertiggerichten

Zur Berechnung von BE in Fertiggerichten und Süßigkeiten können die Nährwertangaben auf der Packung herangezogen werden.

- ▶ Diese Angaben beziehen sich in der Regel **auf 100g** des Lebensmittels und müssen auf die gewünschte Menge (1 Portion/1 Stück/1 Scheibe) **umgerechnet** werden.
- ▶ Sind nur Kohlenhydrate angegeben lassen sich die BE nach dem folgenden Schema berechnen:
Angaben der Kohlenhydrate (für eine Portion) **KH : 12 = X BE**

Beispiele zur Berechnung von BE

Tiefkühl-Pizza (300 g)	<u>Berechnung der BE:</u>
Kalorien 770 Kcal	
Eiweiß 29 g	
Kohlenhydrate 55 g	55 KH : 12 = 5 BE
Fett 44 g	
1 kl. Flasche Cola (0,33l): 36 g KH	: 12 ergibt 3 BE
1 Hanuta (22,5g): 12 g KH	: 12 ergibt 1 BE
1 Nuts (55g): 35 g KH	: 12 ergibt 3 BE

- ▶ **Süßstoffe** (Cyclamat, Saccharin, Aspartam, Acesulfam K, Thaumatin, Neohesperidin) werden nicht als BE berechnet, da sie keine Kohlenhydrate enthalten. Sie sind außerdem kalorienfrei.
- ▶ **Zuckeraustauschstoffe** (Fruchtzucker bzw. Fructose, Sorbit, Isomalt, Maltit, Xylit) enthalten andere Kohlenhydrate bei gleicher Kalorienzahl und führen nicht zum Blutzuckeranstieg. Sie müssen daher nicht mit Insulin abgedeckt werden.
- ▶ **Zuckerhaltige Süßungsmittel** (Saccharose, Traubenzucker, Glucosesirup, Honig, Birnendicksaft, Ahornsirup) werden berechnet wie Zucker: 12-15 g = 1 BE

Süßstoffe und Zuckeraustauschstoffe lassen den Blutzucker **nicht** ansteigen und müssen bei der BE-Berechnung **nicht** berücksichtigt werden.

Sind Zuckeraustauschstoffe auf der Packung bei den Kohlenhydraten mit eingerechnet, müssen Sie vor der BE-Berechnung wieder abgezogen werden.

Fett entdecken

Fett enthält Energie in geballter Form. Ein Gramm Fett enthält 9 Kalorien, doppelt so viele als Kohlenhydrate oder Eiweiß (4 Kalorien je Gramm). In Alkohol sind 7 Kalorien je Gramm, fast so viele wie in Fett.

Die Sättigung hängt von der aufgenommenen Nahrungsmenge ab. Isst man sich überwiegend mit Lebensmitteln satt, die viel Fett und Zucker enthalten, ist die Gefahr groß, zuviel Energie aufzunehmen. Dieses wird dann als Fett im Körper gespeichert.

Wenn Sie Gewicht abnehmen wollen, empfiehlt sich eine **kalorien- bzw. fettreduzierte Mischkost**.

Studien zeigen, dass ein erster wichtiger Schritt dabei eine Bestandsaufnahme der bisherigen Ernährung ist. Dazu steht Ihnen dieses Arbeitsblatt zur Verfügung.

Bitte tragen Sie ein, welche Lebensmittel Sie **drei aufeinander folgenden Tagen** essen und trinken.

Wie viel Fett diese enthalten bzw. wie energiereich diese sind, können Sie dem Etikett der Lebensmittel entnehmen oder unter <http://www.lebensmittel-tabelle.de/> abrufen.

Dabei bedeutet:

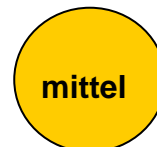
sehr fett-/energiereich

- = über 20 g Fett pro 100 g des Lebensmittels
- = über 12,5 g Zucker pro 100 g des Lebensmittels



mäßig fett-/energiereich

- = 3 – 20 g Fett pro 100 g des Lebensmittels
- = 5 – 12,5 g Zucker pro 100 g des Lebensmittels



wenig fett-/energiereich

- = unter 3 g Fett pro 100 g des Lebensmittels
- = bis 5 g Zucker pro 100 g des Lebensmittels



Vielleicht können Sie sich bei dem einen oder anderen Lebensmittel überlegen, dies durch ein **Produkt, das weniger Fett oder Zucker** enthält zu ersetzen.

Spurensuche Ernährung

Was esse ich wann?

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass ein wichtiger Schritt zu einer gesunden Ernährung eine ehrliche Bestandsaufnahme der bisherigen Essgewohnheiten ist. Dazu steht Ihnen dieses Arbeitsblatt zur Verfügung.

Bitte tragen Sie ein, was Sie an **drei aufeinander folgenden Tagen** essen und trinken.

In der hinteren Spalte können Sie beurteilen, ob der Verzehr dieses Lebensmittel für Sie gut ist oder ob Sie hier Veränderungsmöglichkeiten sehen.

Dabei bedeutet:

O.K.

- Dieses Lebensmittel ist bei einer gesunden Ernährung in dieser Menge angemessen.
- Dieses Lebensmittel bedeutet für mich so viel Lebensqualität, dass ich daran nichts verändern möchte.

Veränderung möglich: Bei diesem Lebensmittel kann ich mir vorstellen, Fett- oder Zucker einzusparen.

Datum: _____

Uhrzeit	Was esse/trinke ich?	O.K.	Veränderung möglich
z. B. 7.30 Frühstück	2 Tassen Kaffee mit Milch (3,5 % Fett) und 1 Stück Zucker		1,5 %-ige Milch verwenden
	1 Butterbrezel	o.k.	
z. B. 10.00	1 Fruchtjoghurt (3,5 % Fett)		Joghurt m. 1,5%Fett
	1 Apfel	o.k.	
z. B. 12.30 Mittagessen	Kantine: Spaghetti Bolognese		vegetarische Bolognese
	gemischter Salat mit Joghurtsauce	o.k.	
	...		

Vorbemerkungen Rauchen

Studien zeigen, dass Rauchen bei Diabetes mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden ist. Auch das Risiko für die Entwicklung diabetesbedingter Folge und Begleiterkrankungen ist bei Rauchern höher als bei Diabetes-PatientInnen, die nicht rauchen (Haire-Joshu, Debra, Glasgow, Russell E, & Tibbs, Tiffany L, 1999; Kulzer et al., 2009). Das Risiko ist abhängig von der Dauer des Rauchens und der Anzahl der gerauchten Zigaretten. Durch einen Rauchstopp kann das Risiko für eine Herzerkrankung, Schlaganfall und Lungenkrebs wieder reduziert werden kann (American Cancer Society, 2010). Auch eine bestehende Proteinurie kann sich durch Nikotinabstinenz verbessern (Kulzer et al., 2009).

Die Empfehlungen bei Diabetes mellitus Typ 2 lauten (American Diabetes Association, 2008)

- Allen PatientInnen zu empfehlen, nicht zu rauchen.
- Dies schließt die Beratung zur Raucherentwöhnung mit ein.

Dabei sollte der individuelle Schweregrad der Nikotinabhängigkeit erfasst bzw. mit einbezogen werden.

Nikotinersatztherapie

Um Entzugssymptome zu mildern, wird ab einem bestimmten Abhängigkeitsgrad der Einsatz von Nikotinersatzmitteln empfohlen. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Ausstiegs.

Bei der Nikotinersatztherapie bekommt der Körper den Suchtstoff (Nikotin) für einige Wochen oder Monate mit Hilfe von Kaugummis, Lutschtabletten oder Pflastern verabreicht. Die Dosis wird schrittweise verringert. Dadurch werden körperliche Entzugserscheinungen wie Schlafstörungen, Heißhunger und schlechte Laune gemildert.

Achtung: die Pflaster, Kaugummis oder Tabletten sollten angemessen dosiert sein und lange genug eingenommen werden.

Allerdings sollten Diabetiker – insbesondere wenn sie bereits Durchblutungsstörungen oder Herzprobleme haben – unbedingt mit ihrem Arzt sprechen, bevor sie einen Versuch mit Nikotinersatzpräparaten starten.

Nicht geeignet für Diabetiker sind Tabletten mit dem Wirkstoff **Bupropion**. Die verschreibungspflichtige „Anti-Raucher-Pille“ kann Ängste und Krampfanfälle auslösen. Weil Unterzuckerungen das Risiko für Krampfanfälle erhöhen, ist das Medikament für Diabetiker, nicht geeignet.

Leitfaden Rauchen

Zielkriterien für Rauchen:

- Abstinenz
- Kann eine völlige Abstinenz nicht erreicht werden, wird eine Reduktion des Konsums angestrebt.

Beratungsschema für die Raucherentwöhnung

1. Erfassung des Rauchens

Wie halten Sie es momentan mit dem Rauchen?

Aktuell Raucher?

Nein

Nichtraucher seit mindestens 3 Monaten?

→ **Würdigen** → Reha-Zielbereich momentan nicht relevant

Nichtraucher < 3 Monate?

→ **Würdigen** → nach Erfolgsstrategie fragen

→ **Kritische Situationen / Ausrutscher besprechen** (s. 4. und 5.)

In welchen Situationen haben Sie viel / häufig geraucht?

Ja

Persönlicher Plan, z. B. Alternativverhalten planen

2. Erfassung der Absicht zur Raucherentwöhnung

Beabsichtigen Sie in nächster Zeit mit dem Rauchen aufzuhören? ...weniger zu rauchen?

Absicht zum Rauchstopp bzw. Reduktion?

Ja

Würdigen

Wie wollen Sie dabei vorgehen? Was sind Ihre nächsten Schritte?

→ **Tagesprotokoll Rauchen?**

→ **Nikotinabhängigkeit erfassen** (Fagerström-Test);

Nikotinersatztherapie?

→ **Persönlichen Plan** ausfüllen (s. 4)

Nein

bzw. unschlüssig

3. Motivationale Unterstützung

Wissen über Auswirkungen von Rauchen bei Diabetes ausreichend?

Wie wirkt sich das Rauchen auf Ihren Diabetes aus?

Nein

BeratInfo_Rauchen&Diabetes

PlInfo_Gesundheit nach Rauchstopp

Ja

Persönliche Gründe für und gegen Weiterräumen besprechen

Arbeitsblatt Entscheidungswaage

Was spricht dafür nicht mehr zu rauchen? Welche Vorteile hätte für Sie das Nichtrauchen, was wären für Sie die Nachteile (unangenehmen Seiten)?

→ **Zusammenfassen** der persönlichen Gründe pro und contra Nichtrauchen, dabei Ambivalenz anerkennen

Ich möchte noch einmal kurz zusammenfassen...Habe ich das alles richtig verstanden?

Es beeindruckt mich, wie viele Gedanken Sie sich darüber machen.

Hindernisse beim Aufhören, könnten Befürchtungen über mögliche Gewichtszunahme und/oder depressive Verstimmung sein.

Zuversicht ausreichend?

Nein

Zuversichtsskala

Auf einer Skala von 0 (gar nicht zuversichtlich) bis 10 (sehr zuversichtlich): Wie zuversichtlich wären Sie das umzusetzen? Warum sind Sie bei ... und nicht bei Null?

Haben Sie schon einmal erfolgreich auf das Rauchen verzichtet? Wie sind Sie dabei vorgegangen? Was hat Ihnen dabei geholfen? Wäre das auch jetzt hilfreich?

→ Situation schildern lassen und bei Analyse unterstützen.

Was haben andere Leute, die Sie kennen getan, um nicht mehr zu rauchen?“?

Ja

Unterstützung ausreichend?

Wer könnte Sie dabei unterstützen?

Was würde Ihre Familie / Ihre Frau dazu sagen, wenn Sie nicht mehr rauchen würden?

Absicht zum Rauchstopp bzw. Reduktion?

→ **Zusammenfassen** der Wünsche, Vorstellungen, Gründe und Pläne für eine Veränderung, die vom Patienten genannt wurde, dabei Ambivalenz oder Zögern anerkennen

Nein Motivationale Unterstützung s. o.

Ja Würdigen

Wie wollen Sie dabei vorgehen? Was sind Ihre nächsten Schritte?

→ **Tagesprotokoll Rauchen?** → [PInfo_Neulernen_Nichtrauchen](#)

→ **Nikotinabhängigkeit erfassen** → [Fagerström-Test](#)

Nikotinersatztherapie empfehlen?

4. Persönliche Pläne (Handlungs- und Bewältigungsplanung)

Persönlichen Plan vereinbaren

Wenn Sie jetzt daran denken, was Sie sich vorgenommen haben. Wann planen Sie den Rauchstopp (wollen Sie aufhören)? sich mehr zu bewegen?

Bei Absicht Zigaretten zu reduzieren:

Wo? *Auf welche Zigaretten wollen Sie künftig verzichten?*

Wie *integrieren Sie das am besten in Ihren Tagesablauf?*

Mit wem? *Wer könnte Sie dabei unterstützen oder begleiten?*

Kritische Situationen besprechen

Welche Situationen sind bei der Umsetzung besonders kritisch? In welchen Situationen wird es besonders schwierig werden, nicht mehr zu rauchen?

Wie sind andere Personen, die Sie kennen dabei vorgegangen? Wäre das auch für Sie eine Möglichkeit? Welche Unterstützung bräuchten Sie dazu? Wer könnte Sie dabei unterstützen?

Alternatives Verhalten besprechen

Alternativverhalten planen, z. B.

Statt nach dem Essen eine Zigarette zu Rauchen, werde ich ein Stück Obst essen / einen kleinen Spaziergang machen.

Statt Kaffee (zu dem ich immer eine Zigarette geraucht habe), werde ich morgens jetzt Tee trinken.

Was könnten Sie sich selbst sagen, um sich darin zu bestärken...?

Welche Veränderungen zu Hause, am Arbeitsplatz, im Tagesablauf könnten Ihnen dabei helfen...

Keine Ideen: [BeratInfo_Rauchalternativen](#)

5. Besprechung des Persönlichen Planes

Arbeitsblatt „Was habe ich von meinem persönlichen Plan umgesetzt?“

Wie ging es Ihnen dabei? Was hat gut funktioniert?

Persönlicher Plan umgesetzt?

Ja

(Vollständig oder teilweise) → Würdigen

Mich beeindruckt wie...- Ich kann mir vorstellen, dass es nicht einfach war...

Analysieren *Was hat gut funktioniert / am meisten geholfen?*

Wo gab es Probleme? Was sollte geändert werden, damit....?

Nein

Würdigen für Versuch

Meist gelingt es nicht, das Rauchen beim ersten Versuch aufzugeben. Im Durchschnitt benötigen Raucher drei bis vier ernsthafte Versuche...

Nicht-Gelingen auf Situation/Umstände zurückführen

Was kann daraus gelernt werden? Wie können kritische Situationen (alternatives Verhalten) besser vorbereitet werden, damit beim nächsten Mal Umsetzung gelingt?

Möglicher Weise war dies für Sie nicht der passende Weg bzw. eine sehr spezielle Situation ... Wie könnten Sie sich beim nächsten Mal besser vorbereiten?

Neuer Persönlicher Plan?

6. Gesprächsabschluss

Zusammenfassen des Persönlichen Plans

Sie wollen also ... Habe ich das richtig verstanden?

Arbeitsunterlagen/Hilfsmittel,

die zur Unterstützung eingesetzt werden können:

Beratungs-Informationen

- BeratInfo_Rauchen&Diabetes
- BeratInfo_Rauchalternativen
- BeratInfo_Nikotinersatzmittel
- Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit

Patienten-Infoblätter für

- PInfo_Gesundheit nach Rauchstopp
- PInfo_Neulernen Nichtrauchen

Spezifische Arbeitsblätter (können auch Gegenstand der Persönlichen Pläne sein):

- Tagesprotokoll Rauchen (Rauchertagebuch)

Beratungsinfo:

Wissen des Patienten diesbezüglich schon erfragt?

Wahlfreiheit des Patienten anerkannt bzw. den Patienten um Erlaubnis gebeten?

Es gibt einige Punkte, die hier von Bedeutung sein könnten. Vielleicht kennen Sie diese auch schon. Aber um sicher zu sein, wäre es in Ordnung, wenn ich diese anspreche?

Rauchen und Diabetes mellitus Typ 2

Auswirkungen des Rauchens bei Diabetes

Studien zeigen, dass Rauchen bei Diabetes mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden ist.

Das Risiko für die Entwicklung diabetesbedingter Folge und Begleiterkrankungen, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Schlaganfall, Hypertonie, Durchblutungsstörungen und diabetische Nephropathie ist bei Rauchern höher als bei Diabetes-PatientInnen, die nicht rauchen (Haire-Joshu et al. 1999; Kulzer et al., 2009). Das Risiko ist abhängig von der Dauer des Rauchens und der Anzahl der gerauchten Zigaretten.

Die Forschung zur Raucherentwöhnung belegt, dass durch einen Rauchstopp das Risiko für eine Herzerkrankung, Schlaganfall und Lungenkrebs wieder reduziert werden kann (American Cancer Society, 2010). Eine bestehende Proteinurie kann sich durch Nikotinabstinenz verbessern. (Kulzer et al., 2009).

Inhalte und Auswirkungen des Tabakrauchs

Der Tabakrauche enthält mehr als 4.000 verschiedene chemische Stoffe. Darunter sind neben Kohlenmonoxid und Schwermetallen auch so stark krebserregende Stoffe wie Benzol, Formaldehyd und Dioxin.

Die Schadstoffe im Tabakrauch schädigen die gesamten Atemwege sowie das Herz, den Kreislauf und das Gefäßsystem.

Darüber hinaus führen die Schadstoffe im Tabakrauch zu Ablagerungen in den Blutgefäßen und damit zu einer gefährlichen Verengung dieser Gefäße (Arteriosklerose). Dadurch erhöht sich das Risiko einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden oder Durchblutungsstörungen an den Beinen zu bekommen noch zusätzlich zum Diabetes.

Mögliche Gründe für das Aufhören

Die Schädigungen des Gefäßsystems sind auch nach langem Rauchen reversibel. Nach längerer Abstinenz liegt das Erkrankungsrisiko nicht viel höher als bei gleichaltrigen Personen, die niemals geraucht haben.

Körperliche Veränderungen nach Beendigung des Rauchens

(American Cancer Society, 2010)

Nach 20 Minuten: Puls und Blutdruck sinken auf normale Werte.

Nach 12 Stunden: Der Kohlenmonoxid-Spiegel im Blut sinkt auf normale Werte.

Anmerkung: Das Kohlenmonoxid bewirkt eine Schädigung der inneren Wandschicht der Blutgefäße und begünstigt so den arteriosklerotischen Prozess, der zu Herzinfarkt, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen (Beinen, Genitalien) führt.

Nach 2 Wochen: Der Kreislauf stabilisiert sich. Die Lungenfunktion verbessert sich.

Nach 1 bis 9 Monaten:

Hustenanfälle und Kurzatmigkeit nehmen ab. Die Lungenfunktion normalisiert sich und die Infektionsgefahr verringert sich

Nach 1 Jahr

Das Risiko einer koronaren Herzerkrankung ist nur noch halb so hoch wie das eines Rauchers.

Nach 5 Jahren

Das Risiko einen Schlaganfall zu erleiden sinkt auf das eines Nichtraucher ab.

Nach 10 Jahren:

Das Risiko an Lungenkrebs zu sterben ist nur noch halb so hoch wie das eines Rauchers. Das Krebsrisiko für andere Krebsarten (Mund-, Luft- und Speiseröhre, Harnblase, Nieren und Bauchspeicheldrüse) sinkt.

Nach 15 Jahren

Das Risiko einer koronaren Herzerkrankung ist nicht höher als bei einem Nichtraucher.

Beratungsinfo: Rauchalternativen

- ▶ Wissen des Patienten diesbezüglich schon erfragt?

Wenn Sie es wünschen, kann ich Ihnen eine Reihe von Möglichkeiten nennen, die andere Personen erfolgreich eingesetzt haben. Ich möchte jedoch Ihren eigenen Gedanken nicht im Wege stehen, letztendlich sind Sie der Experte für Ihre Situation. Vielleicht haben Sie ja noch einige Ideen, was Sie dann tun könnten.

- ▶ Wahlfreiheit des Patienten anerkannt bzw. den Patienten um Erlaubnis gebeten?

Ich möchte Ihnen nichts vorschlagen, kann Ihnen aber erzählen, was andere machen, um sich selbst dabei zu unterstützen. – Ob das auch für Sie funktionieren kann, müssen Sie entscheiden.

Wenn Sie es wünschen, kann ich Ihnen eine Reihe von Möglichkeiten nennen, die andere Personen erfolgreich eingesetzt haben.

Mögliche Strategien zum Beibehalten des Nichtrauchens, die anderen Personen geholfen haben:

▶ **Alternativen zum Rauchen**

- zuckerfreie Kaugummi oder Pastillen lutschen
- Sport treiben („um den Block laufen“, Spazieren gehen, Gymnastik, Schwimmen, Walking usw.) → hebt die Stimmung und zeigt die zunehmende körperliche Leistungsfähigkeit durch Nichtrauchen!
- ablenkenden Beschäftigungen nachgehen (z. B. Handarbeiten, Basteln, Gartenarbeit, telefonieren, E-mail schreiben...)

▶ **Die Umgebung verändern**

- Gegenstände, die an das Rauchen erinnern, entfernen
- Vorhänge waschen, um den Zigarettengeruch aus der Wohnung zu entfernen
- Mit Kollegen, Freunden, Familienmitgliedern „Rauchfreie Zonen“ vereinbaren, z. B. am Arbeitsplatz nicht mehr rauchen

Weitere Strategien, die von anderen Personen mit Erfolg eingesetzt wurden, um nicht mehr zu rauchen:

- Eigene Motivationskarte mit dem wichtigsten persönlichen Grund nicht mehr zu rauchen schreiben und gut sichtbar aufhängen bzw. mit sich nehmen.
- Mit sich selbst / anderen einen Vertrag machen
- Entspannungsmethoden
- Öffentliches Bekunden der Absicht z. B. jemanden davon erzählen, mit jemand eine „Wette eingehen“

- Sich selbst dafür belohnen, dass ein Tag (Woche?) nicht mehr geraucht wurde (Belohnungsstrategie), z. B. Kinobesuch, neue Sportschuhe, Kleidungsstück, CD, Buch, Pflanze kaufen, einen Ausflug machen.

Das könnte für Sie sinnvoll sein oder auch nicht, vielleicht kann es eine Alternative darstellen, aber das müssen Sie selbst entscheiden.

Allerdings ist es sinnvoll, sich Ihre Alternativen zum Rauchen bereits vor dem Aufhören überlegen. Nur dann kann in den kritische Situationen auch darauf zurückgegriffen werden.

Beratungsinfo:

Wissen des Patienten diesbezüglich schon erfragt?

Wahlfreiheit des Patienten anerkannt bzw. den Patienten um Erlaubnis gebeten?

Es gibt einige Punkte, die hier von Bedeutung sein könnten. Vielleicht kennen Sie diese auch schon. Aber um sicher zu sein, wäre es in Ordnung, wenn ich diese anspreche?

Nikotinersatzmittel

Regelmäßiges Rauchen führt zu einer starken Gewohnheitsbildung und macht körperlich abhängig.

Die körperliche Abhängigkeit kann je nach Anzahl der bisher gerauchten Zigaretten unterschiedlich stark sein. Beim Aufhören kann dies zu Entzugssymptomen wie schlechte Stimmung, Ärger, Unlust, Konzentrationsproblemen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder einem starken Verlangen nach einer Zigarette führen.

Durch nikotinhaltige Entwöhnungsmittel wie Nikotin-Kaugummi oder –Pflaster können Entzugssymptome gemildert werden und die Rückfallgefahr sinkt. Die Verwendung von Nikotin-Kaugummis oder –Pflastern ist bereits bei einer mittleren Abhängigkeit sinnvoll. Zusätzlich wirken Nikotin-Ersatzprodukte einer möglichen Gewichtszunahme entgegen.

Als nikotinhaltige Entwöhnungsmittel empfehlen wir je nach Stärke der Nikotinabhängigkeit Nikotin-Pflaster und Nikotin-Kaugummi. Diese Nikotinersatzmittel sind rezeptfrei in der Apotheke erhältlich (und müssen selbst bezahlt werden).

Die Nikotinersatzmittel enthalten nur Nikotin. Damit wird nur das Nikotin der nicht gerauchten Zigaretten ersetzt. Die anderen gesundheitsgefährdenden Schadstoffe im Tabakrauch fallen dagegen weg. Sie sind in der empfohlenen Dosierung im Allgemeinen gut bis sehr gut verträglich.

Kaugummi oder Pflaster (s. Fagerström-Test)?

Bei unregelmäßigem Rauchen

- und 10 – 20 Zigaretten pro Tag → Nikotin-Kaugummi 2 mg
- und mehr als 20 Zigaretten pro Tag → Nikotin-Kaugummi 4 mg

Bei regelmäßigem Rauchen über den Tag verteilt: Nikotin-Pflaster

Bei sehr ausgeprägter Abhängigkeit: Nikotin-Pflaster + Nikotin-Kaugummi 4 mg

Das Kaugummi eignet sich v. a. um das Rauchen in kritischen Situationen zu vermeiden, wie z. B. auf einer Feier. Es deckt den Nikotinbedarf für ca. 1 Stunde.

Allerdings empfiehlt es sich nicht bei Gebissträgern und bei Magen-Darm-Erkrankungen.

Bitte beachten:

Um eine Überdosierung zu vermeiden sollten Nikotinersatzprodukte erst eingesetzt werden, wenn nicht mehr geraucht wird!

Diabetiker sollten – insbesondere wenn sie bereits Durchblutungsstörungen oder Herzprobleme haben – unbedingt mit ihrem Arzt sprechen, bevor sie einen Versuch mit Nikotinersatzpräparaten starten.

Nikotin-Kaugummis

Nikotinkaugummis sind in zwei verschiedenen Dosierungen erhältlich, als 2 mg oder als 4 mg Kaugummi. Im Normalfall genügt das 2 mg Kaugummi. Das 4 mg-Kaugummi ist für starke, abhängige Raucher (Fagerström-Test 6 – 10 Pkt. oder > 20 Zigaretten/täglich). Die erforderliche Anfangsdosierung richtet sich zunächst nach dem individuellen Bedarf zur Linderung der Entzugserscheinungen. Es wird folgende Dosierung empfohlen: je nach Abhängigkeit ein 2 bzw. 4 mg Kaugummi pro Stunde, maximal 16 Stück am Tag.

Ein Nikotinkaugummi sollte über etwa **30 Minuten langsam gekaut** werden, um das gesamte Nikotin aus der Kaumasse zu lösen. Dabei wird das Nikotin vorwiegend über die Mundschleimhaut in den Körper aufgenommen. Es sollte vermieden werden, das Kaugummi schnell oder intensiv zu kauen, damit das Nikotin nicht zu schnell aus der Kaumasse freigesetzt wird. Wird der Geschmack intensiver ist das ein Zeichen, dass genügend Nicotin freigesetzt wurde, dann kann das Kaugummi eine Weile in der Wangentasche „geparkt“ werden. Nach 30 Minuten sollte das Kaugummi herausgenommen werden.

Nach 4-6 Wochen empfiehlt es sich, die tägliche Anzahl der Kaugummis allmählich zu verringern, z.B. indem der Kaugummi in immer größeren zeitlichen Abständen gekaut wird. Der erste Absetz-Versuch sollte unternommen werden, wenn der durchschnittliche Tagesverbrauch während der vorausgegangenen Woche bei 1-2 Kaugummis lag. Für Nottfälle kann noch ein Zeitlang ein Nicotin-Kaugummi mitgenommen werden. Nach 3 Monaten ist die Entwöhnung meist abgeschlossen. Eine länger als 6 Monate dauernde Behandlung wird nicht empfohlen.

Nichtraucher oder Gelegenheitsraucher, die eine Zigarette pro Tag oder weniger rauchen dürfen Nikotinkaugummis nicht anwenden.

Gebissträger können wegen der Haftfähigkeit des Nikotinkaugummis Schwierigkeiten beim Kauen haben, so dass es in manchen Fällen nicht möglich ist, ihn anzuwenden. Nikotin ist

eine für Nichtraucher und Kinder hochgiftige Substanz. Deshalb müssen Nikotinkaugummi jederzeit für Kinder unerreikbaar aufbewahrt werden.

Nikotinpflaster

Nikotinpflaster sind derzeit in zwei verschiedenen Anwendungsformen erhältlich,

- als 16 Stunden Pflaster (Pflaster zu 24,9 mg, 16,6 mg. und 8,3 mg Nikotin)
- als 24 Stunden Pflaster (Pflaster zu 52,5 mg, 35 mg und 17,5 mg Nikotin)

Zu jeder Anwendungsform gibt es jeweils drei verschiedene Stärken. Gestartet wird mit der jeweils höchsten Dosierung (erste 4-6 Wochen).

In der darauf folgenden 2. Phase von 2-4 Wochen, sollte täglich ein Pflaster der mittleren Dosierung und

in der letzten Phase, für weitere 2-4 Wochen, täglich ein Pflaster mit der geringsten Dosis Nikotin angewendet werden.

Täglich, am besten morgens unmittelbar nach dem Aufstehen, wird ein Pflaster nach Entfernen der Schutzfolie auf eine saubere, trockene und unverletzte Hautstelle an Rumpf, Oberarm oder Hüfte aufgeklebt und fest 10-20 Sek. auf die Haut gedrückt. Damit wird dem Körper durch die Haut kontinuierlich Nikotin zugeführt.

Die häufigsten unerwünschten Wirkungen des nikotinhaltigen Pflasters sind Hautrötungen, Schwellungen, Juckreiz und Hautausschlag an der Aufklebestelle. Diese Hautreaktionen können besonders in den ersten Wochen auftreten. und verschwinden im Allgemeinen innerhalb eines Tages nach Entfernen des Nikotinpflasters. Bleiben die Hautreaktionen bestehen, sollte die Behandlung abgebrochen werden. V. a. bei bekannter Allergie gegen Heftpflaster, sollte besonders auf das Auftreten von Hautreaktionen geachtet werden.

Überdosierung und mögliche Anwendungsprobleme

Eine Überdosierung mit Nikotin kann auftreten, wenn Nikotinkaugummi in zu großen Mengen angewendet wurde oder wenn trotz Nikotinersatztherapie (Pflaster oder Kaugummi) weiter geraucht wird oder auf eine andere Art Nikotin zusätzlich aufgenommen wird (Schnupftabak, Kautabak). Unter anderem können dann schwere Herz-Kreislauf-Reaktionen bis hin zum Herzinfarkt auftreten.

Die Symptome von Überdosierungen sind ähnlich denen, die beim exzessiven Rauchen auftreten: Schwindel, Mattigkeit, Übelkeit, kalter Schweiß, Erbrechen und Durchfall. Bei Anzeichen einer Überdosierung sollte der Gebrauch des Kaugummi / Pflasters sofort unterbrochen werden. Die Symptome verschwinden mit sinkendem Nikotinspiegel im Blut

innerhalb von wenigen Minuten. Bei schweren Vergiftungen müssen sofort Notfallmaßnahmen ergriffen und ein Arzt aufgesucht werden.

Während der Behandlung mit dem Nikotinpflaster darf nicht geraucht oder auf andere Weise Nikotin aufgenommen werden, damit es nicht zu Überdosierungen kommt.

Nikotin ist eine für Nichtraucher und Kinder hochgiftige Substanz und kann bei kleinen Kindern zu schweren Vergiftungserscheinungen führen und tödlich sein. Deshalb müssen Nikotinpflaster oder Kaugummi für Kinder unerreikbaar aufbewahrt werden.

Kosten

Nikotin-Pflaster kosten zwischen 20 und 60 Euro (60 Euro für ca. 4 Wochen). D.h. pro Pflaster nach Firma und Stärke des Pflasters zw. 2 und 5 Euro.

12 Kaugummi ca. 5 bis 6 Euro. 100 Kaugummi ca. 30 – 40 Euro.

[Quelle eigene Internetrecherche, Stand 05/2010; Preise in den örtlichen Apotheken sind möglicherweise etwas höher.]

Diese Kosten haben sich allerdings schnell amortisiert, wenn keine Zigaretten mehr gekauft werden müssen...

Fagerström Test zur Ermittlung der Nikotinabhängigkeit

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

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|----------|
| Innerhalb von 5 Minuten | <input type="checkbox"/> | 3 Punkte |
| Innerhalb von 6 bis 30 Minuten | <input type="checkbox"/> | 2 Punkte |
| Innerhalb von 30 bis 60 Minuten | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| Es dauert länger als 60 Minuten | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

2. Finden Sie es schwierig, an Orten, wo das Rauchen verboten ist (z.B. in der Kirche, in der Bibliothek, im Kino, usw.) das Rauchen sein zu lassen ?

- | | | |
|------|--------------------------|----------|
| ja | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| nein | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

3. Auf welche Zigarette würden Sie nicht verzichten wollen?

- | | | |
|---------------------|--------------------------|----------|
| Die erste am Morgen | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| andere | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

4. Wie viele Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

- | | | |
|---------|--------------------------|----------|
| > 30 | <input type="checkbox"/> | 3 Punkte |
| 21 - 30 | <input type="checkbox"/> | 2 Punkte |
| 11 - 20 | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| 0 -10 | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

5. Rauchen Sie in den ersten Stunden nach dem Erwachen im Allgemeinen mehr als am Rest des Tages?

- | | | |
|------|--------------------------|----------|
| ja | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| nein | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

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

- | | | |
|------|--------------------------|----------|
| ja | <input type="checkbox"/> | 1 Punkt |
| nein | <input type="checkbox"/> | 0 Punkte |

Auswertung und Empfehlung für Nikotinersatztherapie

0-2 Punkte: geringe Nikotinabhängigkeit

Sie rauchen wenig und nur bei besonderen Anlässen. Trotzdem ist es sinnvoll, künftig auf das Rauchen ganz zu verzichten. Oft gelingt dies bei geringer Nikotinabhängigkeit ohne zusätzliche Hilfsmittel. Sollte es Ihnen sehr schwer fallen, auf die Zigaretten zu verzichten, können Sie zusätzlich 2 mg-Kaugummi einsetzen.

3-5 Punkte: mittlere Nikotinabhängigkeit

Bereits eine mittlere Abhängigkeit spricht für die Verwendung von Nikotinersatzmitteln als Entwöhnungshilfe. Dafür sind das Nikotin-Kaugummi und das Nikotin-Pflaster geeignet.

Bei **unregelmäßigem Rauchverhalten** und

- ▶ einem Zigarettenkonsum von 10 – 20 Zigaretten täglich empfehlen wir Nikotin-Kaugummis 2 mg.
- ▶ bei mehr als 20 Zigaretten täglich: 4 mg Nicotin-Kaugummi

Bei **regelmäßigem Rauchverhalten** über den Tag verteilt: ist das Nikotin-Pflaster empfehlenswert

6-7 Punkte: starke Nikotinabhängigkeit

Der Einsatz von Nikotin-Pflaster oder 4 mg Kaugummis sind dringend anzuraten.

8-10 Punkte: sehr starke Nikotinabhängigkeit

Hier ist mit einer hohen Wahrscheinlichkeit mit Entzugssymptomen zu rechnen. Wir empfehlen die Anwendung von Nikotin-Pflastern, auch in Kombination mit Nikotin-Kaugummis.

Information

Gesundheit nach Rauchstopp

Der Tabakrauche enthält mehr als 4.000 verschiedene chemische Stoffe. Darunter sind neben Kohlenmonoxid und Schwermetallen auch so stark krebserregende Stoffe wie Benzol, Formaldehyd und Dioxin.

Die Schadstoffe im Tabakrauch schädigen die gesamten Atemwege und führen zu Ablagerungen in den Blutgefäßen (Arteriosklerose). Dadurch erhöht sich das Risiko einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden oder Durchblutungsstörungen an den Beinen zu bekommen noch zusätzlich zum Diabetes.

Aber die Schädigungen des Gefäßsystems sind auch nach langem Rauchen reversibel. Nach längerer Abstinenz liegt das Erkrankungsrisiko nicht viel höher als bei gleichaltrigen Personen, die niemals geraucht haben.

Körperliche Veränderungen nach Beendigung des Rauchens

Nach 20 Minuten: Puls und Blutdruck sinken auf normale Werte.

Nach 12 Stunden: Der Kohlenmonoxid-Spiegel im Blut sinkt auf normale Werte.

Nach 2 Wochen: Der Kreislauf stabilisiert sich. Die Lungenfunktion verbessert sich.

Nach 1 bis 9 Monaten:

Hustenanfälle und Kurzatmigkeit nehmen ab. Die Lungenfunktion normalisiert sich und die Infektionsgefahr verringert sich

Nach 1 Jahr

Das Risiko einer koronaren Herzerkrankung ist nur noch halb so hoch wie das eines Rauchers.

Nach 5 Jahren

Das Risiko einen Schlaganfall zu erleiden sinkt auf das eines Nichtraucher ab.

Nach 10 Jahren:

Das Lungenkrebsrisiko ist nur noch halb so hoch wie das eines Rauchers.

Nach 15 Jahren

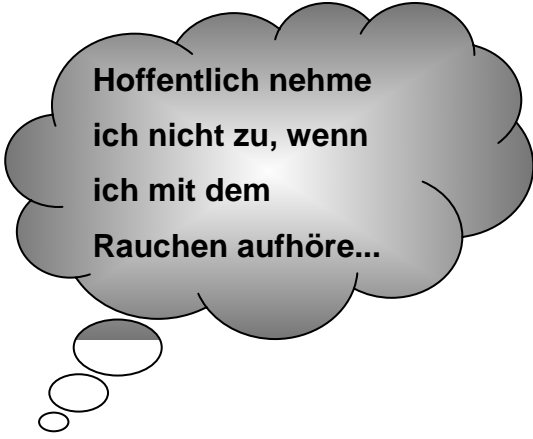
Das Risiko für eine koronare Herzerkrankung ist nicht höher als bei einem Nichtraucher.

Weitere Informationen →

Ein der häufigsten Befürchtungen bei dem Vorsatz mit dem Rauchen aufzuhören ist an Gewicht zu zunehmen.

Aber eine Gewichtszunahme erfolgt nicht zwangsläufig, wenn Sie Ihre Essgewohnheiten beibehalten, nicht mehr essen als vorher und möglichen Heißhunger auf Süßes kontrollieren.

Durch die Zufuhr von Nikotin über Nikotin-Kaugummi oder –Pflaster wird außerdem das Verlangen nach Süßigkeiten, das durch den Entzug bedingt sein könnte, unterdrückt!



**Hoffentlich nehme
ich nicht zu, wenn
ich mit dem
Rauchen aufhöre...**

Information

Neulernen Nichtrauchen

Regelmäßiges Rauchen führt zu einer starken Gewohnheitsbildung und macht körperlich abhängig.

Studien zeigen, dass die Chancen für einen erfolgreichen Aufhörversuch steigen, wenn beide Aspekte berücksichtigt werden.

Gewohnheitsbildung:

In einer bestimmten Situation, z. B. in einer geselligen Runde, bei stressreicher Arbeit, nach dem Essen, zum Kaffee oder beim Autofahren wird automatisch zur Zigarette gegriffen. Durch das darin enthaltene Nikotin entsteht dann im Gehirn ein Gefühl des Wohlbefindens und/oder der Entspannung. Dies führt dazu, dass die Situation ein zunehmend starkes Rauchbedürfnis hervorruft.

Für das Neulernen des Nichtrauchens ist es wichtig,

- ▶ zunächst sein Rauchverhalten genau zu beobachten: Wo rauche ich? Wann? Wieviel?
- ▶ um dann der „Gewohnheitszigarette“ mit neuen (alternativen) Verhaltensweisen zu begegnen.

Z. B. haben Personen, die das Rauchen erfolgreich aufgegeben haben, statt in einer Stresssituation zu rauchen kurze Entspannungsübungen (wie mehrmals tief und bewusst atmen) praktiziert.

Welche alternativen Verhaltensweisen für Sie sinnvoll sind, können nur Sie selbst entscheiden. Das Tagesprotokoll Rauchen liefert Ihnen dabei Hinweise, für welche Situationen es sinnvoll ist sich „Ersatz-Verhalten“ zu überlegen

Alternativen zum Rauchen können sein:

- zuckerfreie Kaugummi oder Pastillen lutschen
- Sport treiben („um den Block laufen“, Spazieren gehen, Gymnastik usw.)
- ablenkenden Beschäftigungen nachgehen (z. B. Handarbeiten, Basteln, Gartenarbeit, telefonieren, E-mail schreiben...)

Körperliche Abhängigkeit:

Die körperliche Abhängigkeit kann je nach Anzahl der bisher gerauchten Zigaretten unterschiedlich stark sein. Beim Aufhören kann dies zu Entzugssymptomen wie schlechte Stimmung, Ärger, Unlust Konzentrationsproblemen, Unruhe, Schlaflosigkeit oder einem starken Verlangen nach einer Zigarette führen.

Durch nikotinhaltige Entwöhnungsmittel wie Nikotin-Kaugummi oder –Pflaster können Entzugssymptome gemildert werden und die Rückfallgefahr sinkt

Die Verwendung von Nikotin-Kaugummis oder –Pflastern ist bereits bei einer mittleren Abhängigkeit sinnvoll. Zusätzlich wirken Nikotin-Ersatzprodukte einer möglichen Gewichtszunahme entgegen.

Kaugummi oder Pflaster?

Bei unregelmäßigem Rauchen

- und 10 – 20 Zigaretten pro Tag → Nikotin-Kaugummi 2 mg
- und mehr als 20 Zigaretten pro Tag → Nikotin-Kaugummi 4 mg

Bei regelmäßigem Rauchen über den Tag verteilt: Nikotin-Pflaster

Bei sehr ausgeprägter Abhängigkeit: Nikotin-Pflaster + Nikotin-Kaugummi 4 mg

Das Kaugummi eignet sich v. a. um das Rauchen in kritischen Situationen zu vermeiden, wie z. B. auf einer Feier. Es deckt den Nikotinbedarf für ca. 1 Stunde.

Allerdings empfiehlt es sich nicht bei Gebissträgern und bei Magen-Darm-Erkrankungen.

Bitte beachten:

Um eine Überdosierung zu vermeiden sollten Nikotinersatzprodukte erst eingesetzt werden, wenn nicht mehr geraucht wird!

Tagesprotokoll Rauchen

Wann rauche ich wie viel?

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass ein wichtiger Schritt zur Veränderung eines Verhaltens, eine ehrliche Bestandsaufnahme der bisherigen Gewohnheiten ist.

Dieses Arbeitsblatt dient dazu, herauszufinden, in welchen Situationen Sie rauchen und welche Anlässe Sie zur Zigarette greifen lässt.

Tragen Sie dazu an **zwei aufeinander folgenden Tagen** ein, wann und wo Sie wie viele Zigaretten Sie rauchen. (Am besten ist es, das Protokoll an einem ganz normalen Wochentag und einem Tag des Wochenendes zu führen.)

Beispiele für Eintragungen in das Tagesprotokoll:

Ort	Tätigkeit?	Uhrzeit	Anzahl der Zigaretten
Bett	Aufwachen	6.30	
Küche	Frühstücken	7.00	
Auto	Zur Arbeit fahren	7.30	
Arbeit	Telefonieren	8.30	
Arbeit	Raucherpause	9.15	
Arbeit	Mittagessen	12.30	
...			

Vorbemerkungen Adhärenz

Die Steigerung der Adhärenz wird als eine der wichtigsten unspezifischen Maßnahmen gesehen, um die Prognose des Diabetes zu verbessern und Kosten im Gesundheitssystem zu sparen (Kulzer et al., 2008).

Medikamentenadhärenz

Die Adhärenz der Medikamenteneinnahme stellt vor allem bei gesünderen Patienten mit eher symptomarmen Krankheitsverlauf oder psychischen belasteten Personen ein Problem dar. Vor allem das Auslassen von Dosen bei täglich mehrmaliger Einnahme oder bei ungünstigen Nebenwirkungen ist hierbei problematisch. Die Nicht-Adhärenz ist größer, wenn Medikamente neu verschrieben werden. Studien zeigen, dass die Non-Adhärenz auch durch telefonische Beratung reduziert werden kann und damit auch Blutzuckerwerte verbessert werden können (Elliott, Barber, Clifford, Horne, & Hartley, 2008; Rhee et al., 2005; Thiebaud et al., 2008). Deshalb wird im Rahmen der Nachbetreuung die Medikamentenadhärenz routinemäßig erfasst, wenn die für den Patienten definierten Zielwerte der physiologischen Parameter bezüglich der Blutzuckereinstellung (auch Hyper-/Hypoglykämien), des Blutdrucks oder der Lipidwerte überschritten werden.

Adhärenz zur Wahrnehmung von Kontrolluntersuchungen

Die Adhärenz bezüglich der Kontrolluntersuchungen orientiert sich an der im DMP vorgegebenen Anzahl und ist im Gesprächsleitfaden als Abfrage entsprechend algorithmisiert. Da sich die Häufigkeit bestimmter Kontrolluntersuchungen, wie z. B. Albumin-Ausscheidung bei Nephropathie, an dem individuellen Gesundheitszustand des Patienten orientiert, muss diese vom Patienten/in zunächst erfragt werden. Die telefonische Nachsorge hat hier im wesentlichen Erinnerungsfunktion. Wenn nötig können (analog zur Medikamentenadhärenz) Erinnerungshilfen zur Wahrnehmung des Termins besprochen werden und als Persönlicher Plan festgelegt werden. Bei Anzeichen, die auf ein Nicht-Wahrnehmen von Kontrollterminen aus motivationalen Gründe hindeuten, sollten analog der Medikamentenadhärenz, motivationale Strategien angewandt werden wie beispielsweise die Vor- und Nachteile regelmäßiger Kontrolluntersuchungen besprechen oder mögliche Barrieren explorieren.

Leitfaden Adhärenz

Zielkriterien für die Adhärenz:

- vorschriftsmäßige Einnahme der verschriebenen Medikamente
- regelmäßige Teilnahme an den Kontrolluntersuchungen

Beratungsschema zur Steigerung der Adhärenz

1. Erfassung des Status quo

Wie sollen Sie Ihr/e Medikament/e verschreibungsgerecht einnehmen?

Unklar

Medikamentenliste als Persönlicher Plan

→ BeratInfo Medikamentenliste

Wie könnten Sie sich einen Überblick über Ihre Medikamente verschaffen?

Warum ist es wichtig, einen Überblick über alle einzunehmenden M. zu haben?

Wie und wann nehmen Sie Ihre Medikamente ein?

Aus verschiedenen Gründen vergessen Menschen manchmal die regelmäßige Einnahme eines ihrer Medikamente. Wann haben Sie das letzte Mal die Einnahme einer Dosis Ihres Blutzucker-, Blutdruckmedikamentes, Lipidsenkens... vergessen?

Adhärenz gegeben?

Ja

Keine Dosis in den letzten 7 Tagen ausgelassen

→ **Würdigen** → nächstes relevantes Interventionsmodul

Nein

Eine oder mehrere Dosen in den letzten 7 Tagen ausgelassen

→ **Gründe für die Nicht-Adhärenz erfragen**

Wie ist es dazu gekommen?

Welche Befürchtungen / Bedenken haben Sie bezüglich der Einnahme?

2. Erfassung der Absicht zur künftige Adhärenz

Ist es Ihnen wichtig Ihre Medikamente künftig verschreibungsgemäß anzuwenden?

Absicht zur Adhärenz?

Ja

Unabsichtlich Nicht-Adhärenz

Würdigen

Welche Probleme gibt es in Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme?

Situation(en) beschreiben lassen und analysieren

Erinnerungshilfen / Behandlungspläne besprechen → BeratInfo Med.Ädhärenz

Was könnten Sie tun, um künftig daran zu denken Ihr Medikament regelmäßig einzunehmen?

Wie kann die Einnahme am besten in den Alltag integriert werden?

Wer könnte Sie dabei unterstützen?

Wie genau wollen Sie dabei vorgehen?

→ **Persönlichen Plan** ausfüllen (S. 4)

Nein bzw. **Absichtlich Nicht-Adhärenz**

Welche Befürchtungen und Bedenken haben Sie in Bezug auf das Medikament?

Welche Probleme gibt es in Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme?

3. Motivationale Unterstützung

Wissen über die Wirkung des Medikamentes ausreichend?

Was bewirkt das Medikament? Wieso wurde Ihnen das Medikament verschrieben?

Nein Informationsvermittlung → BeratInfo Medikamente
Evtl. auf Beipackzettel Verschreibungsindikation vorlesen lassen

Ja **Persönliche Gründe für und gegen die Einnahme besprechen**

Arbeitsblatt Entscheidungswaage

Was passiert, wenn Sie das Medikament nicht regelmäßig nehmen? Welche Nachteile (unangenehmen Seiten) hat die regelmäßige Einnahme? Welchen Nutzen (Vorteile)?

→ **Zusammenfassen** der persönlichen Gründe pro und contra Medikamenteneinnahme, dabei Ambivalenz anerkennen (Gründe pro Einnahme sollten dabei überwiegen)

Ich möchte noch einmal kurz zusammenfassen...Habe ich das alles richtig verstanden?

Wie wollen Sie künftig damit umgehen? Was sind Ihre nächsten Schritte?

Mögliche Hindernisse bei der Adhärenz können u. a. sein:

- ▶ Nebenwirkungen
- ▶ hohe Einnahmekomplexität
- ▶ Tabletten können nur schwer geschluckt oder geteilt werden

→ Mit Arzt (Apotheker?) über einfache Darreichungsform, Kombipräparat, alternatives Medikament sprechen (kann auch Persönlicher Plan sein)

Absicht zur Adhärenz?

Nein Motivationale Unterstützung s. o.

Ja

Unterstützung ausreichend?

Nein

Wer könnte Sie dabei unterstützen?

Ja

4. Persönliche Pläne (Handlungs- und Bewältigungsplanung)**Persönlichen Plan vereinbaren***Was genau nehmen Sie sich bezüglich der Medikamenteneinnahme vor? Was sind Ihre nächsten Schritte?**Wie integrieren Sie das am besten in Ihren Tagesablauf?**Mit wem? Wer könnte Sie dabei unterstützen?***Kritische Situationen besprechen***Welche Situationen sind dabei besonders kritisch?**Wie sind andere Personen, die Sie kennen dabei vorgegangen? Wäre das auch für Sie eine Möglichkeit? Welche Unterstützung bräuchten Sie dazu? Wer könnte Sie dabei unterstützen?**Welche Veränderungen zu Hause, am Arbeitsplatz, im Tagesablauf könnten Ihnen dabei helfen...*Keine Ideen: BeratInfo_Med.Adhärenz**5. Besprechung des Persönlichen Planes****Arbeitsblatt „Was habe ich von meinem persönlichen Plan umgesetzt?“***Wie ging es Ihnen dabei? Was hat gut funktioniert?***Persönlicher Plan umgesetzt?**

Ja

(Vollständig oder teilweise) → Würdigen*Mich beeindruckt wie...- Ich kann mir vorstellen, dass es nicht einfach war...***Analysieren** *Was hat gut funktioniert / am meisten geholfen?**Wo gab es Probleme? Was sollte geändert werden, damit....?*

Nein

Würdigen für Versuch**Nicht-Gelingen auf Situation/Umstände zurückführen**

Was kann daraus gelernt werden? Wie sollte der Plan geändert werden, damit die Umsetzung gelingt?

Möglicher Weise war dies für Sie nicht die passende Methode... Was sollte geändert werden, damit er funktioniert?

Neuer Persönlicher Plan?

6. Gesprächsabschluss

Zusammenfassen des Persönlichen Plans

Sie wollen also ... Habe ich das richtig verstanden?

Arbeitsunterlagen/Hilfsmittel,

die zur Unterstützung eingesetzt werden können:

Beratungs-Informationen

- BeratInfo_Med.Ädhärenz
- BeratInfo_Medikamente
- BeratInfo_Medikamentenliste

Patienten-Infoblätter



- Ausfüllbeispiel Medikamentenliste

Arbeitsblätter (können auch Gegenstand von Persönlichen Plänen sein):

- Medikamentenliste
- Entscheidungswaage

Beratungsinfo: Medikamenten-Adhärenz

Studien zeigen, dass sich Personen, die ihre Medikamente nicht regelmäßig oder gar nicht einnehmen im Wesentlichen in zwei Gruppen einteilen lassen, in:

Absichtlich Nicht-Adhärenzte:	Unabsichtlich Nicht-Adhärenzte:
<p>Bedenken und Befürchtungen überwiegen im Vergleich zur Überzeugung von der Notwendigkeit der Medikation</p> <p>Bedenken beziehen sich vor allem auf</p> <ul style="list-style-type: none"> - mögliche Nebenwirkungen, Allergien oder Interaktionen mit anderen Medikamenten - mangelnde Überzeugung, dass Medikament wirkt. <p style="text-align: center;"></p>	<p>Gründe für Nicht-Adhärenz:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vergessen von Dosen ○ Nicht-Erinnern der Verschreibungsanordnung ○ Besorgen von Nachfülleinheiten <p style="text-align: center;"></p>
Strategien	Strategien
<p>Motivationale Unterstützung durch Pros und Cons abwägen (Vor- und Nachteile mit Patienten sammeln)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exploration der Bedenken bzgl. Nebenwirkungen oder anderer Barrieren - Aufklärung / Information des Patienten, evtl Indikationsstellung in Beipackzettel vorlesen lassen - Als Persönlichen Plan möglich: mit Arzt über Nebenwirkungen sprechen; möglicher Weise kann anderer Wirkstoff eingesetzt werden 	<p>Einnahmepläne besprechen, Erinnerungshilfen implementieren</p> <p><i>Wie kann die Einnahme am besten in den Alltag integriert werden?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Aufstellen eines expliziten Einnahmeplans (Dosis-/Zeitempfehlung; - Erinnerungshilfen, - Verwendung von Pillen oder Rationsboxen, Koppelung an andere Tätigkeiten wie Waschen, Zähneputzen etc. <p><i>Wer könnte Sie bei der regelmäßigen Einnahme unterstützen?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Einbeziehung der Familie bzw. des Ehepartners,

Weitere mögliche Probleme, die zur Nicht-Adhärenz beitragen können:

- ▶ Schwierigkeiten beim Schlucken von bestimmten Tabletten
- ▶ hohe Einnahmekomplexität: viele verschiedene Medikamente, viele Dosen

- Mit Arzt oder Apotheker über einfachere Darreichungsform sprechen
- Mit Arzt über Kombipräparat sprechen

▶ Wissen des Patienten diesbezüglich schon erfragt?

Ich bin gerne bereit, Ihnen einige Ideen anzubieten, ich möchte jedoch Ihren eigenen kreativen Einfällen nicht im Wege stehen und letztendlich sind Sie der Experte für Ihre Situation. Vielleicht haben Sie ja noch einige Ideen, was Sie tun könnten, um mehr Bewegung zu haben?

▶ Wahlfreiheit des Patienten anerkannt bzw. den Patienten um Erlaubnis gebeten?

Ich weiß nicht, ob das für Sie funktionieren könnte, aber ich könnte Ihnen erzählen, was andere Leute schon versucht haben, um sich mehr zu bewegen.

Das könnte für Sie sinnvoll sein oder auch nicht, vielleicht kann es eine Alternative darstellen, aber das müssen Sie selbst entscheiden.

Was andere Menschen ausprobiert haben, um an ihre Medikamente zu denken:

- Leute mit einem sehr festgelegten Tagesablauf, stimmen die Medikamenteneinnahme auf ihre täglichen Routinen ab. Sie putzen z. B. immer die Zähne zu einer Zeit, zu der sie auch ihre Medikamente anwenden.
- Andere machen sich Notizzettel an den Kühlschrank oder einen anderen Ort, den sie häufig im Blick haben. Oder lassen sich von anderen Personen an ihre Medikamenteneinnahme erinnern.
- Manche nutzen auch die Erinnerungsfunktion ihres Telefons oder Weckers oder lassen sich regelmäßig Emails oder Erinnerungs-SMS schicken.
- Einige nutzen auch Tabellen, in denen sie eintragen, wann sie ihre Medikamente genommen haben.

Allerdings weiß ich nicht, ob da etwas dabei war, das auch für Sie funktionieren könnte, das müssen Sie schon selbst beurteilen / ausprobieren.

Ich weiß nicht, ob das eine oder andere vielleicht auch für Sie eine Alternative darstellen könnte, das müssen Sie selbst entscheiden.

Beratungsinfo: Medikamente

- Wissen des Patienten diesbezüglich schon erfragt?

Ich möchte, Ihnen gerne einige Informationen zur Einnahme von Medikamenten für... geben. Ich möchte Sie zu nichts drängen. Mich beunruhigen allerdings Ihre hohen-Werte. Sind Sie damit einverstanden?

- **Information zur Bedeutung der Blutzuckersenkung:**

Ist der Blutzucker über lange Zeit erhöht, kann es zu Veränderungen der Gefäße und Nerven und damit zu diabetischen Folgeerkrankungen kommen. Andere Risikofaktoren wie Bluthochdruck, erhöhte Blutfette und Rauchen begünstigen diesen Prozess.

Folgeerkrankungen treten an den unterschiedlichsten Organen auf:

- am Herz und den großen Blutgefäßen: mögliche Folgen sind eine koronare Herzerkrankung und ein Herzinfarkt, aber auch schmerzhafte Durchblutungsstörungen an den Beinen
- Gehirn (Schlaganfall)
- Füße und Nerven (diabetischer Fuß, Nervenschädigungen mit Empfindungsstörungen und Muskellähmungen)
- Augen: die diabetische Netzhautschädigung kann bis zur Erblindung führen
- Veränderung der Nieren: die diabetische Nierenschädigung kann unbehandelt zu Nierenversagen führen und damit eine Dialyse notwendig machen

Insbesondere im Anfangsstadium können alle Folgeerkrankungen noch durch eine **konsequente gute Blutzuckerbehandlung gebessert bzw. hinausgezögert** werden.

Da einige Folgeerkrankungen zunächst keine oder nur wenig Beschwerden verursachen, ist es wichtig, frühzeitig und regelmäßig Vorsorgeuntersuchungen durchführen zu lassen.

- **Informationen zur Blutdruckmedikation:**

Dauerhaft erhöhte Blutdruckwerte können die Blutgefäße und das gesamte Herz-Kreislauf-System schädigen. Die Arterien verkalken und der Blutfluss wird behindert.

Herzmuskelschwäche, Schlaganfall, Nierenschäden, Durchblutungsstörungen und Herzinfarkt drohen. Unbehandelter Bluthochdruck verkürzt die Lebenserwartung deutlich.

Bei einem Diabetes ist eine optimale Blutdrucktherapie genauso wichtig wie eine gute Blutzuckertherapie, da das Risiko für diabetische Folgeerkrankungen auch von der Höhe des Blutdrucks abhängt:

Eine gute medikamentöse Behandlung des Bluthochdruckes kann das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und andere Folgeerkrankungen senken (Der Blutdruck sollte unter 130/80 mmHg liegen!)

Es gibt verschiedene Medikamente, die den Blutdruck senken. Was am besten hilft ist individuell verschieden und hängt von den zusätzlichen Erkrankungen ab und davon, ob es Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten geben könnte. Manchmal muss ein Medikament ausgetauscht werden. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt über die Wirkung, damit er die günstigste Therapie für Sie herausfindet.

In der Regel ist die Behandlung des Bluthochdruckes eine medikamentöse Dauerbehandlung. Gewichtsabnahme, regelmäßiger Ausdauersport und Stressabbau können sich aber günstig auf den Blutdruck auswirken.

Zur Blutdrucksenkung haben sich zum Beispiel folgende Medikamente bewährt:

- **ACE-Hemmer** (Wirkstoffe z.B. Enalapril, Captopril; Präparatnamen z.B. *Lopirin®* und *Tensobon®, Pres®* und *Xanef®*)
- **Diuretika** (Wirkstoffe z.B. Furosemid, Hydrochlorothiazid, Piretamid, Xipamid; Präparatnamen: z.B. *Lasix®, Esidrix®, Arelix®, Aquaphor®, Dytide H®*)
- **Beta-Blocker** (Wirkstoffe z.B. Atenolol, Bisoprolol, Metoprolol; Präparatnamen z.B. *Tenormin®, Concor®, Beloc®*)
- **Calciumantagonisten** (Wirkstoff z.B. Amlodipin; Präparatnamen z.B. *Norvasc®*)
- **Angiotensinrezeptorblocker** (Wirkstoffe z.B. Losartan, Valsartan; Präparatnamen z.B. *Lorzaar®, Diovan®*)
- **Alpha-Blocker** (Wirkstoff z.B. Doxazosin; Präparatnamen z.B. *Cardular®* und *Diblocin®*)

▶ **Information zu Medikamenten zur Cholesterinsenkung:**

Erhöhte Cholesterin- und Triglyceridwerte im Blut (Fettstoffwechselstörung), sind Risikofaktoren für Gefäßveränderungen und die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Die Blutfette lassen sich ebenso wie der Blutdruck und die Insulinempfindlichkeit durch eine Umstellung der Ernährung, eine Korrektur des Übergewichtes, regelmäßige körperliche Betätigung und Nikotinverzicht verbessern. Auch die Verbesserung der Blutzuckerwerte bewirkt eine deutliche Senkung der Blutfette. Allerdings reicht eine Veränderung der Lebensgewohnheiten alleine nicht immer aus, um die Zielwerte zu erreichen. Dann ist zur Senkung des Risikos für Folgeerkrankungen die Einnahme von fettsenkenden Medikamenten (Statine, Fibrate) sinnvoll.

Die Werte sollten für das

- Gesamt-Cholesterin möglichst unter 185 mg/dl liegen

- HDL-Cholesterin („gutes Cholesterin“): über 40-45 mg/dl
- LDL-Cholesterin („schlechtes Cholesterin“): unter 150 mg/dl
- Triglyceride: unter 150 mg/dl liegen.

Liegt bereits eine Herzerkrankung vor, kann auch eine weitere Senkung sinnvoll sein.

Wie denken Sie im Moment über die Einnahme der/Ihrer Medikamente?

Beratungsinfo:

Medikamentenliste

Vielen Menschen fällt es schwer, Medikamente regelmäßig und über einen langen Zeitraum einzusetzen. Allein den Überblick über die verschiedenen Dosierungen und Einnahmezeiten zu bewahren, ist schon gar nicht so leicht.

Warum ist es wichtig einen Überblick über seine Medikamente zu haben?

Um sie regelmäßig und ordnungsgerecht einnehmen zu können.

Außerdem können einige Medikamente oder Produkte Wechselwirkungen haben und so neue Probleme verursachen. Z. B. kann die Wirkung mancher Arzneimittel von anderen Mitteln verändert oder gar aufgehoben werden.

Deshalb ist es wichtig, dass Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt wissen, welche Arzneimittel Sie verwenden, einschließlich der Medikamente, die sie Ihnen nicht verschrieben haben. Im Gespräch mit Ihrem Arzt können Sie abklären ob diese Mittel geeignet oder unnötig sind oder Ihnen sogar schaden könnten.

Deshalb Medikamentenliste....

Eine Möglichkeit dazu kann eine vollständige Liste aller Mittel, die Sie anwenden sein.

- *Einige erstellen diese selbst*
- *andere Personen nehmen all Ihre Arzneimittel - die verschriebenen und die rezeptfreien – bitte jemanden Ihnen dabei zu helfen eine solche Liste zu erstellen oder das Formblatt auszufüllen.*

Manche Menschen verwenden Formblätter wie dieses, andere haben ein Heft, in das sie all ihre Medikamente notieren.

Was da für Sie die beste Alternative darstellen könnte, weiß ich allerdings nicht, das müssen Sie selbst entscheiden.

Name des Medikamentes	Art des Medikaments und Einzeldosis	Wogegen wird es eingesetzt?	Welche Dosis nehme ich wann?	Beginn Anwendung	Ende Anwendung

Einige Medikamente oder Produkte können Wechselwirkungen haben und so neue Probleme verursachen. Z. B. kann die Wirkung mancher Arzneimittel von anderen Mitteln verändert oder gar aufgehoben werden.

Deshalb ist es wichtig, dass Ihre Ärztin bzw. Ihr Arzt wissen, welche Arzneimittel Sie verwenden, einschließlich der Medikamente, die sie Ihnen nicht verschrieben haben. Im Gespräch mit Ihrem Arzt können Sie abklären ob diese Mittel geeignet oder unnötig sind oder Ihnen sogar schaden könnten.

Vorbemerkungen Emotionales Befinden

Diabetes-Patienten haben im Vergleich zur Normalbevölkerung ein erhöhtes Risiko an einer Depression zu erkranken. (Anderson, Freedland, Clouse, & Lustman, 2001). Eine mögliche Ursache dafür, könnten die mit dem Diabetes verbundenen Belastungen, z. B. durch hohe Anforderungen an das Selbstmanagement oder Sorgen bezüglich Folgeerkrankungen, sein (Kulzer et al., 2008). Depressionen bei Diabetes sind assoziiert mit einer geringen Behandlungsadhärenz (Katon et al., 2009) und einem erhöhten Risiko für die Entwicklung von diabetes-bezogenen Komplikationen (Adili, Larijani & Haghightpanah, 2006).

Erfolgreiche Ansätze zum Depressionsmanagement bei Diabetes enthalten Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie wie Informationen über Depressionen, Aktivitätsaufbau und die Vermittlung von Problemlösefertigkeiten sowie das Angebot antidepressiver Medikation (Katon et al., 2004; Snoek & Skinner, 2002). Interventionsprogramme mit diesen Elementen und telefonischer Beratung konnten das emotionale Befinden bei Patienten mit Diabetes verbessern (Gensichen et al., 2006; Katon et al., 2004). Eine Verbesserung der depressiven Symptomatik scheint auch das Diabetes-Selbstmanagement positiv zu beeinflussen (Ludman et al., 2010). Mit depressiver Verstimmung assoziierte Symptome und Merkmale wie kognitive Verzerrungen oder Antriebslosigkeit stellen vermutlich zentrale Barrieren des Motivations- und Volitionsprozesses bei der Adaption einer diabetesangemessenen Lebensweise dar (vgl. Baumeister, Krämer & Brockhaus, 2008). Deshalb sollte bei Hinweis auf eine depressive Verstimmung durch die Screeningfragen des Gesprächsleitfadens vorrangig auf das emotionale Befinden eingegangen werden.

Beratungsschema zum Emotionalen Befinden

1. Screeningfragen im Gesprächsleitfaden

Screeningfragen, die auf eine depressive Verstimmung hindeuten, werden am Anfang des telefonischen Beratungsgesprächs routinemäßig gestellt. Hinweise auf eine weitergehende Prüfung der seelischen Befindlichkeit liefern die Fragen zum Gesundheitszustand

- *Wie geht es Ihnen* und
- *Wenn Sie Ihrem seelischen Zustand Schulnoten von 1 bis 6 geben würden, welche Note würden Sie wählen?*

Bewertung 5 oder 6

Können Sie sich erklären, warum Sie (im Moment) so schlechter Stimmung sind?

Patient kann Verstimmung schlüssig durch ein momentanes, vorübergehendes Ereignis erklären?

ja

Was werden Sie jetzt tun? Wie werden Sie damit umgehen?

→ **Problemlöseschema vermitteln / anwenden?**

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass es für viele Menschen hilfreich ist bei Problemen nach einem bestimmten Ablaufschema vorzugehen. Ich würde

Ihnen gerne ein solches Schema vorstellen. Sind Sie damit einverstanden?

Nein

2. Depressions-Screening

Eine Erkrankung mit Diabetes ist mit hohen Belastungen verbunden. Deshalb sind kurzfristige Stimmungstiefs ganz normal. Manchmal kann die gedrückte Stimmung aber länger anhalten und mit weiteren Befindlichkeitsstörungen verbunden sein. Deshalb möchte ich Ihnen gerne noch ein paar Fragen zu Ihrem Befinden stellen...

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Punkte:

(Punktwerte sollte automatisch errechnet und angezeigt werden; und unter Emotionales Befinden gespeichert werden)

Wert \geq 3?

Nein

Während der letzten 2 Wochen gab es auch Tage an denen Ihre Stimmung weniger gedrückt war. Was war in diesen Tagen anders? Was haben Sie an diesen Tagen gemacht?

Situationen, in denen sich der Patient besser fühlte gemeinsam analysieren (Aktivitäten, Stimmung, Gefühle, Gedanken)

→ Problemlöseschema?

Ja

→ (soziale) Aktivitäten zur Stimmungsaufhellung als Persönlicher Plan?

Während der letzten Zeit waren Sie überwiegend...(Symptome s. o.)

Gab es in den letzten zwei Wochen noch weitere Beschwerden, die Sie beeinträchtigt haben?

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?

	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z. B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Punkte:

Punktwerte (= Antwortwert der 7 Fragen + Wert der 2 ersten Fragen) sollte automatisch errechnet und angezeigt werden; und unter Emotionales Befinden gespeichert werden)

3. Suizidalität

Frage 9 mit ja beantwortet (≥ 1 Pkt)?

Ja Aktuelle Suizidalität erfragen: *Halten Sie sich aktuell für Selbstmord gefährdet?*

Ja Nach konkreten Suizidideen oder Suizidplänen fragen: *Wie akut ist die Gefahr? Gibt es bereits einen Plan / konkrete Idee wie Sie sich das Leben nehmen wollen?*

Nein

→ BeratInfo_Suizidalität / Krisenintervention

4. Beratung bei subklinischer und klinischer Depression**Wert ≥ 15?**

Nein

▸ Information über Zusammenhang von depressiver Verstimmung und Aktivitäten → BeratInfo_Stimmung&Aktivität
Aufnahme von (sozialen) Aktivitäten zur Stimmungsaufhellung als Persönlicher Plan

▸ Spezifische Probleme beim Diabetesmanagement? *Gibt es in Zusammenhang mit Ihrer Erkrankung Dinge, die Sie sehr belasten oder Ihnen sehr schwer fallen? Andere Probleme als möglicher Auslöser (soziale Beziehungen, Stress)?*

→ Problemlöseschema vermitteln/anwenden?

Für viele Menschen ist es hilfreich, bei vielschichtigen Problemen nach einem bestimmten Ablaufschema vorzugehen. Gerne würde ich Ihnen ein solches Schema vorstellen. Sind Sie damit einverstanden?

▸ Information über medikamentöse Therapie (Hausarzt)

▸ Erhöhung der Anrufrequenz: erneutes Monitoring des emotionalen Befindens nach 2 Wochen

Ja

▸ Information über Depression als behandelbare häufige seelische Erkrankung (insbesondere bei chronischen Erkrankungen) → BeratInfo_Depression

▸ Information über medikamentöse Therapie (Hausarzt) und Psychotherapie (Überweisung durch Hausarzt) → auch als Persönlicher Plan möglich

▸ Problemlöseschema anbieten/vermitteln?

- Erhöhung der Anruhfrequenz: erneutes Monitoring des emotionalen Befindens nach **einer** Woche

5. Beratungsablauf bei erneutem Monitoring und erhöhter Anruhfrequenz

Abfrage der Gesundheitswerte (1.3) im Gesprächsleitfaden bei Abweichen von der normalen Anruhfrequenz nicht zwingend, sondern Konzentration auf Emotionales Befinden.

- Erneutes Depressions-Screening
- Besprechen des Problemlöseschemas oder des Persönlichen Plans („Hausaufgaben“ bzw. Aspekte des Problemlöseschemas)

Grundsatz dabei:

- Problemlöseversuch bzw. Aktivität (und Anstrengung) **würdigen**
- und **analysieren**

Wie ging es Ihnen dabei? Was hat gut funktioniert? War die ausgewählte Strategie erfolgreich?

Neue Hausaufgaben (Persönlicher Plan)?

6. Gesprächsabschluss

Zusammenfassen des Gesprächs und der Vereinbarungen?

Wir haben vereinbart ... Habe ich das richtig wiedergegeben?

Arbeitsunterlagen/Hilfsmittel

die zur Unterstützung eingesetzt werden können:

Beratungs-Informationen

- BeratInfo_Depression
- BeratInfo_Behandlung Depression
- BeratInfo_Stimmung&Aktivität
- BeratInfo_Suizidalität
- BeratInfo_Problemlöseschema
- BeratInfo_Stress

-Patienten-Infoblätter

- PInfo_Problemlöseschema (einschl. Beispiel)
- PInfo_Stress

Arbeitsblätter (können auch Gegenstand von Persönlichen Plänen sein):

- Problemlöseschema

Beratungsinfo:

Depression

Eine Depression ist eine komplexe Gesundheitsstörung, die sich im Denken, Fühlen, Verhalten und durch körperliche Symptome äußert. Eine Depression kann das ganze Leben verändern, die Umwelt einbeziehen und in Extremfällen Selbstmordgedanken auslösen. Das Risiko im Laufe ihres Lebens mindestens einmal an einer behandlungsbedürftigen Depression zu erkranken liegt bei ca. 10-15%. Bei Personen mit chronischen Erkrankungen ist das Risiko für die Entwicklung einer Depression sogar noch höher.

Depressionen im medizinischen Sinne sind damit relativ häufige und oft schwere Erkrankungen des gesamten Menschen. Sie verändern

- ▶ das Erleben (in Form von Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Interessenverlust, Lustlosigkeit, Gekränktheit, Frustration),
- ▶ das Denken (in Form von Katastrophenvorstellungen, negativen Verallgemeinerungen, Zwang zum Grübeln und Selbstvorwürfen),
- ▶ das Verhalten (in Form sozialen Rückzugs und Inaktivität) und
- ▶ die Körperfunktionen (in Form von Energielosigkeit, Müdigkeit, Nervosität, Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen u. a.).

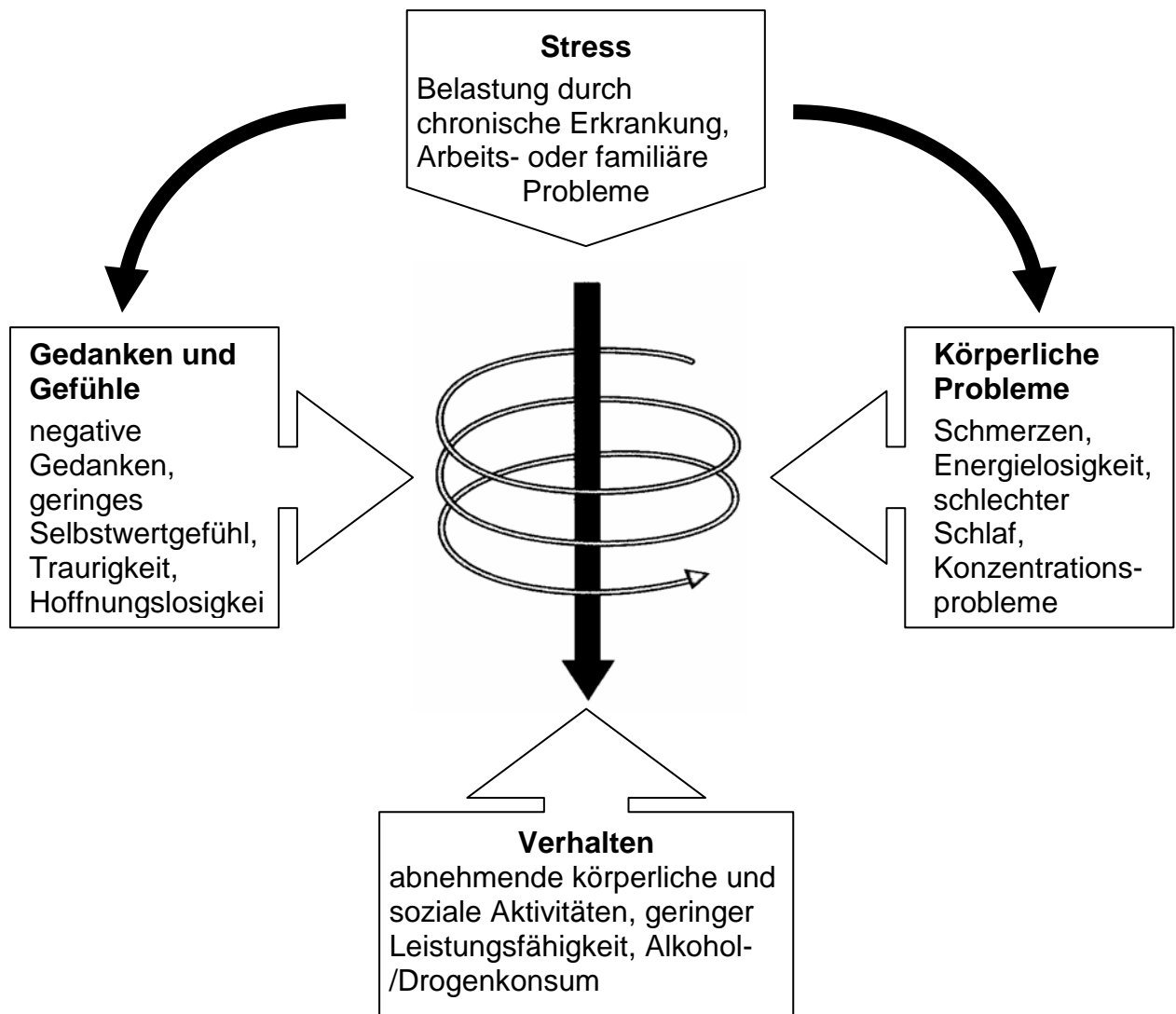
Medizinische Probleme und belastende Lebensereignisse können eine Depressionsspirale aus körperlichen Problemen, Gedanken / Gefühlen und Verhalten in Gang setzen. Da sich diese Prozesse gegenseitig negativ beeinflussen können, wird der Patient, ohne aktive Gegensteuerung, immer tiefer in die Depression hineingezogen.

Der „Einstieg“ in die Depressionsspirale kann an jeder Stelle erfolgen, z. B. durch wenige soziale Kontakte → die Stimmung sinkt (Gefühle wie Einsamkeit, Traurigkeit entstehen) → die Gedanken neigen zum Grübeln über die Vergangenheit, gemachte Fehler → mögliche Folgen sind Schlaflosigkeit, Energielosigkeit → dies kann zur weiteren Lustlosigkeit für Aktivitäten führen → Stimmung sinkt noch mehr ...

Diese Zusammenhänge sollten dem Patienten anhand des Spiralmodells erläutert werden.

Dabei ist es aber auch wichtig die Perspektive des Patienten und seine Erklärungen bezüglich der Depression zu verstehen (Welche Gründe sieht er für seinen momentanen Zustand, welchen Nutzen / welche Risiken in einer Behandlung). Der Patient sollte durch diesbezügliche Fragen aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen werden.

Depressionsspirale



Die gute Nachricht ist, dass diese Abwärtsspirale auch umgekehrt werden kann. Als wirksam haben sich dabei folgende Methoden gezeigt:

- Medikamente zur Behandlung von Depressionen (auch Stoffwechselforgänge im Gehirn sind betroffen, da setzt die medikamentöse Behandlung an)
- Verhalten aktivieren, z. B. durch Spaziergehen, Sport, Bewegung im Verein / Gruppe oder soziale Aktivitäten (mit Freunden treffen, Ausflug mit Partner machen usw.)
- bestimmte Formen von Psychotherapie (z. B. kognitive Verhaltenstherapie)

Diese Behandlungsformen können dabei helfen die Bewältigungsfertigkeiten zu verbessern, einen normalen Schlafrhythmus wieder zu finden und mit Schmerzen, Müdigkeit und Konzentrationsproblemen umzugehen. Fühlt man sich dann erholter, fallen die täglichen Aufgaben wieder leichter und Aktivitäten können zunehmend genossen werden. Damit steigt auch wiederum die Stimmung und eine Aufwärtsspirale aus der Depression heraus setzt sich in Gang.

Bei der Besprechung der Depression mit dem Patienten kann es hilfreich sein, folgende Punkte zu erwähnen:

- Depressionen sind bei chronischen Erkrankungen häufig
- Depressionen können ein großes Spektrum an Symptomen verursachen, einschließlich körperlicher Symptome wie geringe Energie, Müdigkeit, Appetitlosigkeit (oder übermäßiges Essen) und Schlafprobleme
- Manchmal ist es auch schwer, auseinander zu halten, welche Symptome Folge der chronischen Erkrankung (z. B. Müdigkeit) und welche depressionsbedingt sind.
- Eine Depression beeinflusst den Körper, das Verhalten und die Gedanken
- Eine Depression ist eine medizinische Erkrankung, keine Charakterschwäche.
- Die gute Nachricht ist, dass die Depression mit Antidepressiva, Medikamenten oder mit Psychotherapie behandelt werden kann.
- Viele erlernen Fertigkeiten, um mit Depressionen umzugehen.
- Körperliche Aktivitäten bzw. Sport haben sich bei Depressionen als hilfreich erwiesen.
- Beruhigungsmittel (wie Benzodiazepine), Drogen oder Alkohol können eine Depression verschlimmern. Der Miss- oder Gebrauch dieser Substanzen kann ein (problematischer!) Versuch einer Selbstbehandlung sein.

Beratungsinfo:

Behandlung von Depressionen

Die wichtigsten Säulen der Behandlung sind die Pharmakotherapie (Medikamentenbehandlung) mit Antidepressiva und die Psychotherapie. Die Pharmakotherapie gilt inzwischen als unverzichtbares und wirksames Heilverfahren. Aber auch psychotherapeutische Verfahren wie z.B. die kognitive Verhaltenstherapie haben ihren festen Platz bei der Behandlung der Depression. **Wenn möglich, werden beide Therapieformen kombiniert.**

Antidepressiva

Es gibt gute Hinweise darauf, dass **während einer Depression der Stoffwechsel des Gehirns gestört** ist: Antidepressiva beeinflussen den Stoffwechsel im Gehirn, um die Stoffwechselprozesse wieder zu normalisieren. (Sie fördern die Signalübertragung zwischen den Nervenzellen durch die Botenstoffe Serotonin und Noradrenalin).

Bei mittelschweren und schweren Depressionen ist eine Behandlung mit Antidepressiva dringend geboten. Diese Medikamente bewirken bei der Mehrheit der Patienten innerhalb von zwei bis sechs Wochen ein Abklingen der depressiven Symptome, wie zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen belegen. Es empfiehlt sich aber, die Behandlung zunächst für vier bis sechs Monate fortzuführen, um einen Rückfall zu vermeiden.

Welches Medikament geeignet ist, muss der Arzt entscheiden. *Lassen Sie sich von Ihrem Arzt beraten, welche Medikamente für Sie geeignet sind.*

Bei Antidepressiva besteht keine Suchtgefahr. Eine Gefahr abhängig zu werden besteht bei Beruhigungs- und Schlafmitteln, nicht jedoch bei Antidepressiva.

Die Sorge, die Medikamente könnten die Persönlichkeit verändern, ist nicht berechtigt. Im Gegenteil: Die Depression verändert die Persönlichkeit. Nach erfolgreicher Behandlung mit Antidepressiva fühlen die meisten Patienten, sich wieder so gesund zu fühlen wie früher und in der Lage mit Ihren täglichen Anforderungen umzugehen. Ihre Angehörigen bestätigen diese Aussagen.

Psychotherapie

Psychotherapeutische Verfahren sind die zweite wesentliche Säule der Depressionsbehandlung. Dabei gibt es verschiedene Behandlungsansätze:

Als wirksam haben sich die Verhaltenstherapie, besonders die daraus entwickelte kognitive Verhaltenstherapie, und die interpersonelle Psychotherapie erwiesen. Auch tiefenpsychologische Psychotherapien werden bei der Depressionsbehandlung angewendet.

Die Psychotherapieformen unterscheiden sich in ihrer Arbeitsweise und in der Dauer der Behandlung, sodass Betroffene sich nach ausführlicher Information für eine Methode entscheiden sollten, die ihren Bedürfnissen am besten entspricht und für die ein geeigneter Therapeut zur Verfügung steht. Psychotherapien unterstützen den Patienten dabei, vorhandene Fähigkeiten zur Bewältigung von Problemen und „schlechten“ Gefühlen wieder zu aktivieren und neue Fähigkeiten zu entwickeln. Die Behandlung soll dazu beitragen, die Problemlösungsfähigkeit und das Selbstwertgefühl zu stabilisieren.

Welche Methode geeignet ist, muss im Einzelfall mit dem Patienten zusammen entschieden werden. Allgemeine Regeln lassen sich nicht aufstellen

Weitere Informationen zu den einzelnen Psychotherapien unter

<http://www.tk-online.de/centaurus/servlet/contentblob/48688/Datei/2228/TK-Broschuere-Depression.pdf>

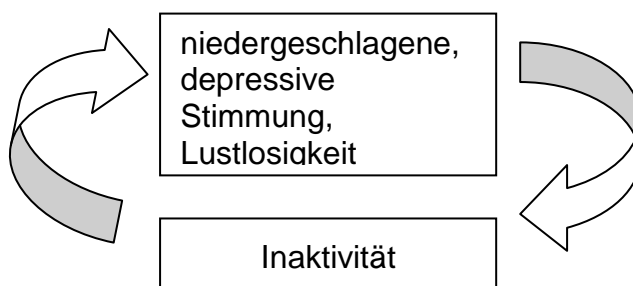
oder

<http://www.kompetenznetz-depression.de/> (Betroffene, Depression behandeln)

Beratungsinfo: Stimmung & Aktivität

Ein Kennzeichen der Depression ist eine ausgeprägte Lust- und Energielosigkeit. Oft führt das dazu, dass depressive Menschen auf Aktivitäten verzichten, die ihnen bislang Spaß gemacht haben. (Sie lassen sich quasi von Ihrer Stimmung diktieren, was sie tun!). Dadurch wird aber auch die Chance auf Ablenkung oder ein erfreuliches Erlebnis vergeben. Dafür bleibt mehr Zeit, um sich mit negativen Gedanken und Grübeleien zu beschäftigen und die niedergeschlagene Stimmung verstärkt sich.

Es besteht die Gefahr, dass ein Kreislauf aus niedergeschlagener Stimmung, Lustlosigkeit und Tatenlosigkeit entsteht, aus dem nur schwer wieder herauszukommen ist.



Deshalb kann es bei depressiver Stimmung wichtig sein *genau das Gegenteil* von dem zu tun, zu dem man gerade Lust hat. Auch wenn das sehr große Überwindung und Anstrengung kostet.

Die meisten Menschen fühlen sich besser, wenn sie irgendetwas getan haben, auch wenn diese Aktivitäten, z. B. Freunde treffen oder Sport treiben, nicht in gleichem Maße genossen werden, wie vor der depressiven Verstimmung.

Seien Sie geduldig mit sich und vertrauen Sie darauf, dass Ihre Genussfähigkeit mit der Zeit wieder zurückkehrt. Wichtig ist, dass Sie regelmäßig Aktivitäten nachgehen!

Wichtig ist hierbei die enorme Anstrengung, welche die Aufnahme von Tätigkeiten bei depressiver Stimmung erfordert, zu würdigen. Es sollte nicht die Erwartung aufgebaut werden, dass die Aktivitäten gleich wieder genauso viel Spaß machen wie „vorher“, sondern betont werden, dass der Patient hier Entscheidendes leistet, um die Negativspirale aus Inaktivität und niedergeschlagener Stimmung zu durchbrechen.

Die Planung von täglichen Aktivitäten mit dem Patienten

→ sollte als Persönlicher Plan festgehalten werden

Welchen Hobbys sind Sie früher nachgegangen bzw. haben Sie? Welche Dinge haben Sie (früher) genossen? Was haben Sie unternommen? Was würde Sie interessieren? Was haben Sie in letzter Zeit nicht mehr getan, aber früher gerne?

Wie könnten Sie sich (etwas) ablenken? Was könnte Ihnen gut tun?

Mögliche Aktivitäten können sein:

- sich mit Freunden treffen / telefonieren
- ins Kino gehen
- Hausarbeit erledigen, Einkaufen gehen, Gartenarbeit
- sportliche Aktivitäten / Bewegung
- Selbsthilfegruppen
- Hobbys nachgehen

...

- ➔ Am besten geeignet sind alle Aktivitäten, die mit sozialen Kontakten und/oder körperlicher Bewegung verbunden sind.
- ➔ Sportliche Aktivität bzw. körperliche Bewegung fördern zudem einen gesunden Schlaf

Am besten ist eine stufenweise Steigerung der Aktivität. Am Anfang sollte man sich nicht zu viel auf einmal vornehmen. Wichtiger ist es regelmäßig (täglich) aktiv zu sein.

Beratungsinfo:

Suizidalität

Suizide können Menschen in scheinbar ausweglosen Situationen als letzte Lösung ihrer Probleme oder ihrer Leiden erscheinen. V. a. bei Depression besteht ein hohes Risiko zur Selbsttötung. Vermutlich ist die Hälfte aller Suizidanten zum Zeitpunkt der Tat depressiv. Die Verfassung vor dem Suizid ist gekennzeichnet durch Hin- und Hergerissensein zwischen Leben und Tod. **Je konkreter der Suizidplan, desto größer ist auch die Gefahr.**

Vorgehen bei Verdacht auf Suizidalität

1. Konkrete Frage nach der subjektiven Gefährdung („Lassen Sie mich ganz konkret fragen: Halten Sie sich selbst für akut selbstmordgefährdet? / Sind Sie im Moment akut selbstmordgefährdet“)

Zur weiteren Abschätzung der Gefährdung können Suizidpläne etc. erfragt werden:

- ▶ Welche Vorbereitungen wurden bereits getroffen?
- ▶ Akuter Handlungsdruck?
- ▶ Gab es evtl. frühere Suizidversuche? Wenn ja, wie verliefen diese?
- ▶ Wichtig kann es auch sein, danach zu fragen, wie sich ein Suizid auf Angehörige, Freunde oder Kinder auswirken wird. Oft hat sich der Kranke solche Gedanken noch nicht gemacht bzw. wichtige Konsequenzen seiner Pläne ausgeblendet.

Die Fragen ermöglichen es ihm, die Situation aus anderen Perspektiven zu betrachten und innere Distanz zu gewinnen.

Achtung

Bei Suchterkrankungen ist das Suizidrisiko nicht oder nur sehr schwer abschätzbar. Hier sollte bei Suizidäußerungen äußerste Vorsicht gelten.

Sollte die Frage nach den Auswirkungen auf Angehörige etc. (s. o.) dahingehend beantwortet werden, das werde niemanden kümmern oder gar, das werde diese eher entlasten, gilt ebenfalls höchste Alarmstufe!

Durch das offene Ansprechen von Suizidgedanken, erhält der Patient zunächst die Möglichkeit, sich emotional zu entlasten und seine Gedanken in einem anderen Licht zu sehen.

Wichtig dabei ist:

- ▶ Geduldiges Zuhören sowie die Sorgen des Betroffenen ernst nehmen
- ▶ Verzichtet werden sollte, auf ermunternde Kommentare, Moralisieren, Vorwürfe, Beschwichtigungen („Nur Mut!“, „Kopf hoch, es wird schon alles gut werden“), allgemeine Ratschläge oder Bagatellisieren („Ist doch alles nicht so schlimm“)

- ▶ Neigt der Patienten zu Selbstbeschuldigungen oder Verallgemeinerungen („Mir gelingt nie etwas“ oder „Es ist alles aussichtslos“), dabei unterstützen, Vorgänge und Personen konkreter und damit realistischer zu beschreiben bzw. zu erkennen. (*Was genau ist aussichtslos?*).
 - ▶ Mögliches „Alles-oder-nichts-Denken“ („Alles wieder in Ordnung“ oder Suizid) kann verdeutlicht werden. In den meisten Lebenssituationen gibt es mehrere Alternativen, Zwischenlösungen oder Kompromisse. Der Suizid aber stellt eine „endgültige“ Lösung für ein möglicherweise „vorübergehendes“ Problem ist.
2. Zuversicht vermitteln; darauf hinweisen, dass es sich bei einer Depression um eine häufige seelische Erkrankung handelt (insbesondere bei chronischen Erkrankungen), die aber gut behandelbar ist.
 3. Überprüfen, ob ein Angehöriger oder eine als positiv erlebte Bezugsperson einbezogen werden kann
 4. Dem Patienten eine verlässliche Beziehung anbieten (Erhöhung der Anruhfrequenz); Vermitteln, dass der Betroffene wichtig ist. *Wann kann ich Sie zurückrufen? Können Sie mir versprechen, sich bis dahin nichts anzutun? Dabei nur Vereinbarungen treffen, die auch einhaltbar sind!*
 5. Kontakt zu Arzt, Psychotherapeuten herstellen oder als Persönlichen Plan festhalten.

Sind die Suizidpläne akut und konkret, muss der Hausarzt (bzw. der Amtsarzt) verständigt werden oder ein Notruf (110) abgesetzt werden.

Dem Entschluss, sich selbst das Leben zu nehmen, sind meist erfolglose Bewältigungsbemühungen vorangegangen. Diese Bemühungen sollten wertschätzend anerkannt werden. Dabei sollte das Denken der suizidalen Person auf mögliche Alternativen und hilfreiche Lösungen hin orientiert werden. Insbesondere sollte der Depressive dazu ermutigt werden, auch seine Gefühle mitzuteilen. Er sollte spüren, dass er auch in seiner Suizidalität akzeptiert ist, andererseits **soll aber auch alles getan werden, um die Selbsttötung abzuwenden.**

Falsch sind folgende Annahmen zu Suizid:

1. Wer über Suizid spricht, tötet sich nicht.
2. Suizide geschehen ohne Vorwarnung.
3. Wer von sich aus über Suizid spricht, will nur Aufmerksamkeit erregen oder Mitmenschen manipulieren.
4. Einer Suizidandrohung nimmt man den Wind aus den Segeln, indem man den Kranken mutig konfrontiert („Dann machen Sie es doch“).

Adressen von Krisendiensten (nach Postleitzahlen geordnet): <http://www.deutsche-depressionshilfe.de/stiftung/erste-hilfe.php>

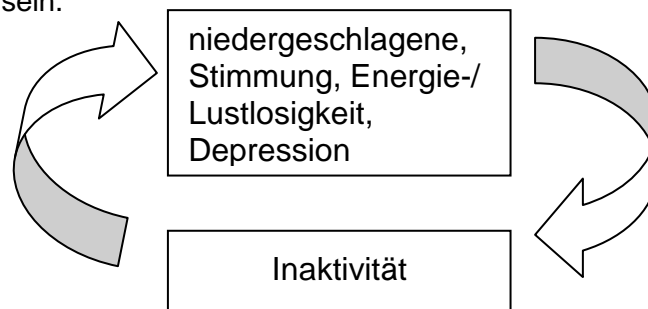
Information

Stimmung & Aktivität

Wer Diabetes hat, ist oft seelischen und sozialen Belastungen ausgesetzt. Diese Belastungen gehören zum Leben mit einer chronischen Erkrankung. Man kann lernen, damit umzugehen. Allerdings muss jeder seinen eigenen Weg finden, um mit der Erkrankung zu leben. Das ist nicht einfach.

Manchmal allerdings können körperliche Probleme und belastende Lebensereignisse eine Spirale aus negativen Gedanken, niedergeschlagener Stimmung, Lust- und Energielosigkeit in Gang setzen. Ohne aktive Gegensteuerung besteht die Gefahr, in diesen Kreislauf immer tiefer hineingezogen zu werden. Es kann sich eine Depression entwickeln.

Symptome wie Müdigkeit, Nervosität, Konzentrations- oder Schlafstörungen können ein Anzeichen dafür sein.



Deshalb kann es bei depressiver Stimmung wichtig sein, *genau das Gegenteil* von dem zu tun, zu dem man gerade Lust hat. Auch wenn das sehr große Überwindung und Anstrengung kostet.

Die meisten Menschen fühlen sich besser, wenn sie irgendetwas getan haben, auch wenn sie diese Aktivitäten, z. B. Freunde treffen oder Sport treiben, nicht in gleichem Maße genießen können, wie vor der depressiven Verstimmung.

Seien Sie geduldig mit sich und vertrauen Sie darauf, dass Ihre Lebensfreude mit der Zeit wieder zurückkehrt. Wichtig ist, dass Sie regelmäßig (täglich) Aktivitäten nachgehen!

Mögliche Aktivitäten können sein: Sich mit Freunden treffen oder telefonieren, ins Kino gehen, Hausarbeit erledigen, Einkaufen gehen, Gartenarbeit, sportliche Aktivitäten / Bewegung, Selbsthilfegruppen besuchen, seinen Hobbys nachgehen ...

Vielleicht überlegen Sie sich auch, *welche Hobbys Sie früher ausgeübt haben oder welche Dinge Ihnen Freude bereiten / bereitet haben? Was würde Sie interessieren? Was haben Sie in letzter Zeit nicht mehr getan, aber früher gerne? Wie könnten Sie sich (etwas) ablenken? Was könnte Ihnen gut tun?*

Vorbemerkungen Problemlöseschema

Problemlöseschemata sind vielfältig anwendbare therapeutische Ansätze. Im Wesentlichen geht es dabei um das Erlernen eines grundlegenden Ablaufes beim Herangehen an komplexe Probleme. Diese Struktur sollte für den Patienten im Laufe des Trainings zu einer vertrauten und selbstverständlichen Strategie werden, die er flexibel einsetzen kann (Liebeck, 2005).

Das Problemlöseschema kann im Rahmen der telefonischen Betreuung vielfältig eingesetzt werden. Insbesondere sollte es angewandt werden, wenn Probleme des Patienten einen notwendigen Prozess der Lebensstiländerung in den Kernbereichen der telefonischen Nachsorge (Adhärenz, Rauchen, Bewegung und Ernährung) beeinträchtigen. Probleme in verschiedenen Lebensbereichen (z. B. Stress, Aktivitäts-/Funktionseinschränkungen in Alltag oder Beruf, soziale Isolation) können das Emotionale Befinden beeinträchtigen und zur Entwicklung einer Depression beitragen. Deshalb sollte bei einer Beeinträchtigung des Emotionalen Befindens nach momentanen Belastungen des Patienten gefragt werden und ggf. eine Vermittlung des Problemlöseschemas angeboten werden.

Außerdem kann das Problemlöseschema als Strategie zur Überwindung möglicher Barrieren im Bereich der Verhaltensänderung zur Anwendung kommen (s. Allgemeiner Leitfaden Verhaltensänderung).

Beratungsinfo:

Problemlöseschema

Wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, dass es für viele Menschen hilfreich ist bei Problemen nach einem bestimmten Ablaufschema vorzugehen. Die strukturierte Herangehensweise an ein bestimmtes Problem bietet den Vorteil, dass nicht vorschnell mögliche effektive Lösungen übersehen oder verworfen werden.

Mögliche Einleitungen

Das Ansprechen des Problemlöseschemas kann je nach Problembereich durch eine der folgenden Einleitungen erfolgen (es können auch beide Punkte angesprochen werden):

▶ **Bei Beeinträchtigung des Emotionalen Befindens: Zusammenhang zwischen Problemen und schlechter Stimmung**

Ungelöste Probleme können das Emotionale Befinden beeinträchtigen und sogar Auslöser einer Depression sein (s. Depressionsspirale). Die Depression und die damit verbundenen Symptomen (Energielosigkeit, Hoffnungslosigkeit usw.) vermindern wiederum Chancen auf eine effektive Problemlösung und es entsteht ein Teufelskreis. Das Problemlöseschema, das ich Ihnen vorstellen möchte, schlägt eine Struktur zur Bearbeitung von Problemen vor. Es verbessert Ihre Fertigkeiten im Umgang mit komplexen Problemen und Sie erhalten damit ein Werkzeug um einen solchen Teufelskreis zu durchbrechen. Durch eine bessere Kontrolle über Ihre Probleme steigt auch die Stimmung. Was halten Sie davon?

▶ **Probleme (Stress, Stressauslöser) als normaler Bestandteil des Lebens**, mit denen alle Menschen lernen müssen umzugehen.

Probleme sind ein normaler Bestandteil des Lebens. Wir alle müssen damit umgehen, täglich. Wenn allerdings Probleme über längere Zeit ungelöst sind, dann können Sie uns überwältigen und mutlos machen. Sicherlich können nicht alle Probleme sofort und endgültig gelöst werden, aber meist kann durch eine strukturierte Herangehensweise eine gewisse Kontrolle über die Probleme erreicht werden. Das Problemlöseschema, das ich Ihnen vorstellen möchte, schlägt eine Struktur zur Bearbeitung von Problemen vor. Es verbessert Ihre Fertigkeiten im Umgang mit komplexen Problemen und Sie erhalten damit ein Werkzeug, um mit etwas Übung wirkungsvoll mit Ihren Probleme umzugehen, auch zukünftig. Durch eine bessere Kontrolle über Ihre Probleme, fühlen Sie sich weniger belastet und auch die Stimmung steigt. Was halten Sie davon?

Gerne erkläre ich Ihnen das Problemlöseschema und unterstütze Sie bei der Anwendung, die Ideen, Pläne und Bewertungen müssen allerdings von Ihnen kommen, denn nur Sie sind Experte für Ihre Situation.

Vorstellung des Problemlöseschemas

Sind Sie damit einverstanden, dass ich Ihnen das Problemlöseschema jetzt vorstelle?

Das Problemlöseschema besteht aus fünf Schritten.

Im 1. Schritt geht es zunächst darum das Problem zu definieren und auszuwählen.

In einem 2. Schritt ist es wichtig, das Problem konkret zu beschreiben und zu analysieren.

Drittens werden dann Ziele ausgewählt. (Was wollen Sie erreichen?).

Schritt 4 besteht aus dem Zusammentragen möglichst vieler unterschiedlicher Ideen wie das Problem angegangen werden kann.

Fünftens: Vor- und Nachteile dieser Ideen werden betrachtet und der vielversprechendste Lösungsweg wird ausgewählt.

Als sechstes wird dieser dann ausprobiert und bewertet wie gut er funktioniert hat und was noch verbessert werden kann.

Wenn Sie damit einverstanden sind, wählen wir jetzt gemeinsam ein konkretes Problem aus und gehen die einzelnen Schritte zusammen durch. Dann könnten Sie bis zu unserem nächsten Gespräch eine der ausgewählten Lösungen ausprobieren. Sind Sie damit einverstanden? Das Schema und die Notizen dazu, sende ich Ihnen nach unserem Gespräch zu (per mail / Briefpost).

Welche Probleme / Dinge belasten Sie momentan? Was macht Ihnen am meisten zu schaffen / ist Grund für Ihre gedrückte Stimmung?

Die strukturierte Herangehensweise an ein bestimmtes Problem bietet den Vorteil, dass nicht vorschnell mögliche effektive Lösungen übersehen oder verworfen werden. Deshalb ist es wichtig die Abfolge der einzelnen Schritte einzuhalten. Dies sollte dem Patienten erläutert werden. Allerdings kann es manchmal auch erforderlich sein, zu einem früheren Teilschritt zurückzukehren.

Es sollte nicht die Erwartung geweckt werden, dass der Patient damit alle seine Probleme auf einmal lösen können. Aber es sollte dargelegt werden, dass er mit dem Problemlöseschema ein „Werkzeug“ erlernt, das ihn in die Lage versetzt nach und nach seine Probleme effektiv zu bewältigen.

Das Vermitteln eines Problemlöseschemas ist ein interaktionistischer Prozess, in dem es darum geht eine Lösungsstrategie zu erarbeiten und diese in realen Alltagssituationen einzusetzen. Die Mitarbeit des Patienten ist dabei entscheidend. Durch Rückfragen abgeklärt haben, ob der Patient die Bedeutung des jeweiligen Schrittes verstanden hat.

Information

Problemlöseschema

Das Problemlöseschema ist eine strukturierte Herangehensweise an ein bestimmtes Problem. Dadurch hat es den Vorteil, dass nicht vorschnell mögliche Lösungen übersehen oder verworfen werden. Auch Studien zeigen, dass es für viele Menschen hilfreich ist bei Problemen nach einem bestimmten Schema vorzugehen.

Das Ziel dabei ist eine grundlegende Struktur zu erlernen, die bei der Bewältigung von Problemen hilft. Ein Vorgehen nach diesem Schema unterstützt Sie bei der Lösung von Problemen in vielen Lebensbereichen. Allerdings erfordert die Vorgehensweise etwas Übung.

Unter anderem ist es wichtig Schritt für Schritt vorzugehen, damit nicht vorschnell mögliche Lösungen übersehen werden.

Das Problemlöseschema beinhaltet sechs Schritte:

1. Probleme erfassen und auswählen

Am Anfang geht es zunächst darum sich über seine Probleme klar zu werden und ein Problem auszuwählen.

2. Tatsachen betrachten

Das Problem wird auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet, es wird sozusagen in verschiedene „Bestandteile“ zerlegt.

3. Ziele setzen

Dann werden Ziele festgelegt. (Welche Ziele wollen Sie erreichen?)

4. Ideen sammeln

Es werden möglichst viele Lösungsideen zusammentragen.

Je mehr je besser! Lassen Sie Ihrer Fantasie freien Lauf und bewerten Sie Ihre Ideen (noch) nicht.

5. Veränderungsschritte auswählen

Jetzt werden Umsetzbarkeit und Nutzen dieser Ideen bewertet

Die viel-versprechendsten Lösungen werden ausgewählt und deren Umsetzung geplant.

6. Umsetzen und Überprüfen

Die ausgewählten Lösungsideen werden in der Praxis ausprobiert. Wie funktionieren sie? Was kann noch verbessert werden?

Beispiel**Problemlöseschema**

Auf den nächsten Seiten finden Sie ein Beispiel dafür, wie mit Hilfe des Problemlöseschemas vorgegangen wird.

Beispiel Herr Friedrich

Herr Friedrich ist 48 und seit 10 Jahren Typ-2-Diabetiker. Sein Diabetes wurde im Rahmen einer Routineuntersuchung festgestellt. Er wird mit einem Insulin und einem oralen Antidiabetikum behandelt. Herr Friedrich ist Koch und hat eine kleine Speisegaststätte gepachtet, die er mit seiner Frau betreibt. Diese ist von Dienstag bis Sonntag geöffnet und bietet unter der Woche einen Mittagstisch an. Montags müssen die Bestellungen sowie die Buchhaltung erledigt werden. Aufgrund ihrer angespannten finanziellen Situation haben die Friedrichs nur aushilfsweise oder zu besonderen Anlässen Personal. Die Gaststätte ist normalerweise von 11 bis 22 Uhr geöffnet. Oft sitzt Herr Friedrich noch bei den letzten Gästen, nachdem seine Frau bereits gegangen ist. Dies führt immer öfters zu Meinungsverschiedenheiten mit seiner Frau, da sie der Meinung ist, er nehme zu wenig Rücksicht auf seine Gesundheit. Außerdem wirft sie ihm vor, zu wenig Zeit für gemeinsame Unternehmungen zu haben. Herr Friedrich will seine Gäste aber nicht zum Gehen drängen und dadurch verärgern. Allerdings machen ihm die langen Arbeitszeiten und die finanzielle Situation immer mehr zu schaffen. Oft kann er dann trotz körperlicher Erschöpfung nicht einschlafen, wenn er spät zu Bett geht. Letztes Jahr war er wegen seines Diabetes für drei Wochen in stationärer Rehabilitation, dort konnte er in der letzten Woche auf Insulin verzichten. Nachdem er zwei Wochen wieder gearbeitet hatte, musste er wieder Insulin spritzen. Als Grund dafür sieht Herr Friedrich die hohe Stressbelastung.

1. Probleme erfassen und auswählen

Herr Friedrich überlegt sich:

Welche Probleme ihn momentan belasten und Grund für seine in letzter Zeit oft gedrückte Stimmung sind.

Dabei ist es vorteilhaft die Probleme in verschiedene Bereiche zu gliedern, z. B. nicht „Arbeitslosigkeit“ als Gesamtproblem, sondern „Geldmangel“, „Langeweile“, keine Möglichkeit Freunde einzuladen...

*Herr Friedrich erstellt für sich folgende **Problemliste**:*

- lange Arbeitszeiten, Stress
- Streit mit der Ehefrau durch oft noch langes Sitzen mit den Gästen
- finanziell angespannte Situation
- Schlafprobleme → Gesundheit

Auswahl eines Problems:

Nach einiger Überlegung kommt Herr Friedrich zu dem Schluss, dass es sinnvoll ist seine Stressbelastung zu reduzieren. Er nimmt an, dass sie auch ein Grund für seine Schlafprobleme ist.

Ausgewähltes Problem:

Stress, lange Arbeitszeiten

2. Tatsachen betrachten

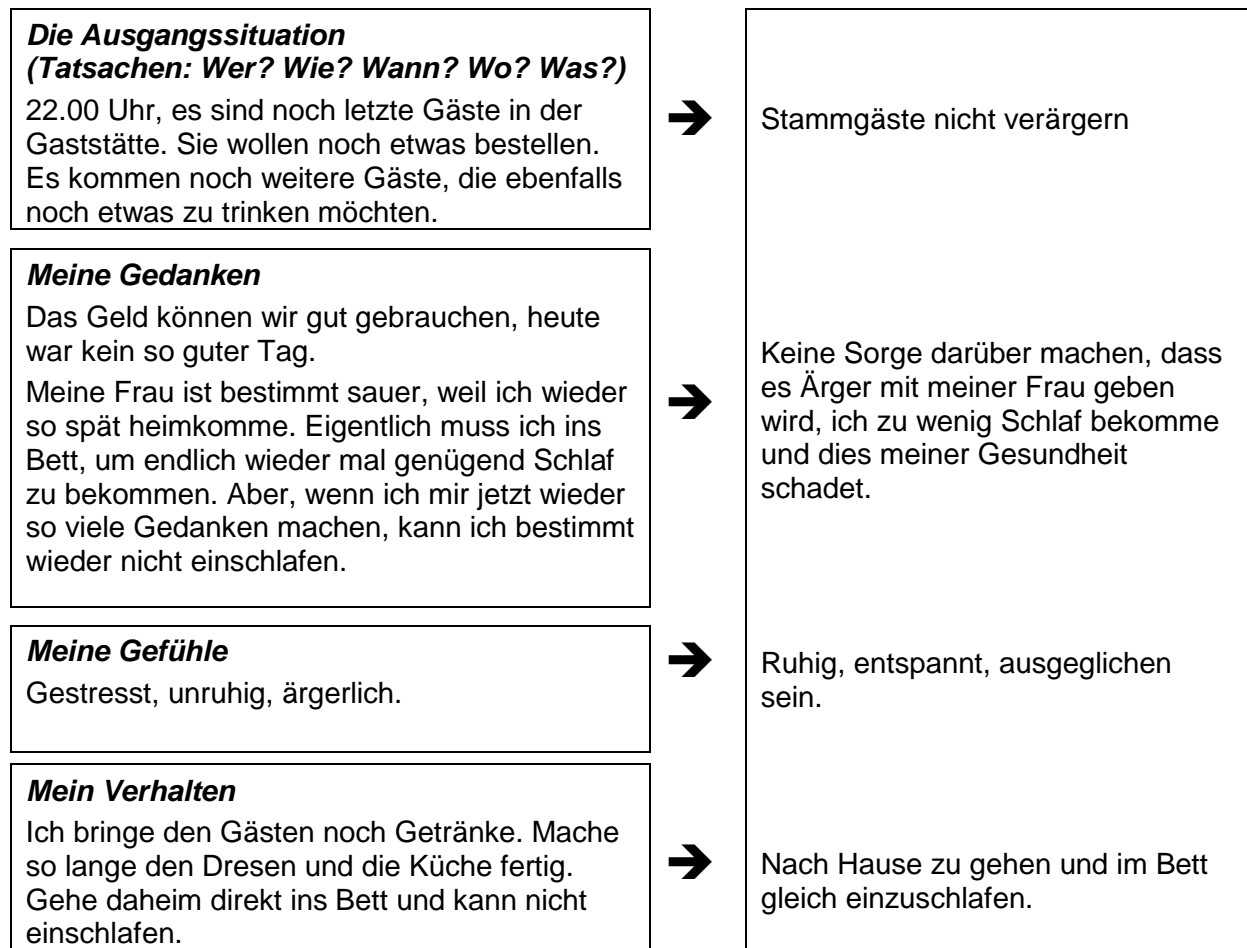
Problem genau beschreiben: Als Ausgangspunkt ist eine genaue Analyse des Problems wichtig. Dazu wird das Problem auf verschiedenen Ebenen betrachtet. Am besten geschieht das anhand einer konkreten Situation.

Herr Friedrich denkt dazu an letzte Woche Mittwoch. Es war bereits nach 22 Uhr und nur am Stammtisch saßen drei Gäste, die noch Getränke bestellten. Da es Stammgäste waren, wollte er ihnen das nicht abschlagen. Er schenkte noch drei Bier ein und setzte sich zu ihnen. Kurz vor elf, als die Stammgäste fast leer getrunken hatten, kamen drei weitere Gäste, die Licht gesehen hatten. Diese konsumierten noch mehrere Getränke. Herr Friedrich war hin und hergerissen, einerseits war er bereits seit 8.00 Uhr auf den Beinen und sehr erschöpft, andererseits stellten die zusätzlichen Gäste eine willkommene Einnahmequelle dar. Außerdem war seine Frau bestimmt sauer auf ihn, da er gestern schon sehr spät nach Hause gekommen war. An diesem Mittwoch war es fast 1.00 Uhr geworden, bis er schließlich nach Haus kam. Seine Frau schlief schon. Trotz seiner Erschöpfung konnte Herr Friedrich nicht einschlafen und lag noch mindestens eine Stunde wach.

Herr Friedrich beschreibt zunächst die Ausgangssituation, seine Gedanken, Gefühle und Verhalten:



Meine Ziele (3!):



3. Ziele setzen

Anhand ausgewählten Situation überlegt sich Herr Friedrich jetzt seine Ziele und trägt diese unter Pkt. 2 in der rechten Spalte ein.

4. Ideen sammeln

Jetzt geht es darum, für die auf den einzelnen Ebenen festgelegten Ziele **möglichst viele** Lösungs- und Veränderungsideen zu sammeln. Herr Friedrich lässt dabei seiner Fantasie freien Lauf. Außerdem bittet er seine Frau um Vorschläge.

Herr Friedrich schreibt alle Lösungsvorschläge auf:



(5.1)

	Lösungsideen	Umsetzbarkeit	Nutzen
1.	Einmal in der Woche eine Aushilfe für die letzte Schicht beschäftigen.	-	+
2.	Die Gaststätte Dienstag bis Donnerstag zwischen 14.30 und 16.30 schließen	-/+	++
3.	Die Buchhaltung in ein Steuerbüro geben	--	+
4.	Die Gaststätte schließen und sich wieder irgendwo als Koch bewerben	--	?
5.	Jeden Abend vor dem Einschlafen die in der Reha erlernte Entspannungstechnik (PMR) machen	+	+
6.	Jeden Montag gemeinsam mit meiner Frau eine Stunde zum Walken zu gehen (Vorschlag meiner Frau)	+	+
7.	Den Stammgästen die Situation erklären und bitten auszutrinken.	-	-
8.	Die Wirtschaft um 22 Uhr pünktlich abschließen und die Gäste dann persönlich raus lassen.	+	+
9.	Mit meiner Frau darüber reden, dass sie mich nicht so unter Druck setzen soll	-/+	?
10.	Mich mit meiner Frau bei der Abendschicht abwechseln	-/+	?

...

5. Veränderungsschritte bewerten und auswählen

Im fünften Schritt geht es darum, aus den gesammelten Lösungsideen die besten Veränderungsmöglichkeiten auszuwählen. Dazu werden die Umsetzbarkeit und der erwartete Nutzen der einzelnen Ideen beurteilt.

- Umsetzbarkeit: Welchen Aufwand erfordert die Veränderung, z. B. Zeit, Kraft, Geld
- Nutzen: Wie wahrscheinlich ist es dass durch diese Veränderung das Ziel erreicht wird?

*Herr Friedrich bewertet seine gesammelten Ideen. Dazu **trägt er in der rechten Spalte bei 5! ein**, für wie umsetzbar und nützlich er die jeweilige Idee hält.*

Er verwendet dazu folgende Zeichen:

- Umsetzbarkeit: sehr schwierig (--), eher schwierig (-), neutral (-/+), eher einfach (+), sehr einfach (++), unklar (?)
- Nutzen: sehr gering (--), eher gering (-), neutral (-/+), eher groß (+), sehr groß (++), unklar (?)

Hier zwei Beispiele für seine Überlegungen:

1. Einmal in der Woche eine Aushilfe für die letzte Schicht beschäftigen.

Dann könnte ich einmal in der Woche pünktlich nach Hause gehen und früh ins Bett gehen, meine Frau wäre damit sicher auch zufrieden. Aber wahrscheinlich wird die Aushilfe teurer als die Einnahmen.

→ Umsetzbarkeit - , Nutzen: +

2. Jeden Montag gemeinsam mit meiner Frau eine Stunde zum Walken zu gehen

Meine Frau wäre sicher glücklich über die gemeinsame Zeit und wir könnten über vieles reden, für das sonst oft wenig Zeit bleibt. Eine Stunde jeden Montag könnten wir bestimmt Zeit finden, wenn wir das im Voraus planen. Außerdem würde mir ein bisschen Bewegung an der frischen Luft bestimmt gut tun.

→ Umsetzbarkeit + , Nutzen +

Auswählen: Drei Lösungsideen werden von Herrn Friedrich sowohl hinsichtlich der Umsetzbarkeit als auch des Nutzens positiv bewertet.

Diese drei Ideen möchte Herr Friedrich in den nächsten Wochen ausprobieren.

1. Jeden Abend vor dem Einschlafen die in der Reha erlernte Entspannungstechnik (PMR) machen
2. Jeden Montag gemeinsam mit meiner Frau eine Stunde zum Walken zu gehen (Vorschlag meiner Frau)
3. Die Wirtschaft um 22 Uhr pünktlich abschließen und die Gäste dann persönlich raus lassen.

6. Umsetzen und Überprüfen

Zwei Wochen später überprüft Herr Friedrich die Lösungsideen. Er bewertet ob er durch die Maßnahmen seine bei 3. festgelegten Ziele erreichen konnte.

Meine Ziele von 3.

1. Stammgäste nicht verärgern

2. Keine Sorge darüber machen, dass es Ärger mit meiner Frau geben wird, ich zu wenig Schlaf bekomme und dies meiner Gesundheit schadet.

3. Ruhig, entspannt, ausgeglichen sein.

4. Nach Hause zu gehen und im Bett gleich einzuschlafen.

Überprüfung:

Ich habe meine Ziele erreicht

→ ja teilweise nein

→ ja teilweise nein

→ ja teilweise nein

→ ja teilweise nein

Die Stammgäste scheinen sich über ihre besondere Behandlung zu freuen und nehmen die neue Regelung an. Allerdings macht ihm die momentane finanzielle Situation zu schaffen, deshalb hat er sein Ziel „Ruhig, entspannt und ausgeglichen zu sein“ nur teilweise erreicht. Auch über seine Gesundheit macht er sich trotzdem noch Sorgen. Durch die regelmäßigen Entspannungsübungen kann er jetzt wesentlich besser einschlafen. Damit ist er sehr zufrieden.

Das gemeinsame Walken mit seiner Frau hat bisher nur einmal geklappt. Aber die Gelegenheit sich dabei zu unterhalten und die Bewegung haben ihm gut getan. Seine Frau ist sehr zufrieden damit, dass er sich Zeit für sie nimmt.

Herr Friedrich will die drei Lösungsideen auf jeden Fall weiterhin umsetzen. Sollten diese nicht ausreichen, um den Stress dauerhaft zu vermindern, will er sich noch mal die anderen Ideen anschauen.

Zum Beispiel 2.: Die Gaststätte Dienstag bis Donnerstag zwischen 14.30 und 16.30 schließen

Er will zunächst die Umsätze in diesen Zeiten überprüfen. Dann will er entscheiden, ob er die Gaststätte an diesen Nachmittagen jeweils für zwei Stunden schließen kann.

Sollte sich seine finanzielle Situation nicht bessern, will er hier ebenfalls das Problemlöseschema verwenden.

Problemlöseschema

1. Probleme erfassen und auswählen

Welche Probleme / Dinge belasten Sie momentan? Was macht Ihnen am meisten zu schaffen / ist Grund für Ihre gedrückte Stimmung?

Problemliste

Vorteilhaft dabei ist es die Probleme in verschiedene Bereiche zu gliedern, z. B. nicht „Arbeitslosigkeit“ als Gesamtproblem, sondern „Geldmangel“, „Langeweile“, keine Möglichkeit Freunde einzuladen...

Mögliche Problembereiche sind: Gesundheit, soziale Beziehungen, Aktivitäts-/Funktionseinschränkungen, Stress, finanzielle Situation, soziale Isolation u. a.

Auswahl eines Problems: *Welches Problem ist am dringlichsten? Welches Problem möchten Sie auswählen?*

An welchem Problem sollen wir das Schema zusammen durchgehen?

Ausgewähltes Problem:

2. Tatsachen betrachten

Problem genau beschreiben: Wichtig ist eine genaue Analyse des Problems. Dazu wird das Problem auf verschiedenen Ebenen betrachtet (Situation, Verhalten, Gedanken, Gefühle). Am besten geschieht das anhand einer konkreten Situation. Oft findet man so Ansatzpunkte für mögliche Veränderungen, die bei einer Betrachtung des Gesamtproblems nicht entdeckt werden können.

Bitte beschreiben Sie jetzt...



		Ihre Ziele (3!):
Die Ausgangssituation (Tatsachen: Wer? Wie? Wann? Wo? Was?)	→	
Ihre Gedanken	→	
Ihre Gefühle	→	
Ihr Verhalten	→	

3. Ziele setzen

Welche (realistischen) Ziele möchten Sie erreichen?

→ Die Ziele unter Pkt. 2 in der rechten Spalte eintragen.

Anmerkung: Manchmal ist eine Änderung der Situation schwierig, dann kann man sich überlegen, wie man sich fühlen möchte oder wie man denken möchte.

4. Ideen sammeln

Jetzt geht es darum **möglichst viele** Lösungs- und Veränderungsideen für die gesetzten Ziele zu sammeln. Lassen Sie dabei Ihrer Fantasie ruhig freien Lauf

Achtung: Bewerten Sie die Ideen noch nicht!

Was könnten Sie tun, um ihre Ziele zu erreichen?



(5.!)

	Lösungsideen	Umsetzbarkeit	Nutzen

...

5. Veränderungsschritte auswählen

Im fünften Schritt geht es darum, aus den gesammelten Lösungsideen die besten auszuwählen. Dazu werden die Umsetzbarkeit und der erwartete Nutzen der einzelnen Ideen beurteilt.

- **Umsetzbarkeit:** Welchen Aufwand erfordert die Veränderung, z. B. Zeit, Kraft, Geld
- **Nutzen:** Wie wahrscheinlich ist es dass durch diese Veränderung mein Ziel erreicht wird?

Bewertung für

- **Umsetzbarkeit:** sehr schwierig (--), eher schwierig (-), neutral (-/+), eher einfach (+), sehr einfach (++), unklar (?)
- **Nutzen:** sehr gering (--), eher gering (-), neutral (-/+), eher groß (+), sehr groß (++), unklar (?)

Wie würden Sie Ihre Idee hinsichtlich der Umsetzbarkeit bewerten?

➔ Die Bewertungen unter Pkt. 4 in der rechten Spalte eintragen.

Auswählen: Welche Lösungsideen werden sowohl hinsichtlich der Umsetzbarkeit als auch des Nutzens positiv bewertet?

➔ Entsprechende Lösungsideen (farbig) markieren.

Welche dieser Ideen wollen Sie in den nächsten Wochen ausprobieren?

6. Umsetzen und Überprüfen

In den nächsten Wochen habe ich mir vorgenommen...

1.	
2.	
3.	(

Überprüfen der ausgewählten Lösungsschritte in der Praxis:

Wie haben sich die Lösungsideen ausgewirkt? Bitte bewerten Sie, ob Sie durch die Maßnahmen Ihre bei 3. festgelegten Ziele erreichen konnten.

Überprüfung:

Ihre Ziele von 3.		Ich habe meine Ziele erreicht
1.	➔	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein
2.	➔	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein
3.	➔	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein
4.	➔	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nein

Was hat gut funktioniert? Was kann noch verbessert werden?

Wenn die ausgewählten Lösungsschritte nicht gelungen sind, betrachten Sie noch einmal genau die Tatsachen (2.) und überlegen Sie, warum die Veränderungen nicht umgesetzt werden konnten.

Können Zwischenschritte / kleine Änderungen eingebaut werden?

Denn jeder Versuch bringt Sie Ihren Zielen ein Stück näher!

Beratungsinfo:

Stress

Stress ist ein Begriff, der ganz allgemein, die Reaktion des Körpers auf Belastungen und Anforderungen durch Umwelteinflüsse beschreibt. Heutzutage bezeichnet Stress vor allem solche äußeren Einflüsse, die eine negative Erlebnisqualität haben. Dies ist für Menschen oft unterschiedlich. Damit ist Stress eine sehr persönliche Angelegenheit.

Nach dem transaktionalen Stressmodell von Lazarus & Folkman (1984) sind zwei Dinge dafür entscheidend, ob in einer Situation Stress erlebt wird:

1. Die persönliche Einschätzung der Situation als bedrohlich (existentiell oder für den Selbstwert). - Dabei unterscheiden Personen sich darin ob und welche Situationen sie als bedrohlich empfinden.
2. Die Einschätzung der eigenen Möglichkeiten (persönliche Ressourcen), um mit den gestellten Anforderungen zurechtzukommen.

Stress ist damit eine individuelle Reaktion auf Anforderungen/Situationen, die als bedrohlich bzw. nicht kontrollierbar erlebt werden. Dabei sind die **subjektiven Bewertungsprozesse** entscheidend.

Was passiert dann:

Die Bewertungsprozesse (Gedanken, Erwartungen, Gefühle etc.) führen zur Aktivierung des Organismus (sog. „fight-flight“-Reaktion). Diese körperliche Stressreaktion (Adrenalinausschüttung, Steigerung der Herzfrequenz und Muskelanspannung, kräftige Atmung etc.) stellt eine genetisch einprogrammierte Überlebensstrategie dar, die es uns Menschen ermöglicht(e) auf Bedrohung und Angriff von Feinden zu reagieren. Der Körper bereitet sich auf Flucht, Kampf und evtl. Verletzungen vor. Dies führt zu einer kurzfristigen Erhöhung der Belastbarkeit des Gesamtorganismus.

Leider ist dieses System im Umgang mit heutigen „modernen“ Stressoren, z. B. wenn der Zug Verspätung oder man im Stau steht, oft wenig dienlich.

Chronischer Stress

Dauert der subjektiv wahrgenommene Überforderungszustand an, spricht man von chronischem Stress.

Chronischer Stress kann zu dauerhaften Veränderungen in den körpereigenen Regulationssystemen führen und wird als ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Reihe von Erkrankungen diskutiert (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen). Auch bei der Entwicklung des Diabetes Typ 2 scheint die Stressbelastung eine Rolle zu spielen (Herpertz et al., 2003)

Chronischer Stress ist meist mit negativen Emotionen verbunden. Außerdem hat Stress einen Einfluss auf die Stoffwechsellage bei Patienten mit Diabetes. Stress kann zu

Problemen bei der Therapiedurchführung und einer schlechteren glykämischen Kontrolle führen (Herpertz et al., 2003). Deshalb sind Maßnahmen zur Stressreduktion sinnvoll.

Geeignete Maßnahmen zur Stressreduktion sind:

Abbau von Stressquellen

- ⇒ Analyse der Persönlichen Stressquellen (Zeitdruck, Konflikte, Lärm, Zukunftsängste etc.)
- ⇒ Systematisches Problemlösen

Sportliche Aktivität / Körperliche Bewegung

- ⇒ Reduziert die (Dauer)aktivierung des Körpers über gezielte Energieabfuhr (Stresshormone werden abgebaut). Regelmäßige körperliche Bewegung bei ausreichender Dauer von 20 – 30 min. macht den Körper generell weniger stressanfällig.

Gezielter Einsatz von Entspannungsverfahren

- ⇒ Durch verschiedenste Techniken kann gezielt die Aktivierung des Organismus reduziert werden. Der Mensch lernt, seinem Organismus Signale zu senden, die diesem Beruhigung und Entspannung gestatten.

Systematische Entspannungsverfahren sind u. a. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Mediationsübungen, Feldenkrais-Methode, Yoga oder Tai Chi.

Ausgleich durch positive Erlebnisse, z. B. durch Beschäftigung mit Hobbys, Unternehmungen mit anderen Menschen,

Soziale Unterstützung holen, z. B. mit Freunden reden, Familie um Rat fragen

Fatal: Stress macht nicht nur selbst krank, sondern fördert oft auch wenig gesundheitsdienliche Verhaltensweisen wie zu wenig Bewegung, Fast-Food-Ernährung, viel Rauchen und Kaffee (um fit zu sein) oder Trinken von Alkohol (um sich zu entspannen). Dabei haben Alkohol und Nikotin keinen echten Entspannungseffekt, sondern belasten den Körper zusätzlich.

Allerdings trägt jeder Mensch alles in sich um wieder ins seelische Gleichgewicht zu kommen.

Ein erster Schritt dabei ist das Wissen um die **Zusammenhänge zwischen Denken, Gefühlen und Verhalten.**

- ▶ **Gefühle unterliegen dabei nicht direkt dem Willen:** Es nützt nichts sich zu sagen, ich will dass ich jetzt glücklich bin!
- ▶ **Aber Denken, Verhalten und Gefühle hängen zusammen.** D.h. es ist sinnvoll dort anzusetzen, wo im Moment persönlicher Handlungsspielraum besteht. Möglicherweise kann durch eine Veränderung des Denkens (z. B. positive Aspekte in der Situation finden) oder durch Verhalten (z. B. einen ausgedehnten Spaziergang machen, mit Freunden reden) indirekt eine Gefühlsänderung bewirkt werden.

Information

Stress

Mit dem Begriff Stress beschreiben wir heutzutage Anforderungen und Belastungen, denen wir im täglichen Leben ausgesetzt sind. Jeder Mensch empfindet dabei anders. Damit ist Stress eine sehr persönliche Angelegenheit

Kurzfristiger Stress erhöht die körperliche Leistungsfähigkeit. Dauert der Stress jedoch an und man kann sich nicht mehr erholen können leidet unsere Gesundheit und unser Wohlbefinden.

Typische Stressfolgen sind:

U. a. Konzentrationsschwierigkeiten, innere Unruhe, Gereiztheit, Unzufriedenheit Erschöpfung, depressive Stimmung, Schlafstörungen chronische Müdigkeit. Auch unser Immunsystem funktioniert schlechter und wir bekommen häufiger eine Erkältung und andere Erkrankungen. Andauernder Stress erhöht außerdem das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Häufig leidet auch das Diabetes-Management in stressreichen Zeiten, da man weniger auf seine Ernährung achtet, keine Zeit für Sport und andere Aktivitäten findet, mehr Zigaretten raucht und Alkohol trinkt oder seine Medikamente so gewissenhaft nimmt wie sonst.

Sinnvollerweise sollte man etwas gegen Stress tun, bevor ernsthafte gesundheitliche Folgen eintreten.

Mögliche Strategien gegen Stress sind:

▶ **Abbau von Stressquellen in Beruf und Freizeit**

Dabei kann eine Persönliche Stressanalyse helfen.

Typische Stressquellen sind:

- Zeitnot, viele (zu viele) Termine
- große Verantwortung
- Konflikte mit Vorgesetzten, Kollegen, Kunden oder in der Familie
- Lärm, Hitze/Kälte, Enge, einseitige körperliche Belastungen
- Ängste, z. B. wegen Arbeitsplatzunsicherheit, Krankheit, Schulden etc.

Haben Sie Ihre persönlichen Stressquellen gefunden? Dann sollten Sie überlegen, wie man sie ausschalten oder reduzieren kann.

Vielleicht können einzelne Aufgaben weglassen werden oder jemand anders kann sie übernehmen. Vielleicht hilft ein klärendes Gespräch bei Konflikten.

▶ **Erhöhen der eigenen Widerstandskraft durch**

- regelmäßige Entspannung
- Bewegung, Sport

Regelmäßige Entspannung und Erholungspausen sorgen für innere Ausgeglichenheit. Körperliche Bewegung macht den Körper generell weniger stressanfällig. Entspannungsverfahren sind u. a. Autogenes Training, Progressive Muskelentspannung, Atem- bzw. Meditationsübungen, Yoga oder Tai Chi. Aber auch ganz persönlichen Methoden (z.B. Spaziergehen oder Musik hören) sind sinnvoll.

▶ **Ausgleich für bestehende Belastungen suchen, z. B.**

- Ablenkung (z. B. ins Kino gehen)
- Hobbys, schöne Erlebnisse, andere Leute treffen
- Unternehmungen mit Freunden, sich aussprechen

Aber nicht nur die Situation, sondern wir selbst haben mit unseren Stimmungen einen Einfluss auf das Stresserleben.

Positive Stimmung und Optimismus helfen uns den Dingen gelassener zu begegnen.

Perfektionismus, Nicht-Nein-Sagen oder Schwarz sehen dagegen macht uns empfindlicher für Stress.

Je positiver und gelassener wir an die Dinge herangehen, desto besser ist es für uns und unsere Umwelt. – Hilfreiche Gedanken dazu können sein:

- Es muss nicht immer alles perfekt sein.
- Ich bin nicht für alles alleine verantwortlich.
- Warum sollte es Probleme geben?
- Wie wahrscheinlich ist es, dass die anderen schlecht von mir denken oder mich auslachen?
- Es ist nicht schlimm, wenn etwas schief geht.
- Wie denkt jemand darüber, der es leichter nimmt als ich?

Ausgewählte Techniken der Motivierenden Gesprächsführung als Grundlage der Beratungsgespräche

(nach Miller & Rollnick, 2009)

1. Ziele der Gesprächsführung mittels Motivational Interviewing (MI):

- Die Autonomie des Patienten bei der Entscheidungsfindung zu würdigen.
- Ihn bei der Selbstexploration seiner Motive und Werte zu unterstützen.
- Change talk und damit die Veränderungsbereitschaft des Patienten zu fördern.

Der Sinn des Gesprächs über mögliche Veränderungen (change talk) besteht darin den Patienten dabei zu unterstützen seine Ambivalenz bezüglich einer Verhaltensänderung zu explorieren und Argumente **für** eine Veränderung zu äußern. Argumentiert der Patient (nicht der Berater) für eine Veränderung, wird die Veränderung wahrscheinlicher und die Ambivalenz wird reduziert.

(Argumentiert der Berater für die Veränderung, ist es wahrscheinlich, dass Patient dagegen argumentiert und damit Veränderung unwahrscheinlich wird!)

2. Techniken zur Gesprächsführung

2. 1. Offene Fragen stellen

Grundmuster des MI ist es eine offene Frage zu stellen und damit ein Thema für die Exploration der eigenen Erfahrungen des Patienten vorzuschlagen.

Offene Fragen rufen change talk hervor.

Offene Fragen sind Einleitungen, gefolgt von aktivem Zuhören und weiteren Strategien.

Bsp.

Welche der möglichen Langzeit-Auswirkungen des Diabetes besorgt Sie am meisten?

Was sind für Sie die wichtigsten Gründe, um mit dem Rauchen aufzuhören?

Erzählen Sie mir etwas über....

Faustregel: Keine drei Fragen hintereinander (auch keine offenen!)

Grundsatz: Nach einer offenen Frage ca. drei-vier Reflexionen

Um change talk zu entwickeln, können Aussagen, die in Richtung des Veränderungsziels deuten gezielt verstärkt werden, indem der Berater mit Interesse darauf reagiert.

Bsp.

Was haben Sie sonst noch bemerkt?

Können Sie mir ein Beispiel geben?

Wie könnte man das noch anders machen?

Warum glauben Sie, dass Sie das schaffen können?

Gibt es noch andere Gründe, warum Sie das ändern wollen?

2.2 Aktives Zuhören

Hauptpunkt der Berater-Response im Sinne des aktiven Zuhörens ist eine Einschätzung der Bedeutung dessen, was der Gesprächspartner gesagt hat, formuliert als Aussage – nicht als Frage. Aktives Zuhören beinhaltet das Anbieten einer **Aussage** (keine Frage), die dem Sprecher mitteilen soll, was als Bedeutung seiner Äußerung verstanden wurde, ohne dass die Rückmeldung zu einem Kommunikationshindernis wird.

Allerdings ist Rückmeldung immer nur selektiv – und sollte deshalb zielgerichtet erfolgen. . Dabei ist es wichtig nicht die Verteidigung der Veränderung zu übernehmen, da für diese Position der Patient argumentieren soll.

Ziel des aktiven Zuhörens ist die Selbstexploration des Patienten in „Gang zu halten“ oder zu beschleunigen.

Allerdings sollte die Reflexion sich nicht auf eine einfache Wiederholung dessen was der Patient gesagt hat beschränken. Paraphrasieren verlangsamt oft die Selbstexploration. Hilfreicher ist es eine Hypothese der Bedeutung anbieten oder die vermutete Gefühlslage der Person zu reflektieren.

2.3 Bestätigen

Verstärkt Selbstexploration und baut positives Verhältnis auf. Kann durch Anerkennung, Komplimenten oder Verständnis vermittelnden Aussagen erfolgen. Die Stärken und Bemühungen des Patienten sollen wahrgenommen werden und auf angemessene Weise bestätigt werden.

Bsp.:

Vielen Dank, dass Sie unseren heutigen Termin eingehalten haben.

Sie haben wirklich einen großen Schritt getan, indem Sie

Das ist ein Zeichen großer Stärke, dass Sie diese schwierige Situation so lange ausgehalten haben

Das ist ein sehr guter Vorschlag / gute Idee / guter Punkt.

Ich kann sehen, dass Ihnen das viel bedeutet.

Sie machen sich wirklich Gedanken darüber, wie....:

Damit haben Sie recht.

Ich gewinne den Eindruck, dass Sie wirklich einen starken Willen haben.

Ich habe unser heutiges Gespräch richtig genossen.

2.4 Zusammenfassen

Gelegentliche (selektive) Zusammenfassungen verstärken, was gesagt wurde und zeigen Aufmerksamkeit. Aber eher sparsam verwenden, z. B. um bei Ambivalenz die

Gleichzeitigkeit positive und negative Aspekte zu würdigen. Dabei statt „aber“ „und“ oder „einerseits – andererseits“ verwenden.

Bsp.:

Es hört sich so an, als seien Sie dazu geneigt in zwei verschiedene Richtungen zu gehen. Einerseits sind Sie besorgt über die möglichen Folgen Ihres Diabetes. Es beunruhigt Sie sehr über mögliche Auswirkungen wie Blindheit, Amputation oder Ähnliches nachzudenken. Andererseits fühlen Sie sich die meiste Zeit recht gesund, genießen es zu Essen was Sie mögen und mögliche Folgen scheinen in der Ferne zu liegen. Sie sind besorgt, aber zur gleichen Zeit auch nicht besorgt.

Auch überleitende **Zusammenfassungen zum Ende des Gesprächs** können sinnvoll sein: „Wir kommen jetzt zum Ende des Gesprächs und damit wir sehen können, fasse ich noch einmal kurz das Wesentliche zusammen. Sagen Sie mir bitte, wenn ich etwas Wichtiges, das Sie gesagt haben auslasse... Ist das eine zutreffende Zusammenfassung? Habe ich etwas Wichtiges vergessen?“

Zusammenfassen kann auch am Anfang des nächsten Gesprächs verwendet werden, um das Gespräch in Gang zu bringen.

3. Umgang mit Informationen und Vorschlägen (Ratschläge)

Grundsatz: immer der Patient sollte für die Veränderung plädieren.

Daher ist es wichtig vorher zu prüfen, ob

- das Wissen des Patienten diesbezüglich schon erfragt wurde und
- es für die Sicherheit des Patienten wichtig ist oder es seine Motivation zur Verhaltensänderung erhöhen wird.

Bitten Patienten um Informationen und Ratschläge kann dies unter Hinweis auf

- die Wahlfreiheit des Patienten geschehen
- oder der Berater kann den Patienten um Erlaubnis bitten, bevor er eine Information oder einen Ratschlag erteilt.

Damit wird die Autonomie des Patienten anerkannt und Respekt, Wahlfreiheit und Zusammenarbeit kommuniziert. Patient sollte keinesfalls in das „Ja, aber...“-Muster verfallen.

Wäre es in Ordnung, wenn ich meine Bedenken zu Ihrem Vorschlag äußere?

Ich habe eine Idee, die hier vielleicht nützlich wäre. Möchten Sie diese Idee hören?

Ich weiß nicht, ob dies für Sie relevant sein könnte, aber dürfte ich Ihnen sagen, was mir dazu in den Sinn kommt?

Es gibt einige Punkte, die hier von Bedeutung sein könnten. Vielleicht kennen Sie diese auch schon. Aber um sicher zu sein, wäre es in Ordnung, wenn ich diese anspreche?

Ich weiß nicht, ob das für Sie funktionieren könnte, aber ich könnte Ihnen erzählen, was andere Leute in Ihrer Situation versucht haben.

Das könnte für Sie sinnvoll sein oder auch nicht, vielleicht kann es eine Alternative darstellen, aber das müssen Sie selbst entscheiden.

Ich könnte Ihnen einen Vorschlag machen, aber ich glaube, Sie müssen selbst herausfinden, ob das auch für Sie funktionieren kann.

Ich bin gerne bereit, Ihnen einige Ideen anzubieten, ich möchte jedoch Ihren eigenen kreativen Einfällen nicht im Wege stehen und letztendlich sind Sie der Experte für Ihre Situation. Vielleicht haben Sie ja noch einige andere Vorstellungen davon, was Sie da tun könnten?

4. Umgang mit Widerstand

Widerstand deutet auf eine Störung in der Kommunikation zwischen Berater und Patienten hin und ist ein deutliches Zeichen des Patienten, dem Gesagten nicht folgen kann oder nicht damit einverstanden ist. Anhaltender Widerstand verringert die Wahrscheinlichkeit einer Veränderung beim Patienten, deshalb ist es wichtig auf Widerstand adäquat zu reagieren und die zugrunde liegende Dissonanz zu entschärfen.

Wenn Menschen wahrnehmen, dass ihre persönliche Wahlfreiheit eingeschränkt wird, indem z. B. direktive Vorschläge gemacht werden, reagieren Sie mit Widerstand (Reaktanz), um ihre Autonomie zu betonen. Am besten ist es darauf mit einer Versicherung der persönlichen Entscheidungsfreiheit zu reagieren.

Betonung der persönlichen Wahlfreiheit und Kontrolle

Patient: Was wäre, wenn ich Ihnen sagen würde, dass ich gerne rauche und nicht damit aufhören will?.

Berater: *Sie sind ein freier Mensch und das ist Ihre Entscheidung. Ich kann diese Entscheidung nicht für Sie treffen, selbst, wenn ich es wollte.*

Aktives Zuhören signalisiert, dass Widerstand zur Kenntnis genommen wurde.

Reflexion (Widerspiegeln) „Für Sie besteht kein Zweifel, dass eine gesunde Ernährung nur Körner essen bedeutet und kein Genuss sein kann.“

„Sie glauben nicht, dass regelmäßige Bewegung Ihren Diabetes beeinflussen kann.“

Überzogenes Widerspiegeln: „Es erscheint Ihnen unwahrscheinlich, dass Rauchen etwas mit Lungenkrebs zu tun hat. Es passiert einfach.“

Widerspiegeln der Ambivalenz: „Sie denken, dass auf lange Sicht gesehen die regelmäßige Bewegung Ihnen helfen könnte. Gleichzeitig fühlen Sie sich oft so erschöpft und das macht es Ihnen schwierig damit zu beginnen.“

Reflexionen müssen aufrichtig, unterstützend und konkret vorgebracht werden. Sarkasmus, Ironie, Ungeduld oder Zweifel in der Stimme kann als feindselig wahrgenommen werden und damit Widerstand verstärken.

Weitere mögliche Strategien:

Fokus verändern.

Pati ent: Sie werden mir sicherlich zu einer Diät raten und mir sagen, dass ich täglich Joggen soll. Ich bin immer ganz entmutigt von solchen Ratschlägen.

Berater: *Wen ich Ihnen eine Reihe von Dingen vorschlagen würde, die Sie tun müssen, würde Sie das entmutigen. Das ist doch paradox, nicht wahr?*

Wenn Sie das Gefühl haben, etwas tun zu müssen, dann hindert Sie das daran, das zu tun, was Sie tun wollen.

Umdeuten („reframing“)

Bsp.

Pati ent: Meine Frau nörgelt laufend wegen des Essens an mir herum.

Berater: *Das ärgert Sie. Und gleichzeitig klingt es so, als würde sie sich auch Sorgen um Sie machen – es scheint ihr nicht gleichgültig zu sein, was aus Ihnen wird.*

Zustimmung mit einer Wendung

Pati ent: Sie werden mir sicherlich zu einer Diät raten und mir sagen, dass ich täglich Joggen soll. Ich bin immer ganz entmutigt von solchen Ratschlägen.

Berater: *Wen ich Ihnen eine Reihe von Dingen vorschlagen würde, die Sie tun müssen, würde Sie das entmutigen. Das ist doch paradox, nicht wahr? Wenn Sie das Gefühl haben, etwas tun zu müssen, dann hindert Sie das daran, das zu tun, was Sie tun wollen.*

Pati ent: Immer geht es nur um meinen Diabetes. Ich will nicht mehr. .

Berater: *Stimmt: Es ging die ganze Zeit nur um Ihre Erkrankung. Eigentlich geht es aber um Ihre Lebensqualität und Gesundheit. Sie als Person sollten im Mittelpunkt stehen. .*

5. Weitere Tipps zur Gesprächsführung

(Miller & Rollnick, 2009; Prior, 2009)

Angenommen, dass....- so tun als ob

„Lassen Sie uns doch einfach einmal so tun, als ob diese Veränderung bereits geklappt hat und wir schauen auf den Weg zu diesem Erfolg zurück. Wie ist es dazu gekommen? Was hat funktioniert?“

Angenommen dieses Hindernis stünde Ihnen nicht im Weg. Wie würde es dann weitergehen?“

„Sondern“-Formulierung hilfreich sein: *„Sie wollen also nicht mehr...., sondern...?“*

Zur Erstellung des Manuals verwendete Literatur

- Adili, F., Larijani, B., & Haghighatpanah, M. (2006). Diabetic patients: Psychological aspects. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 329–49.
- American Cancer Society. When smokers quit—the health benefits over time. Abgerufen am 2. Oktober 2010 von http://www.cancer.org/docroot/SPC/content/SPC_1_When_Smokers_Quit.asp?sitearea=PED
- American Diabetes Association. (2008). Standards of Medical Care in Diabetes - 2008. *Diabetes Care*, 31(Supplement 1), S12–S51.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis. *Diabetes Care*, 24(6), 1069–1078.
- Arbeitskreis Raucherentwöhnung (Hrsg.). (1997). *Nichtraucher in 6 Wochen: Ein Selbsthilfeprogramm für alle, die das Rauchen aufgeben wollen*. (2. Auflage). Ratingen: Preuss.
- Arbeitskreis Raucherentwöhnung. *Richtige Tabakentwöhnung*. Abgerufen am 15. März 2010 von <http://www.medizin.uni-tuebingen.de/ukpp/cgi-bin/contray/contray.cgi?ID=000009004011010&GROUP=003&DATA=>
- Baumeister, H., Krämer, L., & Brockhaus, B. (2008). Grundlagen psychologischer Interventionen zur Änderung des Gesundheitsverhaltens. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, (82), 254–264.
- Bayrisches Staatsministerium für Umwelt und Verbraucherschutz. Das Bayrische Verbraucherportal. (2010). *Bluthochdruck senken mit der richtigen Ernährung*. Abgerufen von http://www.vis.bayern.de/ernaehrung/ernaehrung/ernaehrung_krankheit/hypertonie.htm
- Conn, V., Hafdahl, A., Mehr, D., LeMaster, J., Brown, S., & Nielsen, P. (2007). Metabolic effects of interventions to increase exercise in adults with type 2 diabetes. *Diabetologia*, 50(5), 913–921.
- Deutsche Gesellschaft für Suizidprävention – Hilfe in Lebenskrisen e.V. *Suizidgefährdung Informationen Hilfsmöglichkeiten*. Abgerufen am 6. April 2010 von <http://www.suizidprophylaxe.de/Infos%20zu%20Suizidgefahrdung.pdf>

- Diabetes News. (2010). *BE Tabelle*. Abgerufen von <http://www.diabetes-news.de/ernaehrung/kalorien-broteinheiten/be-tabelle>
- Deutsches Krebsforschungszentrum, Bundesärztekammer (2005). *Dem Tabakkonsum Einhalt gebieten – Ärzte in Prävention und Therapie der Tabakabhängigkeit*. Abgerufen am 25. Januar 2010 von http://www.tabakkontrolle.de/pdf/Aerzte_in_Praevention_und_Therapie.pdf
- D-ReSearch Privatverlag (2010). *Lebensmittel-Tabelle – Übersicht der Nährwerte*. Abgerufen von <http://www.lebensmittel-tabelle.de/>
- Elliott, R., Barber, N., Clifford, S., Horne, R., & Hartley, E. (2008). The cost effectiveness of a telephone-based pharmacy advisory service to improve adherence to newly prescribed medicines. *Pharmacy World & Science*, 30(1), 17–23.
- Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND). Abgerufen am 15. März 2010 von <https://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/32500600/fagerstroemtest.pdf>
- Fischer, W. (12.06.2006). Zigarette ade. *Diabetes Ratgeber*. Abgerufen am 25. Januar 2010 von <http://www.diabetes-ratgeber.net/Rauchen/Serie-Zigarette-ade-2Teil--Wege-aus-A050805ANOND018690.html>
- Gensichen, J., Peitz, M., Torge, M., Mosig-Frey, J., Wendt-Hermainski, H., Rosemann, T., ... Löwe, B. (2006). Die „Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL)“ mit integriertem PHQ-D – Rationale und Entwicklung eines Instruments für das hausärztliche Case Management bei Depression. *Zeitschrift Für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 100(5), 375–382.
- Gorenoi, V., Schönermark, M., & Hagen, A. (2007). *Maßnahmen zur Verbesserung der Compliance bzw. Adherence in der Arzneimitteltherapie mit Hinblick auf den Therapieerfolg*. Köln: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI). Abgerufen von https://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta206_bericht_de.pdf
- Gura, C. *Entspannungstherapie. Homepage*. Abgerufen am 26. Mai 2008 von http://praxis.gura.info/index.php?article_id=26
- Haire-Joshu, D., Glasgow, R. E., & Tibbs, T. L. (1999). Smoking and diabetes. *Diabetes Care*, 22, 1887–1898.

- Halle, M., Kemmer, F.-W., Stumvoll, M., Thurm, U., & Zimmer, P. (2008). Körperliche Aktivität und Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Leitlinie der Deutschen Diabetes-Gesellschaft. Abgerufen am 04.01.2010 von <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/II/057-022.pdf>
- Hansch, D. (2003). Erste Hilfe für die Psyche. Berlin: Springer
- Hautzinger, M. & Kischkel, E. (1999). *Kompetenznetz Depression. Kurzzeit-Psychotherapeutisches Behandlungskonzept für unterschwellige und leichte depressive Störungen. Ein Behandlungsmanual*. Abgerufen am 9. April 2010 von http://www.kompetenznetz-depression.de/experten/media/hautzinger_therapeutenmanual.pdf
- Herpertz, S., Petrak, F., Albus, C., Hirsch, A., Kruse, J., & Kulzer, B. (2003). Psychosoziales und Diabetes mellitus. Evidenzbasierte Diabetes-Leitlinien der Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) und Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM). *Diabetes und Stoffwechsel*, 12 (Suppl 2): 69–94
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG).
Gesundheitsinformation.de - Merkblatt: Medikamente über lange Zeit anwenden.
Abgerufen am 29. Januar 2010 von <http://www.informedhealthonline.org/index.405.html>
- Katon, W. J., Von Korff, M., Lin, E. H. B., Simon, G., Ludman, E., Russo, J., ... Bush, T. (2004). The pathways study: A randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. *Archives of General Psychiatry*, 61(10), 1042–1049.
- Katon, W., Russo, J., Lin, E. H. B. Heckbert, S. R., Karter, A. J., Williams, L. H., ... Von Korff, M. (2009). Diabetes and poor disease control: is comorbid depression associated with poor medication adherence or lack of treatment intensification? *Psychosomatic Medicine*, 71, 965–972.
- Keller, S., Kaluza, G., & Basler, H.-D. (2001). Motivierung zur Verhaltensänderung. Prozessorientierte Patientenedukation nach dem Transtheoretischen Modell der Verhaltensänderung. *Psychomed*, 13(2), 101–111.
- Körkel, J. & Veltrup, C.(2003). Motivational Interviewing: Eine Übersicht. *Suchttherapie*, 4, 115-124.

- Klinik Niederrhein Rehabilitationszentrum für Erkrankungen des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane sowie Tumorerkrankungen. *Wissenswertes für Menschen mit Diabetes (ohne Insulin)*. Unveröffentlichte Patienteninformation, Stand 2009.
- Klinik Niederrhein Rehabilitationszentrum für Erkrankungen des Stoffwechsels und der Verdauungsorgane sowie Tumorerkrankungen. *Wissenswertes für Menschen mit Diabetes (mit Insulin)*. Unveröffentlichte Patienteninformation, Stand 2009.
- Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., & Petrak, F. (2009). Psychosoziales und Diabetes mellitus. Praxis-Leitlinien der Deutschen Diabetes-Gesellschaft (DDG). *Diabetologie und Stoffwechsel*, 4(Supplement 2), S113–S200.
- Kulzer, B., Krichbaum, M., & Hermanns, N. (2008). Diabetes mellitus: Therapeutische Konzepte zur Reduktion von Barrieren des Selbstmanagements. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 21(82), 265–276.
- Kulzer, B., Hermanns, N., Maier, B., Haak, T. & Reinecker (2006). *Typ-2-Diabetes selbst behandeln. Medias 2 Patientenhandbuch*. (5. Aufl.) Mainz: Kirchheim,.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Liebeck, H. (2005). Problemlösetraining. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (5. Aufl.) (S. 238-244). Heidelberg: Springer.
- Ludman, E. J., Russo, J. E., Katon, W. J., Simon, G. E., Williams, L. H., Lin, E. H. B., ... Young, B. A. (2010). How does change in depressive symptomatology influence weight change in patients with diabetes? Observational results from the Pathways longitudinal cohort. *Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 65(1), 93–98.
- Matthaei, S., & Häring, H. U. (2008). Behandlung des Diabetes mellitus Typ 2. *Diabetologie*, 3(Suppl. 2), S157–S161.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). *Motivierende Gesprächsführung* (3. Auflage). Freiburg i. Brsg.: Lambertus.
- Odegard, P., & Gray, S. (2008). Barriers to medication adherence in poorly controlled diabetes mellitus. *The Diabetes Educator*, 34(4), 692-7.

- Pastors, J. G., Warshaw, H., Daly, A., Franz, M., & Kulkarni, K. (2002). The evidence for the effectiveness of medical nutrition therapy in diabetes management. *Diabetes Care*, 25(3), 608–613.
- Prior, M. (2009). *MiniMax-Interventionen*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
- Rhee, M. K., Slocum, W., Ziemer, D. C., Culler, S. D., Cook, C. B., El-Kebbi, I. M., ... Phillips, L. S. (2005). Patient adherence improves glycemic control. *The Diabetes Educator*, 31(2), 240–250.
- Rief, W. & Nanke, A. (2003). Psychologische Grundkonzepte der Verhaltensmedizin in U. Ehlert (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (S. 95–132). Berlin: Springer
- Schandry, R. (1998). *Lehrbuch der Psychophysiologie*: Weinheim: Psychologische Verlags Union
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens : Einführung in die Gesundheitspsychologie* (3. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behavior change: how to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 1–29.
- Snoek, F. J., & Skinner, T. C. (2002). Psychological counselling in problematic diabetes: does it help? *Diabetic Medicine: A Journal of the British Diabetic Association*, 19(4), 265–273.
- Techniker Krankenkasse (2008). *Depression. Eine Information für Patienten und Angehörige* (1. Auflage). Abgerufen am 23.3.2010 von <http://www.tk-online.de/tk/broschueren-und-mehr/patienteninformationen/depression/49282>
- Tewes U., & Schedlowski, M. (1994). Gesundheitspsychologie: Die psychobiologische Perspektive In: P. Schwenkmezger & L. R. Schmidt (Hrsg.), *Lehrbuch der Gesundheitspsychologie* (S. 9–28). Stuttgart. Enke.
- Thiebaud, P., Demand, M., Wolf, S. A., Alipuria, L. L., Ye, Q., & Gutierrez, P. R. (2008). Impact of disease management on utilization and adherence with drugs and tests. *Diabetes Care*, 31(9), 1717–1722.

Thomas, D. E., Elliott, E. J., & Naughton, G. A. (2006). Exercise for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3*, Art. No.: CD002968.
DOI:10.1002/14651858.CD002968.pub2

Toeller, M., & et al? (2005). Evidenz-basierte Ernährungsempfehlungen zur Behandlung und Prävention des Diabetes mellitus. *Diabetes und Stoffwechsel, 14*, 75–94.

Willson, R. & Branch, R. (2007). *Kognitive Verhaltenstherapie für Dummies* Weinheim: Wiley.