

**Wahlfach Vorklinik**  
**Der mündige Patient- Selbstmanagement in der Patientenversorgung**  
**Fallaufgabe:**  
**Selbstmanagement bei Diabetes**

**Sabrina Germann**

geboren 06.08.1982 in Essen

Matrikelnummer: 11412441

Anschrift Privat:

Dorfstr. 37B, Sachrang, 83229 Aschau

Anschrift Geschäftlich:

Praxis für Mind-Body-Medizin und Neurofeedback

Landsberger Str. 367

80687 München

Telefon: 0049-8057-904711

Telefax: 0049-8057-904713

Mobil: 0049-172-7537202

[sabrina\\_germann@t-online.de](mailto:sabrina_germann@t-online.de)

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>Einführung</b>	Seite 3
<b>Grafik 1:</b> Verbreitung von Diabetes Mellitus Typ 2 gemäß unterschiedlichen Studien	
<b>Selbstmanagement</b>	
- Definition	Seite 4
- Ziele und Zielgruppe	Seite 4
- Inhalte der Intervention	Seite 5
<b>Projekt</b>	
- Selbstmanagement bei Diabetes	Seite 5
- Programminhalt: Patientenedukation und Erwerb von Fertigkeiten	Seite 6
<b>Grafik 2:</b> Verlauf soziodemographischer und medizinisch-physiologischer Daten zu Beginn und 1 Jahr nach Schulung	
- Programmelement 1: Erweiterte Gruppensitzungen	Seite 7
- Programmelement 2. Einzelberatung per Hausbesuch	Seite 8
- Umsetzung in der Praxis und Aufrechterhaltung des Erfolges	Seite 8
<b>Abschluss</b>	Seite 9
<b>Literaturverzeichnis</b>	Seite 10

## Einführung

Laut dem Deutschen Gesundheitsbericht Diabetes 2017 liegt Deutschland im europäischen Vergleich mit einer absoluten Anzahl von 6,5 Mio. Menschen mit Diabetes Mellitus an zweiter Stelle<sup>1</sup>. Mit einem Anteil von über 95 Prozent dürften die meisten Betroffenen an einem Typ-2-Diabetes erkrankt sein. In Deutschland beträgt laut dem Deutschen Gesundheitsbericht die Zunahme des Diabetes seit Beginn des Jahrtausends etwa 40 Prozent<sup>2</sup>. Diabetes ist Hauptursache für Dialysepflichtiges Nierenversagen und stellt einen Risikofaktor für Amputationen und kardiovaskuläre Komplikationen dar. Laut dem Deutschen Gesundheitsbericht ist der Anteil der an Diabetes Typ II Erkrankten in Deutschland abhängig von der Studie in etwa 7-8% der Gesamtbevölkerung<sup>3</sup>. Die Dunkelziffer beträgt in etwa 2-3% der Gesamtbevölkerung (siehe Grafik 1). Pro Jahr erkranken in etwa 270.000 Personen der älteren deutschen Bevölkerungsschicht. Die relative Zunahme der Diabetesprävalenz fiel bei den Männern mit 49 Prozent stärker aus als bei den Frauen mit 30 Prozent.<sup>4</sup>

Prävalenz des Typ-2-Diabetes in unterschiedlichen Studientypen					
Studie	Zeitraum	Kennzeichen	Altersgruppe (Jahre)	N	Diabetesprävalenz
DEGS1	2012	Nationale Bevölkerungsstichprobe. Ärztl. Diabetesdiagnose oder Antidiabetika (Selbstangaben); HbA <sub>1c</sub>	18–79	7.080	7,2%* be- kannter DM 2,1% unbe- kannter DM
DIAB-CORE	2012	Metaanalyse bevölkerungs- bezogener Regionalstudien	45–74	11.082	8,6%*
GEDA	2010	Nationaler Telefonsurvey	18+	22.050	8,6%
TK	2013	Alle zwischen 2006 und 2008 durchgängig Ver- sicherten der Techniker Krankenkasse	0+	5,34 Mio.	4,7% zwei Diagnosen in mind. zwei Quartalen (5,8% im Alter ab 20) 6,5% mind. eine Dia- gnose
KORA (S4) Region Augsburg	1999– 2001	Regionale Bevölkerungs- stichprobe. Validierte Diabetesdia- gnose oder Antidiabetika, Untersuchung mit oGTT	55–75	1.353	8,4% be- kannter DM (8,7% *) 8,2% unbe- kannter DM
KORA (F4) Region Augsburg	2006– 2008	Regionale Bevölkerungs- stichprobe. Validierte Diabetesdiagnose oder Antidiabetika, Untersuchung mit oGTT	35–59	1.653	2,2% be- kannter und 2,0% unbe- kannter DM

Abkürzungen: DEGS = Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland; KORA = Kooperative Gesundheitsforschung in der Region Augsburg; DIAB-CORE = Diabetes Collaborative Research of Epidemiologic Studies; TK = Techniker Krankenkasse; GEDA = Gesundheit in Deutschland aktuell (RKI); DM = Diabetes mellitus; oGTT = oraler Glukosetoleranztest.  
\*Diabetesprävalenz standardisiert auf die deutsche Standardbevölkerung.

### *Verbreitung von Diabetes Mellitus Typ 2 gemäß unterschiedlichen Studien (Quelle: Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016, Seite 11<sup>5</sup>)*

Als Hauptursache für die Zunahme der an Diabetes Typ II erkrankten Personen ist Bewegungsmangel und Übergewicht durch falsche Ernährung zu nennen<sup>6</sup>. Dementsprechend spielen regelmäßiger Sport und eine Ernährungsumstellung sowohl bei der Prävention als auch bei der Behandlung des Diabetae Melliti Typ II eine wichtige Rolle. Als weitere Risikofaktoren für einen Diabetes Mellitus Typ II sind genetische Komponenten oder die Einnahme von Medikamenten zu sehen, die den

1 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes, 2017, Seite 5

2 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes, 2016, Seite 5

3 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes, 2016, Seite 9

4 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes, 2016, Seite 10

5 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes, 2016, Seite 11

6 [www.diabetes-deutschland.de](http://www.diabetes-deutschland.de)

Zuckerstoffwechsel beeinflussen (z.B. Kortison oder bestimmte Psychopharmaka)<sup>7</sup>. Des Weiteren werden eine starke Stressbelastung am Arbeitsplatz, die Folgen vom posttraumatischen Stress<sup>8</sup>, Lärm<sup>9</sup> oder Schadstoffe in der Umwelt als Ursache diskutiert<sup>10</sup>.

Eine Sonderform des Diabetes Typ II stellt der Gestationsdiabetes dar, der bei weniger als 1% bis 20% aller Schwangerschaften auftritt<sup>11</sup>. Auch hier sind als Hauptursache eine starke Gewichtszunahme in der Schwangerschaft durch kohlenhydratreiche Ernährung und Bewegungsmangel zu sehen. Schwangere die an Gestationsdiabetes erkranken, haben nach der Schwangerschaft ein erhöhtes Risiko einen Diabetes Typ II zu entwickeln.

### **Selbstmanagement – Definition**

Aufgrund der hohen Belastungen für die erkrankten Personen und den daraus resultierenden Kosten für das Gesundheitssystem, ist es erforderlich, Programme zu erstellen, die betroffene Personen unterstützen, ihren Blutzuckerspiegel bei gleichzeitig hoher Lebensqualität zu kontrollieren. Laut dem Artikel „situierete Gesundheitsförderung“<sup>12</sup> erzielen „die meisten Interventionsmaßnahmen im Bereich der Gesundheitsförderung ... oftmals nicht die gewünschten nachhaltigen Verhaltensänderungen der daran teilnehmenden Personen. Daher ist aus pädagogischer Sicht die Berücksichtigung aktueller methodisch-didaktischer Prinzipien unabdingbar.“ Ein aktuelles Prinzip ist die Selbstmanagement-Intervention. Selbstmanagement ist die Fähigkeit, seine eigene Entwicklung zu gestalten<sup>13</sup>. Selbstmanagement-Interventionen wenden daher Arbeitstechniken aus dem Management, der Psychologie und der persönlichen Führung an um die eigene Motivation zu erhöhen, eigene Ziele zu definieren und diese besser zu erreichen<sup>14</sup>. Jeder betreibt Selbstmanagement, aber es gibt auch dysfunktionales Selbstmanagement<sup>15,16</sup>. Da Selbstmanagement eine trainierbare Fähigkeit ist, kann durch Lernprozesse die eigene Selbstmanagement-Fähigkeit verbessert werden.

### **Selbstmanagement – Ziele und Zielgruppe**

Ziele der Selbstmanagementintervention sind grundsätzlich daran geknüpft, die Ressourcen des Patienten so zu stärken, dass die Person in der Lage ist, sich Ziele zu setzen, die sinnvoll und erreichbar sind<sup>17,18</sup>. Zur Ressourcenstärkung gehört, der Person zu helfen, eine Strategie (Plan) für die Umsetzbarkeit zu erarbeiten, und ihm zu helfen, diesen konsequent umzusetzen. Um dies erreichen zu können, müssen regelmäßige Erfolgskontrollen durchgeführt und Maßnahmen zur Effizienzsteigerung erarbeitet werden. Grundsätzlich eignet sich Selbstmanagement für alle Personen die

---

7 Pharmazeutische Zeitung Ausgabe 18/2012

8 Lukaschek, Baumert, Kruse 2013

9 Greiser, Glaeske, Gesundheitswesen 2013

10 [www.diabetes-deutschland.de](http://www.diabetes-deutschland.de)

11 [www.diabetes-heute.uni-duesseldorf.de](http://www.diabetes-heute.uni-duesseldorf.de)

12 Pieter 2010

13 Wikipedia: Selbstmanagement

14 Wikipedia: Selbstmanagement-Therapie

15 Karoly 1993, zitiert nach Frayne & Geringer, 2000

16 Wikipedia: Selbstmanagement

17 Berger 2007

18 Wikipedia: Selbstmanagement

keine gravierenden kognitiven Einschränkungen wie z.B. Demenz haben. Die Zielgruppe für die Programmeinführung ist eine eher ländliche, sozial schwache Gegend. Deshalb muss bei der Selbstmanagement-Intervention besonders auf das Alter und den Bildungsgrad der Patienten eingegangen und das Interventionsprogramm angepasst werden.

### **Selbstmanagement – Inhalte der Intervention**

Trotz ungünstiger Verhältnisse bleiben viele Menschen gesund und erkranken nicht. Aufgrund dieser Feststellung besteht das Bemühen, herauszufinden, welche Faktoren zu einer Erkrankung führen. Antonovsky (1993)<sup>19</sup> erklärte nach dem Konzept der Salutogenese, dass Gesundheit und Krankheit zwei unabhängige Faktoren sind, woraus sich schlussfolgern lässt, dass Gesundheitsförderung etwas anderes ist als nur die Reduzierung von Krankheit. Im salutogenetischen Konzept werden zwei Kernstücke für die Erhaltung von Gesundheit betont: Die Widerstandsressourcen und der Kohärenzsinn. Laut Antonovsky werden diese wie folgt definiert:

„Zu den **Widerstandsressourcen** gehören alle Fähigkeiten mit Stressoren gut umgehen zu können. Zum **Kohärenzsinn** gehört das Gefühl die Welt um sich herum zu verstehen, mit den vorhandenen Ressourcen gut umgehen zu können und dem Leben einen Sinn geben zu können. Im Rahmen der Selbstmanagement-Intervention sollen daher Die Fähigkeiten gestärkt werden, mit Stress gut umgehen zu können, insbesondere soll durch Patientenedukation die Belastung durch die Erkrankung reduziert werden und der Erwerb von Fertigkeiten soll die Ressourcen stärken um das Gefühl der Kontrollierbarkeit zu erhalten.“

### **Projekt – Selbstmanagement bei Diabetes**

Dieses Selbstmanagement-Interventionsprogramms wird evaluiert, indem untersucht wird, ob bei einer Vergleichsgruppe mit Diabetes Mellitus Typ II bessere Ergebnisse bezüglich HbA1c, BMI und subjektiv empfundener Lebensfreude als bei bisher durchgeführten Programmen erzielt werden können, wenn eine zusätzliche Nachbetreuung in der Gruppe erfolgt. Darüber hinaus wird untersucht und evaluiert, inwieweit noch bessere Ergebnisse durch zusätzlich mindestens einem Hausbesuch gegenüber der oben genannten anderen Vergleichsgruppe nur mit Nachbetreuung in der Gruppe erzielt werden können.

Ein bereits vorhandenes Selbstmanagement Interventionsprogramm bei Diabetes, das LINDA Programm („Lebensnah-Interaktiv-Neu-Differenziert-Aktivierend“) <sup>20</sup> hat gute Ergebnisse im Vergleich zu anderen Interventionsprogrammen, wie z.B. das MEDIAS-Programm der Bad Mergentheimer Gruppe erzielt<sup>21</sup>. (siehe Grafik 2). LINDA wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung im Zusammenschluss mit diabetologischen Gemeinschaftspraxen in Bayern durchgeführt und evaluiert. Laut Angaben bei der Evaluation von LINDA führt dieses „zu einer individuellen Verbesserung der Lebens- und Behandlungsqualität von Menschen mit Diabetes durch Vermittlung von Wissen, Fertigkeiten und Behandlungsmöglichkeiten, sowie der Motivation zum selbstverantwortlichem Handeln, zur Bewältigung von Krankheitserleben und Schuldgefühlen und zur Verhaltensmodifikation unter Beachtung persönlicher Ziele und Bedürfnisse.“ Darüber hinaus ist es „ein modular aufgebautes Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-1 und Typ-2-Diabetes.“

---

19 Kessler, 2014

20 [www.linda1.de](http://www.linda1.de) Stand 20.06.2017

21 LINDA Evaluation Seite 2

Studie	Typ 2						Typ 2 mit Insulin						Typ 1					
	Pilotstudie				Multizenter		Pilotstudie				Multizenter		Pilotstudie				Multizenter	
Schulungsart	LINDA		ZI T2 ohne		LINDA		LINDA		ZI T2 Insulin		LINDA		LINDA		ZI T1		LINDA	
Dropout n / %	2	1,1	3	4,6	2	1,7	2	1	3	2,3	2	1,6	2	1,6	2	2	1	1,7
Untersuchungszeitpunkt t	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1	t0	t1
Anzahl n	189	187	65	62	120	118	191	189	132	129	126	124	126	124	102	100	58	57
Alter in Jahren	63,5		65,4		61,4		65,7		67,3		63,8		55,9		51,8		47,3	
Diabetesdauer in Jahren	8,1		9,5		8		13,3		14,9		13		14,7		15,4		15	
Hba1c	7,67	6*	7,85	6,96*	7,4	6,4*	8,46	6,53*	8,95	7,5*	8,5	6,96*	8,32	6,6*	8,22	7,43*	8,5	6,69*
BMI	30,7	30,07*	31,2	31,9*	31,7	30,7*	31,9	32,46*	32,24	33,08*	31	31,2	26,99	27,36*	26,72	27,42*	26,8	27,2
Triglyceride	209	156,9*	247	209**			239	180*	217	186*			181	129*	179	142		
Cholesterin	223	195*	222	217*			227	202*	226	210,1*			209	195,4**	204	199		
RR systolisch	144	133*	145	141**	145	135*	143,7	136,5*	145,5	138*	144,5	136*	137,5	132*	134,9	133	136	127,5*
RR diastolisch	84,1	79,9*	83,8	80**	85	81*	81,6	79*	83	79*	82	78*	81,3	78*	79	78	80	75*
Mikroalbuminurie	12,6	7,13*	13,89	9,4*			21,6	13*	25,4	15,8*			12,7	6,9*	14,6	11		
Hypoglykämieinzidenz	0,005	0	0	0	0	0	0,0053	0	0,078	0	0,04	0**	0,016	0	0,06	0,01	0,1	0**

Tab.:1 Verlauf soziodemographischer und medizinisch-physiologischer Daten zu Beginn (t0) und 1 Jahr nach Schulung (t1) , Einheiten im Text

**Grafik 2: Verlauf soziodemographischer und medizinisch-physiologischer Daten zu Beginn (t0) und 1 Jahr nach Schulung (t1), Einheiten im Text (Quelle: LINDA Evaluation, Seite 7<sup>22</sup>)**

In dem neu zu evaluierenden Projekt soll das Konzept von LINDA in der Gruppenschulung nach Diagnosestellung übernommen und durch im Anschluss an die Grundschulung stattfindende Nachtreffen der Gruppe ergänzt werden, sowie mit Einzelberatung im Hausbesuch. Dazu werden bei allen Grundschulungsprogrammen die Teilnehmer in 2 Gruppen eingeteilt. Bei beiden Gruppen findet das erste Nachtreffen 3 Monate, das zweite 6 Monate und das dritte 1 Jahr nach Diagnosestellung statt. Bei den Nachtreffen werden offene Fragen der Teilnehmer besprochen. Gefördert werden soll unter anderem ein Gruppenzusammenhalt, der zu einer verstärkten Motivation der Teilnehmer führen soll. Des Weiteren findet bei der zweiten Gruppe nach Grundschulung und vor dem ersten 3-monatigen Treffen ein Hausbesuch des Kursleiters statt, bei dem noch einmal auf die Einzelproblematiken des Patienten eingegangen wird. Bei Bedarf können bei dieser Vergleichsgruppe weitere Hausbesuche durchgeführt werden, wenn der Patient dies wünscht. Beide Gruppen können jederzeit einen Einzeltermin bei Ihrer Diabetesberaterin in der diabetologischen Praxis in Anspruch nehmen. Die diabetologischen Gruppenschulungen, die Einzelberatungen und die Hausbesuche sollen von einer Ansprechpartnerin und einer ernannten Vertretung erfolgen, um eine Vertrauensbasis aufbauen zu können. Beide Personen sollen sich in der Gruppenschulung vorstellen. Die gleichzeitige ärztliche Behandlung erfolgt nach bestehenden Leitlinien.

**Projekt – Programminhalt: Patientenedukation und Erwerb von Fertigkeiten**

Im Programminhalt werden besonders die zwei Hauptkomponenten von Selbstmanagementintervention berücksichtigt, nämlich die Patientenedukation (Information, Beratung, Schulung und Moderation)<sup>23</sup> inklusive der Sicherung der langfristigen Betreuung in Verbindung mit dem Aufbau einer Vertrauensbasis, sowie der Erwerb von Fertigkeiten (erlernter Teil des Verhaltens)<sup>24</sup> unter anderem durch individualisierte Information und Training berücksichtigt. Besonders viel Wert wird auf

22 LINDA Evaluation Seite 7  
 23 Patientenedukation.de  
 24 Wikipedia: Fertigkeit

die Beachtung geschlechtsunterschiedlicher Besonderheiten beim Erwerb von Fertigkeiten gelegt, da der Hauptanteil der Betroffenen, wie bereits beschrieben, Männer sind. Unter anderem sind dies, laut Altgeld <sup>25</sup>, der „Abschied von Inszenierungen und der Konstruktion der Männerrolle, Reden lernen (auch mit Geschlechtsgenossen), Ausdruck von Emotionen (auch weichere), Verarbeitung von Verletzungen, Traumata, Rollenverlusten, Trennungsverarbeitung Neudefinition von männlicher Stärke und die Sensibilisierung für die eigene Person, für andere und die Umwelt“.

Aus dem LINDA Programm wird eine psychologische Herangehensweise übernommen, die sich wesentlich von anderen Programmen unterscheidet. Diese wird im LINDA Programm wie folgt beschrieben: „Es wird davon ausgegangen, dass adipöse Menschen [, da ja Adipositas, wie bereits beschrieben, eine Hauptursache von Diabetes ist,] meist unliebsame Erfahrungen mit der Gewichtsreduktion haben. Häufig liegen auch schon seelische Konflikte mit vermindertem Selbstwertgefühl, Versagensangst und Problemverleugnung vor. Sie gehen einer direkten Konfrontation mit ihrer Adipositas aus dem Weg, reagieren gereizt oder abweisend. Insbesondere Menschen mit Typ-2- Diabetes erfahren zudem aus ihrem Umfeld oft Schuldzuweisungen, sie hätten ein ungesteuertes Essverhalten und seien nur deshalb an Diabetes erkrankt. Um die Betroffenen wieder für eine aktive positive Einstellung zur Bewältigung des Adipositasproblems zu gewinnen, werden die Betroffenen bewusst nicht auf ihr Gewicht angesprochen oder in der Gruppe Gewichtsvermessen. Es wird ihnen ein pathophysiologisches Erklärungsmodell angeboten: die Entwicklung der Resistenz (...) sei angeboren. (...) Die Patienten können daraus eine Kausalkette erkennen, die sie von Schuldgefühlen befreit.“<sup>26</sup> In einer eigens durchgeführten Befragung zu besonderen Belastungsfaktoren bei der Diagnose des Typ II Diabetes wurde unter anderem die Vermittlung von Schuldgefühlen angesprochen. Genau auf diese Problematik wird durch die Betonung genetischer Ursachen eingegangen.

### **Projekt – Programmelement 1: Erweiterte Gruppensitzungen**

Langfristige Betreuung und der Aufbau einer Vertrauensbasis sollen durch die Gruppensitzungen mit anschließenden Nachtreffen der Gruppe erreicht werden. Bei den Gruppensitzungen soll die Selbstmanagementfähigkeit der Patienten in den Bereichen Ernährung, Entspannung, Bewegung, kognitive Neuorientierung und der notwendigen medizinischen Behandlung erreicht werden. Nach den Vorgaben des Bundesversicherungsamtes/BVA und der deutschen Diabetesgesellschaft DDG/DE umfassen die Schulungen für Typ II-Diabetiker ohne Insulin 4 Doppelstunden, mit Insulin und mit basalunterstützender oraler Therapie (BOT) 5 Doppelstunden und mit Insulin und mit Supplementärer Insulintherapie (SIT) 6 Doppelstunden<sup>27</sup>. Die betroffenen Patienten werden den entsprechenden Gruppen zugeteilt und durchlaufen, wie bisher, das Schulungsprogramm gemeinsam. Ergänzend werden nun im Anschluss nach 3-monatiger, 6-monatiger und 12-monatiger Dauer erneut die Patienten durch den gleichen Schulungsleiter zu einer doppelstündigen Gruppensitzung eingeladen.

Zum Material gehört das LINDA Schulungshandbuch mit detaillierter Beschreibung aller Grob- und Feinziele, Folien, Unterrichtskarten, 84 farbige magnetische Modellteile und eine umfangreiche Anwendungshilfe für Schulungskräfte. Die Patienten erhalten

---

25 Altgeld 2016

26 LINDA Evaluation Seite 5

27 [www.linda1.de](http://www.linda1.de), Stand 23.06.2017

darüber hinaus ein Patientenbuch. LINDA nutzt magnetische Modellteile unter anderem von Organen, die für die Patientenedukation sehr Hilfreich sind. Für den Erwerb von Fertigkeiten werden unter anderem die PEN-Handhabung mit einem Puzzle zum Sortieren und speziellen PENS zur Vorführung wiederholt und gefestigt. Diese Kursmaterialien sind als Gesamtpaket für die Berater käuflich erhältlich<sup>28</sup>. Eine darüber hinaus gewährte Fahrtkostenerstattung von Tickets für öffentliche Verkehrsmittel, oder eine Kilometerpauschale von 0,3 Euro pro gefahrenen Kilometer zu den Schulungen nimmt Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse von Menschen mit niedrigem Einkommen.

### **Projekt – Programmelement 2: Einzelberatung per Hausbesuch**

Die Patientenautonomie soll durch Einzelberatung per Hausbesuch und der Vermittlung von individualisierter Information weiter gefördert werden. In der Gruppe ist es nicht möglich, intensiv auf individuelle Probleme, wie psychologische Begleiterkrankungen, diätbedingte Heißhungerattacken oder finanzielle Schwierigkeiten bei der Umsetzung des Diätprogramms einzugehen. Oft werden solche Probleme in der Gruppe aus Scham verschwiegen und verhindern so den Erfolg des Programms<sup>29</sup>. Im Rahmen des Projekts soll daher untersucht werden, inwieweit eine Einzelbetreuung der neu an Diabetes Typ II Erkrankten zu Hause möglich und zielführend ist. Berücksichtigt werden soll hierbei die insbesondere durch den sozial schwachen Status der Zielgruppe notwendige intensivierete Patientenaufklärung, da Menschen in diesen Gegenden im Durchschnitt ein niedrigeres Bildungsniveau haben<sup>30</sup>.

Auch bei dem Erwerb von nötigen Fertigkeiten kann bei einem Hausbesuch individueller auf die besonderen Bedürfnisse des Patienten eingegangen werden. Dem Berater fallen im privaten Umfeld eher Dinge auf, die in der Beratung in der Praxis nicht thematisiert werden. Dazu gehören unter anderem hygienische Zustände in der Wohnung, besondere Stressbelastung durch Lärm und Schadstoffe, wie Zigarettenrauch.

### **Programm – Umsetzung in der Praxis und Aufrechterhaltung des Erfolges**

Für das Projekt sollen die teilnehmenden Praxen der LINDA Multizenter Studie eingebunden werden. Die Praxen verfügen bereits über Grundkenntnisse und Infrastruktur um die die Grundschulungen durchzuführen. Ein erneutes „*Train the Trainer*“ Seminar soll auf die neuen Bestandteile aufmerksam machen und die Umsetzungsmöglichkeiten näherbringen. An dem LINDA Programm haben achtzehn Studienzentren, überwiegend bayrische Schwerpunktpraxen, an einem eintägigen „*Train the Trainer*“-Seminar teilgenommen, fünfzehn davon an der Auswertung.<sup>31</sup>

Der Zeitraum des Programmes beträgt 1 Jahr. Aktuelle wissenschaftliche Studien belegen, dass Programme zur Verhaltensänderung ohne eine kontinuierliche Betreuung und unter 12 Monaten Dauer weniger effektiv und weniger nachhaltig sind<sup>32</sup>. Im Rahmen der LINDA Multizenter Studie war es möglich, im ersten Halbjahr 2002

---

28 [www.linda1.de](http://www.linda1.de), Stand 23.06.2017

29 Ärzteblatt, Sonnenmoser 2003

30 [www.familie-und-tipps.de](http://www.familie-und-tipps.de)

31 LINDA Evaluation Seite 9

32 IGM-Campus 2014

insgesamt 304 Patienten (LSM) einzuschließen, Wie in der Pilotstudie wurden drei Untergruppen gebildet, Typ-I-Diabetiker mit LS(T1LSM), Typ-II-Diabetiker mit LS (T2LSM) und insulinbehandelte Typ-II-Diabetiker mit LS (T2INLSM). Eine Kontrollgruppe wurde nicht erstellt.<sup>33</sup> Man kann aufgrund der aktuellen Neuerkrankungsrate davon ausgehen, dass innerhalb 6 Monaten erneut die gleiche Anzahl an Studienteilnehmer eingeschlossen werden kann. Die Gruppenaufteilung soll identisch sein, jedoch werden diese Gruppen nochmal in zwei Vergleichsgruppen aufgeteilt, so dass 50% aus allen teilnehmenden Gruppen zusätzlich mindestens einen Hausbesuch erhalten. Nach Abschluss des Programms, werden alle Patient leitliniengerecht weiterhin in der diabetologischen Praxis versorgt. Bei Bedarf werden Einzelberatungen durchgeführt. Gruppenschulungen können bei Veränderungen der Medikamentösen Behandlung oder Begleiterkrankungen erneut durchgeführt werden.

## **Abschluss**

Dieses Programm entspricht den Grundsätzen des Patient Empowerments, da die bereits erläuterten Komponenten in einem Gesamtkonzept Kenntnisse über die Erkrankung, deren Auswirkungen auf verschiedene Lebensbereiche sowie diesbezügliche Handlungsoptionen vermitteln und dabei dem Patienten helfen, die Rolle eines aktiven „ Krankheitsmanagers“ zu übernehmen und informierte Entscheidungen für sein Leben zu treffen.<sup>34</sup>

Probleme in Hinblick auf die Umsetzung ergeben sich daraus, dass sowohl für den Berater große Distanzen für die Hausbesuche zu fahren sind. Auch Patienten die in eher ländlichen Gegenden wohnen müssen oft weit fahren, um zur Gruppensitzung zu kommen. Bei signifikanten Erfolg gegenüber anderen Maßnahmen bei der Vergleichsgruppe mit dem Hausbesuch kann daher in weiteren Studien untersucht werden, inwieweit telemedizinische Maßnahmen den gleichen Erfolg verzeichnen. Hierbei muss jedoch berücksichtigt werden, dass in einer eher ländlichen und sozial schwachen Gegend womöglich die telemedizinischen Produkte, wie z.B. Laptop, Smartphone etc. zur Verfügung gestellt werden müssten. Hierbei kann überprüft werden, inwieweit ein weitergehenderer telemedizinischer Ansatz, wie die Führung eines digitalen Diabetes-Tagebuchs und Übermittlung der medizinischen Parameter an die behandelnde diabetologische Praxis zu noch besseren Ergebnissen und größerer Selbstbestimmtheit führt, so wie dies ähnlich wie beim „Gesundheitsdialog Diabetes“ in Österreich durchgeführt wurde<sup>35 36</sup> und laut Betreibern zu mehr Selbstbestimmung führt. Ein weiteres Problem in Hinsicht auf die Umsetzung ist, dass die LINDA Projekt-Hersteller der Veränderung in der Grundausbildung und der Erweiterung durch die weiterführenden Maßnahmen aus Copyright-Gründen zustimmen müssen.

Die Programmevaluierung erfolgt anhand der Parameter BMI, subjektiv empfundene Lebensqualität (körperliche Beschwerden, psychische Verfassung, Funktionsfähigkeit in Alltag, Ausübung sozialer Rollen)<sup>37</sup> und HbA1c. Diese Parameter ermöglichen einerseits einen guten Vergleich zu anderen Studien zu Selbstmanagementintervention bei Diabetes und geben andererseits eine schnelle Rückmeldung zum Erfolg des Programms.

---

33 LINDA Evaluation Seite 9

34 Küver 2008

35 [www.ge-breitenstein.at](http://www.ge-breitenstein.at)

36 [www.ait.ac.at](http://www.ait.ac.at)

37 Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie

## Literaturverzeichnis

- 1 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2017, Seite 5 Stand: 25.06.17  
[http://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht\\_2017.pdf](http://www.diabetesde.org/system/files/documents/gesundheitsbericht_2017.pdf)
- 2 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016, Seite 5 Stand 26.06.17  
[https://www.diabetesde.org/system/files/documents/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs\\_und\\_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht\\_2016.pdf](https://www.diabetesde.org/system/files/documents/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht_2016.pdf)
- 3 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016, Seite 9 Stand 26.06.17  
[https://www.diabetesde.org/system/files/documents/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs\\_und\\_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht\\_2016.pdf](https://www.diabetesde.org/system/files/documents/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht_2016.pdf)
- 4 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016, Seite 10 Stand 26.06.17  
[https://www.diabetesde.org/system/files/documents/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs\\_und\\_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht\\_2016.pdf](https://www.diabetesde.org/system/files/documents/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht_2016.pdf)
- 5 Deutscher Gesundheitsbericht Diabetes 2016, Seite 11 Stand 26.06.17  
[https://www.diabetesde.org/system/files/documents/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs\\_und\\_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht\\_2016.pdf](https://www.diabetesde.org/system/files/documents/fileadmin/users/Patientenseite/PDFs_und_TEXTE/Infomaterial/Gesundheitsbericht_2016.pdf)
- 6 <http://www.diabetes-deutschland.de/archiv/4536.htm> Stand 04.07.2017
- 7 Pharmazeutische Zeitung, 18/2012, Nebenwirkung Diabetes, Stand 26.06.17  
<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=41783>
- 8 Lukaschek K, Baumert J, Kruse J et al. KORA Investigators. Relationship between posttraumatic stress disorder and type 2 diabetes in a population-based cross-sectional study with 2970 participants. J Psychosom Res. 2013; 74: 340 – 5
- 9 Greiser E, Glaeske G. Soziale und ökonomische Folgen nächtlichen Fluglärms im Umfeld des Flughafens Frankfurt/Main. Gesundheitswesen 2013; 75: 127 – 33
- 10 <http://www.diabetes-deutschland.de/archiv/4536.htm> Stand 04.07.2017
- 11 <http://www.diabetes-heute.uni-duesseldorf.de/fachthemen/schwangerschaft/?TextID=1447> Stand 04.07.2017
- 12 Prävention und Gesundheitsförderung 2 · 2010 Konzepte der Gesundheitsförderung, Pieter 2010 Seite 101
- 13 <https://de.wikipedia.org/wiki/Selbstmanagement> Wikipedia Stand 26.06.2017
- 14 <https://de.wikipedia.org/wiki/Selbstmanagement-Therapie>: Stand 04.07.2017
- 15 Karoly 1993, zitiert nach Frayne & Geringer, 2000
- 16 <https://de.wikipedia.org/wiki/Selbstmanagement-Therapie> Stand 28.06.2017
- 17 Berger, A. et al., Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation, in: Progress in Neurobiology 82 (2007), 256-286
- 18 <https://de.wikipedia.org/wiki/Selbstmanagement-Therapie> Stand 28.06.017
- 19 Kessler, 2014 Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie Seite 48

20 [www.linda1.de](http://www.linda1.de) Stand 19.06.2017

21 Evaluation der LINDA Diabetes Selbstmanagementschulung, Krakow, Feulner-Krakow, Giese, Osterbrink 2004, Seite 2

22 Evaluation der LINDA Diabetes Selbstmanagementschulung, Krakow, Feulner-Krakow, Giese, Osterbrink 2004, Seite 7

23 <http://patientenedukation.de/themen/patientenedukation> Stand 28.06.2017

24 <https://de.wikipedia.org/wiki/Fertigkeit> Stand 04.07.2017

25 Altgeld 2016, Das Konzept Diversity- Zugangswege zu Männern

26 Evaluation der LINDA Diabetes Selbstmanagementschulung, Krakow, Feulner-Krakow, Giese, Osterbrink 2004, Seite 5

27 [www.linda1.de](http://www.linda1.de) Stand 19.06.2017

28 <https://schulungen.linda1.de/product/linda-modellteile/> Stand 23.06.2017

29 Ärzteblatt, Sonnenmoser 2003 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/38777/Offenheit-in-der-Therapie-Wesentliches-haeufig-ungesagt> Stand 04.07.2017

30 Sozial schwache Familien auch im Thema Bildung benachteiligt <https://www.familie-und-tipps.de/Blog/aktuelles-saisonales/sozial-schwache-familien-bildung-001489.html> Stand 04.07.2017

31 Evaluation der LINDA Diabetes Selbstmanagementschulung, Krakow, Feulner-Krakow, Giese, Osterbrink 2004, Seite 9

32 Kompetenzzentrum für Komplementärmedizin und Naturheilkunde Univ.-Prof. Dr. med. Dieter Melchart, IGM- Campus [http://www.bad-koetzing.de/fileadmin/user\\_upload/bad\\_koetzing/tourismus/download/IGM\\_Imagebrochure.pdf](http://www.bad-koetzing.de/fileadmin/user_upload/bad_koetzing/tourismus/download/IGM_Imagebrochure.pdf) Stand 04.07.2017

33 Evaluation der LINDA Diabetes Selbstmanagementschulung, Krakow, Feulner-Krakow, Giese, Osterbrink 2004, Seite 9

34 Beratung und Schulung von Menschen mit chronischen Krankheiten, Küver, Becker, Lüdt 2008, Seite 472

35 <http://www.ge-breitenstein.at/e-health/gesundheitsdialog-diabetes> Stand 04.07.2017

36 <https://www.ait.ac.at/themen/telemedical-solutions/projects/diabmemory/> Stand 04.07.2017

37 Kessler, 2014 Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie Seite 15

Vielen Dank an die Kinderarztpraxis Dr. Handwerker in Passau zur Überlassung des LINDA Schulungsordners