

**Praxisempfehlungen für
psychologische Interventionen in der Rehabilitation**

Typ-2-Diabetes

Erarbeitet von:

Dr. Christina Reese, Prof. Dr. Oskar Mittag
Universitätsklinikum Freiburg, Institut für Qualitätsmanagement und Sozialmedizin (AQMS)

Beteiligte Expertinnen und Experten:

Prof. Dr. Dr. Jürgen Bengel
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg,
Institut für Psychologie,
Abteilung für Rehabilitationspsychologie
und Psychotherapie

PD Dr. Ralf Demmel
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

Dipl.-Psych. Andrea Döbler
Universitätsklinikum Freiburg,
Institut für Qualitätsmanagement
und Sozialmedizin

Dr. Hans-Peter Filz
Eleonoren-Klinik, Lindenfels-Winterkasten

Dr. Peter Hübner
Klinik Niederrhein, Bad Neuenahr-Ahrweiler

Dipl.-Med.-Päd. Frauke Huth
Klinik Niederrhein, Bad Neuenahr-Ahrweiler

PD Dr. Bernhard Kulzer
Diabetes-Zentrum Bad Mergentheim

Prof. Dr. Sonia Lippke
Jacobs University Bremen

Prof. Dr. Frank Petrak
Klinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie,
LWL-Universitätsklinikum Bochum
der Ruhr-Universität Bochum

Prof. Dr. Klaus Pfeifer
Institut für Sportwissenschaft und Sport,
Friedrich-Alexander Universität
Erlangen-Nürnberg

Dipl.-Psych. Andrea Reusch
Universität Würzburg,
Abteilung für Medizinische Psychologie
und Psychotherapie, Medizinische Soziologie und
Rehabilitationswissenschaften

Dr. Rudolf Schulte
Klinik Teutoburger Wald, Bad Rothenfelde

Dr. Franz A. Straube
Diabetes Selbsthilfegruppe München

Dipl.-Psych. Thomas Tuschhoff
Bad Mergentheim

Prof. Dr. Felix Welti
Universität Kassel,
Fachbereich Humanwissenschaften,
Institut für Sozialwesen,
Abteilung Sozialpolitik, Recht, Soziologie,
Fachgebiet Sozialrecht der Rehabilitation und
Recht behinderter Menschen

Dr. Ulrike Worringen
Deutsche Rentenversicherung Bund,
Abteilung Rehabilitation

Die Praxisempfehlungen wurden im Rahmen des Projekts „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit Typ-2-Diabetes, onkologischen Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom) oder Schlaganfall: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“ erstellt.

Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund; FKZ 0423-40-64-50-18

Die Verantwortung für den Inhalt der Praxisempfehlungen liegt bei den Autoren.

Bitte wie folgt zitieren:

Reese, C., Mittag, O., Bengel, J., Demmel, R., Döbler, A., Filz, H.-P., Hübner, P., Huth, F., Kulzer, B., Lippke, S., Petrak, F., Pfeifer, K., Reusch, A., Schulte, R., Straube, F.A., Tuschhoff, T., Welti, F. & Worringen, U. (2016). Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation: Typ-2-Diabetes. Zugriff am tt.mm.jjjj. Verfügbar unter <https://www.uniklinik-freiburg.de/severa/praxisempfehlungen.html>

Inhalt

Seite

Teil A: Allgemeine Vorbemerkungen

4

Teil B: Basisangebot für Rehabilitanden mit Typ-2-Diabetes

9

Patientenschulung

9

Teil C: Spezifische Problemlagen – Psychische Funktionen

10

Depression und Angst

10

Diabetesbezogene Ängste

11

Anpassungsstörung

12

Essstörungen

12

Kognitive Störungen

13

Weitere psychische Komorbidität

13

Diabetesbezogene Probleme und Belastungen

14

Teil D: Spezifische Problemlagen - Körperfunktionen

16

Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung

15

Adipositas

16

Sexualität

16

Neuropathie

17

Schlafstörungen

17

Teil E: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren

19

Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen

18

Problemlagen in Bezug auf Erwerbstätigkeit

19

Bewegungsförderung

20

Ernährung

22

Rauchen

23

Riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholgebrauch

23

Mangelnde Therapieadhärenz

24

Auf einen Blick: Empfohlene Screening-Fragen Rehabilitanden mit Typ-2-Diabetes

25

Literatur

31

Danksagung, Interessenskonflikte

33

Teil A: Allgemeine Vorbemerkungen

Hintergrund und Ziele

Vorliegende Leitlinien der Fachgesellschaften oder die Reha-Therapiestandards der Deutschen Rentenversicherung Bund schließen psychologische Interventionen explizit ein, sie können praktisches psychologisches Handeln in der Rehabilitation im Einzelfall aber oft nicht leiten, da sie nicht differenziert genug sind oder sich nicht spezifisch auf die Rehabilitation beziehen. Ziel des Projektes „Psychologische Interventionen in der Rehabilitation von PatientInnen mit Typ-2-Diabetes, onkologischen Erkrankungen (Mamma-, Prostata- oder Kolonkarzinom) oder Schlaganfall: Systematische Entwicklung von Praxisempfehlungen“ (Förderung: Deutsche Rentenversicherung Bund) war die Formulierung von möglichst konkreten, auf einzelne Problemlagen bezogenen Empfehlungen für psychologisches Handeln in der Rehabilitation. Die Praxisempfehlungen sollen Psychologen¹, Ärzte und andere Mitarbeiter des interdisziplinären Reha-Teams dabei unterstützen, psychologisch relevante Problemlagen von Rehabilitanden zuverlässig festzustellen und geeignete psychologische Interventionen zu wählen.

Bei der Formulierung der Praxisempfehlungen haben wir uns von folgenden Voraussetzungen leiten lassen: Die Empfehlungen sollten einen möglichst hohen Konkretisierungsgrad aufweisen, sie sollten auf der bestmöglichen Evidenz beruhen, sie sollten strukturkonservativ in der Rehabilitation umgesetzt werden können und durch Wissenschaftler, Kliniker und Rehabilitanden möglichst breit konsentiert sein. Der Begriff „psychologische Intervention“ wird in den Praxisempfehlungen im übergreifenden Sinn für diagnostische, therapeutische oder edukative Interventionen gebraucht, die psychologisch fundiert sind. Psychologische Interventionen werden in der Regel, jedoch nicht ausschließlich von Psychologen durchgeführt. Bestimmte psychologische Interventionen (z. B. Motivational Interviewing, Handlungs- und Bewältigungsplanung) können auch von Mitarbeitern anderer Professionen eingesetzt werden.

Wie wurden die Praxisempfehlungen entwickelt?

Die vorliegenden Empfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit Typ-2-Diabetes wurden in mehreren Schritten entwickelt. Zuerst führten wir eine umfassende, systematische Recherche nach relevanten Übersichtsarbeiten und Leitlinien durch. Gleichzeitig befragten wir die psychologischen Abteilungen in der stationären und ambulanten diabetologischen Rehabilitation zu Strukturen und Praxis ihrer Tätigkeit (Reese, Hübner et al., 2016). Auf Basis dieser Ergebnisse wurde im Rahmen eines anschließenden Expertenworkshops eine Konsultationsfassung der Praxisempfehlungen formuliert. Diese Konsultationsfassung schickten wir mit der Bitte um Kommentierung an die leitenden Psychologen und Chefärzte aller stationären und ambulanten Einrichtungen, in denen Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose Typ-2-Diabetes behandelt werden. Außerdem diskutierten wir im Rahmen einer Fokusgruppe mit Rehabilitanden über zentrale Aspekte der Praxisempfehlungen. Die Rückmeldungen wurden von uns ausgewertet und bei der abschließenden Konsentierung der Praxisempfehlungen durch die Experten berücksichtigt (Reese, Petrak & Mittag, 2016).

Strukturvoraussetzungen der Praxisempfehlungen

Damit die Empfehlungen innerhalb der gegebenen Strukturen umsetzbar sind, berücksichtigten wir bei der Erstellung der Praxisempfehlungen das vorhandene durchschnittliche Stellenverhältnis der Psychologen in den Einrichtungen. In unserer ausführlichen Erhebung zu den Strukturen und zur

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im folgenden Dokument das generische Maskulinum verwendet. Es sind selbstverständlich immer beide Geschlechter gemeint.

Praxis der psychologischen Abteilungen in den Einrichtungen ermittelten wir das folgende Stellenverhältnis der Psychologen: In der Rehabilitation sind durchschnittlich 1,3 Psychologen für 100 Rehabilitanden mit der Hauptindikation Typ-2-Diabetes zuständig (Standardabweichung: 0,4). Das durchschnittliche Stellenverhältnis in den Einrichtungen entspricht somit in etwa den personellen Anforderungen, die die Deutsche Rentenversicherung Bund für die stationären medizinischen Reha-Einrichtungen formuliert hat (für den Bereich Gastroenterologie: 1,25 Psychologen pro 100 Rehabilitanden) (Deutsche Rentenversicherung, 2014a). In Anlehnung an die Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung wird auch hier empfohlen, dass in den Einrichtungen mindestens ein Stellenverhältnis von 1,25 Psychologen pro 100 Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose Typ-2-Diabetes vorliegen sollte.

Die Praxisempfehlungen beziehen neben Psychologen auch Ärzte sowie weitere Mitarbeiter im interdisziplinären Team ein. Daher ist eine entsprechende Qualifikation / Schulung der interdisziplinären Mitarbeiter für die Anwendung der Praxisempfehlungen dringend wünschenswert. Die Mitarbeiter sollen regelmäßig an Fortbildungen zu psychologisch relevanten Themen teilnehmen (z. B. Erkennen psychischer Störungen, Motivational Interviewing). Es gehört zu den Aufgabengebieten der Psychologen, bei der Fortbildung der Mitarbeiter mitzuwirken. Außerdem sollen die Mitarbeiter des interdisziplinären Teams über kommunikative Kompetenz verfügen. Dies kann z. B. durch eine Zertifizierung der Einrichtung durch die Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) sichergestellt werden.

Für die Diagnostik psychischer Störungen (F-Diagnosen) sowie für psychotherapeutische Einzelgespräche gilt ein Approbationsvorbehalt; diese Tätigkeiten dürfen nur von entsprechend qualifizierten Personen durchgeführt werden. In jeder Einrichtung soll mindestens ein approbierter Psychotherapeut arbeiten. Die nicht approbierten Psychologen sollen regelmäßig von approbierten Psychotherapeuten supervidiert werden. Außerdem ist es wünschenswert, dass mindestens ein Fachpsychologe Diabetes (DDG) oder Psychodiabetologe pro Einrichtung arbeitet. Die entsprechende Qualifikation kann auch im Verlauf der Tätigkeit erworben werden.

Da in die ärztliche sozialmedizinische Leistungsbeurteilung fachspezifische Beiträge der Therapeuten (z. B. der Psychologen) zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung einbezogen werden, sollen die Therapeuten des Reha-Teams über eine entsprechende fachbezogene Kompetenz verfügen. Bei Bedarf können entsprechende Fortbildungsangebote genutzt werden.

Eine weitere wichtige Voraussetzung für die Anwendung der Praxisempfehlungen ist es, dass die interdisziplinären Mitarbeiter ein Team bilden und regelmäßige, interdisziplinäre Besprechungen durchführen. Alle relevanten Problemlagen des Rehabilitanden sollen im interdisziplinären Team besprochen werden. Die Förderung der Kommunikation im Behandlungsteam kann ein Ziel von Mitarbeiterfortbildungen sein, bei denen Psychologen mitwirken.

Anwendung der Praxisempfehlungen

Die praktische Anwendung von Empfehlungen muss immer unter Berücksichtigung der klinischen Expertise des Behandlers und der individuellen Situation des einzelnen Rehabilitanden erfolgen. David Sackett, einer der Pioniere der evidenzbasierten Medizin (EBM), formulierte diese Grundvoraussetzung in Bezug auf die Anwendung der EBM wie folgt:

“Evidence-based medicine (EBM) is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values. [...] By patient values we mean the unique preferences, concerns and expectations each patient brings to a clinical encounter and which must be integrated into clinical decisions if they are to serve the patient.“ (Sackett et al., 2000, p. 1).

Praxisempfehlungen und Leitlinien sollen den damit verbundenen Prozess des vernünftigen Ab-

wägens unterstützen. Die vorliegenden Empfehlungen wurden systematisch anhand der besten vorliegenden Evidenz formuliert und in einem aufwendigen Prozess von Wissenschaftlern und Klinikern konsentiert. Sie bilden eine praxisorientierte Entscheidungshilfe für psychologische Interventionen bei bestimmten Problemlagen.

Grundprinzipien bei der Behandlung von Rehabilitanden mit Typ-2-Diabetes

In der Therapie des Typ-2-Diabetes soll die partizipative Entscheidungsfindung („shared decision making“) ein therapeutisches Grundprinzip darstellen: Die Formulierung von Therapiezielen sowie Therapieentscheidungen sind gemeinsam von Patienten und Therapeuten vorzunehmen. Hierdurch sollen die Behandlungsergebnisse, die Therapiezufriedenheit, die Therapieadhärenz und nicht zuletzt die Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden (vgl. BÄK, KBV & AWMF, 2013a).

Wichtiges Ziel der diabetologischen Rehabilitation ist es, die Kompetenz der Rehabilitanden im Umgang mit ihrer Erkrankung zu steigern (Empowerment). Die Akzeptanz der Erkrankung soll gefördert werden, Motivation zur (adäquaten) Behandlung aufgebaut sowie der eigenverantwortliche Umgang mit dem Diabetes unterstützt werden (vgl. BÄK, KBV & AWMF, 2013a).

Bei allen Interventionen ist darauf zu achten, dass eine Sprache und didaktische Methoden verwendet werden, die gut verständlich für die Rehabilitanden sind. Das Vorwissen der Rehabilitanden ist dabei zu berücksichtigen. Die Inhalte müssen anschaulich und möglichst konkret sein, alltägliche Erfahrungen der Rehabilitanden aufgreifen sowie den sozialen und kulturellen Hintergrund der Rehabilitanden berücksichtigen.

Routinemäßiges psychologisches Screening

Psychische Komorbidität bleibt in der somatischen Rehabilitation oft unerkannt (Härter et al., 2004). Daher wird in den Praxisempfehlungen zu einem routinemäßigen, standardisierten psychologischen Screening aller Rehabilitanden geraten, um die Entdeckungsrate psychischer Komorbidität (insbesondere Depression und Angst) zu verbessern und eine bedarfsgerechte Zuweisung zu psychologischen bzw. psychotherapeutischen Interventionen zu ermöglichen. Außerdem wird ein routinemäßiges, standardisiertes Screening empfohlen, das sich auf diabetesbezogene Probleme und Belastungen, auf lang andauernde psychosoziale Belastungen sowie Probleme in Bezug auf Erwerbstätigkeit bezieht.

Da die Rehabilitation bei Patienten mit Typ-2-Diabetes oft schon längerfristig geplant ist, kann ein gezieltes Screening bereits im Vorfeld des Reha-Aufenthaltes stattfinden. Es wird empfohlen, dass der Rehabilitand die Screening-Fragen rechtzeitig vor Antritt der Rehabilitation beantwortet und das ausgefüllte Formular an die Einrichtung zurücksendet. Die bereits ausgewerteten Screening-Ergebnisse können dann im ärztlichen Aufnahmegespräch bei der Indikationsstellung für psychologische Interventionen berücksichtigt werden.

Rehabilitanden mit auffälligen Screeningergebnissen sollen eine entsprechende Diagnostik und Behandlungsangebote erhalten. Auffällige Screeningergebnisse sollen vom Arzt oder Psychologen mit den Rehabilitanden besprochen werden.

F-Diagnosen im Reha-Entlassungsbericht

Im Projektverlauf zeigte sich, dass Unklarheiten bestehen hinsichtlich der Frage, ob Diagnosen, insbesondere F-Diagnosen, auch gegen den ausdrücklichen Wunsch des Rehabilitanden im Entlassungsbericht dokumentiert und an den Rehabilitationsträger übermittelt werden dürfen. Aus fachlicher Sicht der am Projekt beteiligten Expertinnen und Experten wird dies teilweise als ungünstig und womöglich schweigepflichtswidrig betrachtet. Nach aktuellem Kenntnisstand geht die Deut-

sche Rentenversicherung Bund davon aus, dass Daten, die zwecks Erfüllung des Vertrags zwischen der Einrichtung und dem Rehabilitationsträger erhoben wurden, auch ohne Einwilligung des Rehabilitanden von der Rehabilitationseinrichtung an den Rehabilitationsträger übermittelt werden dürfen. Insbesondere Diagnosen mit sozialmedizinischer Relevanz müssen im Entlassungsbericht an den Rehabilitationsträger aufgeführt werden, da der Entlassungsbericht die Funktion eines sozialmedizinischen Gutachtens hat. Ob eine Diagnose sozialmedizinisch relevant ist, muss im Einzelfall entschieden werden.

Für eine detaillierte juristische Aufarbeitung der berührten komplexen Rechtsfragen (Datenschutz / Schweigepflicht) ist hier kein Raum. Eine rechtswissenschaftliche Diskussion wird allerdings schon angesichts der nicht unerheblichen Zweifel der am Projekt beteiligten Expertinnen und Experten als erforderlich eingeschätzt. Für die Praxis ist jedenfalls bis auf weiteres die oben geschilderte Auffassung der Deutschen Rentenversicherung Bund zu Grunde zu legen (vgl. auch Deutsche Rentenversicherung, 2014b). Selbstverständlich dürfen nur solche Daten erhoben und übermittelt werden, die für die Erfüllung des Reha-Auftrags überhaupt erforderlich sind.

Eine andere Situation ergibt sich bezüglich der Übermittlung des Reha-Entlassungsberichts an die behandelnden Ärzte oder andere Adressaten: Hierfür ist die Einwilligung des Rehabilitanden erforderlich.

Psychologisch fundierte Interventionen durch das Reha-Team

In den Praxisempfehlungen wird die Anwendung verschiedener psychologisch fundierter Interventionen durch das Reha-Team empfohlen. Zwei wichtige Interventionen sollen an dieser Stelle kurz erläutert werden: „Motivational Interviewing“ und „Handlungs- und Bewältigungsplanung“.

Motivational Interviewing

Motivational Interviewing (MI) ist ein patientenzentriertes und direktives Verfahren zur Förderung intrinsischer Motivation. Die Patienten werden nicht »überzeugt« oder zu einer Einsicht »überredet«, sondern vielmehr abgeholt. Die überkommene Dichotomisierung der Patienten (motiviert vs. unmotiviert) wird aufgegeben. In Übereinstimmung mit sozialpsychologischen Theorien der Verhaltensänderung wird angenommen, dass insbesondere der Widerspruch zwischen Werten und Zielen einerseits und den Konsequenzen eines (selbst-)schädigenden Verhaltens andererseits zu einer nachhaltigen Veränderung aus eigenem Antrieb motivieren kann. Die Anwendung von MI beschleunigt lediglich einen natürlichen Prozess: Der Therapeut initiiert das laute Nachdenken über Veränderung und spiegelt den »change talk« des Patienten. So wird der Patient zum Fürsprecher einer Veränderung und nicht genötigt, den Status quo zu verteidigen.

Zentrales Merkmal des Verfahrens ist der Verzicht auf ein konfrontatives Vorgehen: Die Vorbehalte des Patienten werden nicht als fehlende Einsicht oder Widerstand, sondern vielmehr als ernst zu nehmendes Signal verstanden. Um Reaktanz zu reduzieren, wird beispielsweise davon abgesehen, den Patienten überzeugen zu wollen: Veränderung soll nicht verordnet, sondern vielmehr in gegenseitigem Einvernehmen – auf Augenhöhe – vereinbart und vorbereitet werden.

MI wurde zunächst in Abgrenzung zu herkömmlichen (oftmals konfrontativen) Methoden der Behandlung alkoholabhängiger Patienten entwickelt. In den vergangenen Jahren wurde der Anwendungsbereich jedoch zunehmend erweitert, z. B. auf die Bereiche Verhaltensmedizin (z. B. Adipositas, Diabetes, Tabakabhängigkeit), Psychotherapie (z. B. Essstörungen, Störungen im Kindes- und Jugendalter), Soziale Arbeit (z. B. Bewährungshilfe, Strafvollzug, Wohnungslosenhilfe) oder Zahnmedizin (Dentalhygiene). Verschiedene Adaptationen haben zudem die Anwendung im Rahmen der medizinischen Basisversorgung ermöglicht. Insbesondere Patienten mit hoher Reaktanz schei-

nen von einer Behandlung, die den von Miller und Rollnick (2015) formulierten Prinzipien entspricht, zu profitieren (z. B. Karno & Longabaugh, 2005).

Handlungs- und Bewältigungsplanung

Gute Vorsätze in Bezug auf Gesundheitsverhalten (z. B. körperliche Aktivität) werden häufig nicht in die Tat umgesetzt („Intentions-Verhaltens-Lücke“). Die Umsetzung von Intentionen in (Gesundheits-)Verhalten kann durch den Einsatz von Selbstregulationsstrategien wie der Handlungs- und Bewältigungsplanung gefördert werden. Im Rahmen der Handlungsplanung formuliert der Patient konkrete Pläne, wann, wo und wie er bestimmtes Verhalten umsetzen möchte. Bei der Bewältigungsplanung werden Barrieren antizipiert und konkrete Bewältigungsstrategien entwickelt. Auf diese Weise können Intentionen auch dann umgesetzt werden, wenn Hindernisse auftauchen. Studienergebnisse belegen, dass Gesundheitsverhalten in verschiedenen Bereichen (z. B. körperliche Aktivität) durch den Einsatz von Handlungs- und Bewältigungsplanung gefördert werden kann (Hagger & Luszczynska, 2014).

Nachsorge

Die Nachhaltigkeit der medizinischen Rehabilitation kann durch eine langfristige, individuelle Nachsorge gesteigert werden. Daher soll Nachsorge als ein integraler Bestandteil der Rehabilitation angesehen werden. Individuelle Empfehlungen zur Nachsorge, die Rehabilitanden von den Mitarbeitern der Reha-Einrichtung erhalten, können z. B. auf etablierte Strukturen verweisen (z. B. IRENA-Programme), in deren Rahmen Gesundheitsbildung und psychosoziale Aspekte Berücksichtigung finden sollten. Die zentrale Instanz für die Initiierung und Koordination weiterer Nachsorgeleistungen ist der weiterbetreuende Haus- oder Facharzt.

Insbesondere die Verstetigung von Lebensstiländerungen kann durch eine langfristige, individuelle Nachsorge gefördert werden (z. B. Deck et al., 2012, Döbler et al., 2013). Um nachhaltige Veränderungen des Lebensstils zu unterstützen, sollen mit dem Rehabilitanden gegen Ende der Rehabilitation in den entsprechenden Bereichen (z. B. Bewegung oder Ernährung) konkrete Handlungs- und Bewältigungspläne für die Zeit nach der Rehabilitation vereinbart werden. Im Rahmen der Nachsorge ist ein kontinuierliches Monitoring der vereinbarten Ziele (falls möglich, mindestens über zwei bis drei Monate hinweg) sinnvoll. Bei Bedarf ist eine Anpassung der Pläne erforderlich. Nach Möglichkeit sollen dem Rehabilitanden verschiedene Nachsorgeangebote zur Auswahl gestellt werden (z. B. telefonische Nachsorge durch einen entsprechend geschulten Mitarbeiter der Reha-Einrichtung oder webbasierte Angebote).

Auch für die adäquate (Weiter-)Behandlung komorbider psychischer Störungen (z. B. Depression, Angst) ist eine individuelle Nachsorge und im Zusammenhang damit die Überleitung in nachfolgende ambulante oder stationäre Versorgungsstrukturen unabdingbar.

Teil B: Basisangebot für Rehabilitanden mit Typ-2-Diabetes

Patientenschulung

1

Alle Rehabilitanden mit der Hauptdiagnose Typ-2-Diabetes sollen an einer Patientenschulung teilnehmen. Hierbei müssen folgende Voraussetzungen beachtet werden:

- Es soll ein **strukturiertes, evaluiertes Schulungsprogramm** durchgeführt werden. Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter <http://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/zertifizierung/schulungsprogramme.html>; <http://www.zentrum-patientenschulung.de/>; zuletzt gesichtet: November 2015.
- Die Patientenschulung soll als **Anleitung zu einem kontinuierlichen Problemlösungsprozess** betrachtet werden. Das heißt, das Gruppenprogramm soll Menschen befähigen, bestmöglich mit Problemen im Zusammenhang mit der Erkrankung umzugehen (im Sinne von Empowerment / Selbstmanagement). Fragen, die dabei immer wieder berücksichtigt werden sollten, sind: Welche Einstellungen liegen vor; wo existieren Schwierigkeiten (Probleme im Alltag und im Beruf); welche Ziele werden verfolgt; welche Kenntnisse und Fähigkeiten sollen erworben werden; über welche Ressourcen verfügt der Rehabilitand?
- Schulungsinhalte sollen **verknüpft** werden mit anderen (interdisziplinären) Angeboten. Hierbei sind Kontinuität, der enge Austausch und die Abstimmung innerhalb des therapeutischen Teams sowie einheitliche Konzepte („roter Faden“) relevant.
- Die **Bewegungstherapie** soll konzeptuell an die Patientenschulung angebunden sein. Patientenschulungsinhalte (z. B. zum Thema Insulinregulation / Insulinsensitivität) sollen direkt in die Bewegungstherapie eingebunden werden.

Teil C: Spezifische Problemlagen – Psychische Funktionen

Depression und Angst

2	<p>Bei allen Rehabilitanden soll - vorzugsweise im Vorfeld des Reha-Aufenthaltes - ein Screening auf Depression und Angst durchgeführt werden. Hierfür soll die Rehabilitationseinrichtung vor dem Reha-Aufenthalt ein kurzes Screening-Instrument an den Rehabilitanden versenden. Es können beispielsweise der „Patient Health Questionnaire (PHQ)-4“² oder die „Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D)“ genutzt werden. Falls der Wunsch besteht, ein ausführlicheres Screeninginstrument zu verwenden, können z. B. die entsprechenden Skalen aus der Langform des PHQ-D eingesetzt werden.</p> <p>Der Rehabilitand füllt den Fragebogen vor dem Reha-Aufenthalt aus und sendet ihn an die Einrichtung zurück. Der ausgewertete Fragebogen soll dem aufnehmenden Arzt vorliegen.</p> <p>Falls dieses Vorgehen nicht umsetzbar ist, sollen die Rehabilitanden vor oder während des ärztlichen Aufnahmegesprächs mittels eines kurzen Screening-Instruments (z. B. PHQ-4 oder HADS-D) auf Depression und Angst gescreent werden.</p>
3	<p>Wenn das Screening zu Beginn der Reha positiv ist, soll folgendermaßen vorgegangen werden:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Es soll eine weiterführende Diagnostik der positiv gescreenten Rehabilitanden durchgeführt werden.▪ Cave: Depressive Symptomatik kann auch durch somatische Erkrankungen (z. B. Hypothyreose oder Schlafapnoe-Syndrom) begünstigt oder ausgelöst werden. Dies muss bei der Depressions-Diagnostik berücksichtigt werden.▪ Bei Bedarf soll ein psychiatrisches, psychotherapeutisches oder psychosomatisches Konsil eingeleitet werden.▪ Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team▪ Bei im Depressionsscreening auffälligen Rehabilitanden soll das gesamte Reha-Team auf Hinweise bezüglich Suizidalität achten und gegebenenfalls den Arzt oder Psychologen informieren.▪ Falls ein Rehabilitand mit einem auffälligen Screeningbefund ein Gespräch mit dem Psychologen (z. B. zur diagnostischen Abklärung) ablehnt, soll der Arzt ein motivierendes Gespräch mit dem Rehabilitanden führen. Zusätzlich kann dem Rehabilitanden die Teilnahme an (niedrigschwiligen) Informationsveranstaltungen durch den Psychologen angeboten werden, oder es können dem Rehabilitanden schriftliche Materialien (z. B. kurzes Informationsblatt, Broschüre, Patientenversion der störungsspezifischen Leitlinie) ausgehändigt werden, um Schwellenängste zu reduzieren und die Wichtigkeit des psychologischen Gesprächs zu verdeutlichen.
4	<p>Das gesamte Reha-Team soll bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Symptome einer Depression oder Symptome von Angst achten. Wenn entsprechende Hinweise bemerkt werden, sollen der Arzt oder der Psychologe darüber informiert werden.</p>

² Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 25 ff. im Überblick dargestellt.

5	<p>Wenn die weiterführende Diagnostik positiv ausfällt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einleitung einer evidenzbasierten Behandlung entsprechend der Störung ▪ Psychoedukation / Beratung (u. a. Information des Rehabilitanden über seine Störung und die Therapiemöglichkeiten) ▪ Psychotherapeutisches Einzelgespräch ▪ Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie ▪ Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird) ▪ Dokumentation der Diagnose nach ICD im Entlassungsbericht ▪ Evtl. fachspezifischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung ▪ Nachsorgeempfehlung im Entlassungsbericht: <ul style="list-style-type: none"> ○ Evtl. Empfehlung einer ambulanten Psychotherapie ○ Psychosomatische Grundversorgung durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt ○ Regelmäßige Kontrolle (Monitoring) der depressiven Symptomatik bzw. der Angstsymptomatik durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt, bei Bedarf Initiierung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt
----------	--

6	<p>Bei schweren Ketoazidosen und / oder schweren Hypo-/Hyperglykämien muss nach Auslösern und Hintergründen gefragt werden. Eventuell zugrunde liegende psychische bzw. psychiatrische oder soziale Problematiken müssen in diesem Zusammenhang exploriert werden.</p>
----------	--

Diabetesbezogene Ängste

7	<p>Wenn intensive oder wiederkehrende übertriebene Sorgen über die Gesundheit oder über somatische Symptome erkennbar sind, soll gezielt nach diabetesbezogenen pathologischen Ängsten (Hypoglykämie- und Progredienzangst) gefragt werden. Entsprechende Screeningfragen können z. B. der S2-Leitlinie „Psychosoziales und Diabetes“ (Kulzer et al., 2013b; S. 296) entnommen werden:</p> <p>Hypoglykämieangst:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leiden Sie häufig unter starken Sorgen, eine Unterzuckerung zu bekommen? ▪ Ganz unabhängig von dem normalen Zielblutzucker: Wie hoch ist Ihr persönlicher „Wohlfühl-Blutzuckerwert“? (Übertrieben hohe Werte können Hinweise auf Hypoglykämieängste geben) ▪ Kommt es vor, dass Sie aus Angst vor Unterzuckerungen das Haus nicht verlassen oder andere Situationen vermeiden? <p>Progredienzangst:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Leiden Sie häufig unter unangemessen starken Sorgen über den Verlauf Ihrer Diabeteserkrankung? <p>Bei auffälligen Screeningergebnissen soll eine weiterführende Diagnostik erfolgen, um das Vorliegen einer Angststörung abzuklären. Falls eine Angststörung vorliegt: siehe Empfehlung 5 im Abschnitt "Depression und Angst"</p>
----------	---

Anpassungsstörung

Im Aufnahmegespräch soll der Arzt bei allen Rehabilitanden auf Symptome einer Anpassungsstörung achten bzw. diese erfragen. Wenn der Verdacht auf eine Anpassungsstörung besteht, soll eine diagnostische Abklärung erfolgen.

Falls eine **Anpassungsstörung diagnostiziert wird**, soll folgendermaßen vorgegangen werden:

- 8
- Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team
 - Psychoedukation / Beratung
 - Entscheidung durch den Arzt oder Psychologen, ob Indikation für eine psychologische (Einzel-)Intervention gegeben ist
 - Bei Bedarf: Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation, Information über ambulante Versorgungsangebote

Essstörungen

Bei adipösen Menschen mit Typ-2-Diabetes soll ein Screening auf Essstörungen durchgeführt werden. Hierfür können z. B. die Fragen zum Essverhalten aus dem PHQ-D eingesetzt werden³.

Wenn die Screeningergebnisse **auffällig** sind, soll eine weiterführende Diagnostik durchgeführt werden.

Wenn bei der weiterführenden Diagnostik eine **Essstörung festgestellt wird**, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

- 9
- Abstimmung mit Ärzten und Beratern über Anpassungen der somatischen Therapie
 - Psychoedukation / Beratung (u. a. Information des Rehabilitanden über seine Störung und die Therapiemöglichkeiten)
 - Psychotherapeutisches Einzelgespräch
 - Motivierung des Rehabilitanden für eine weiterführende Therapie
 - Evtl. Vorbereitung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung im Anschluss an die Rehabilitation (z. B. indem der Rehabilitand über ambulante und / oder stationäre Therapiemöglichkeiten und Ansprechpartner informiert wird)
 - Dokumentation der Diagnose nach ICD im Entlassungsbericht
 - Nachsorgeempfehlung im Entlassungsbericht:
 - Evtl. Empfehlung einer ambulanten und / oder stationären Behandlung der Essstörung
 - Regelmäßige Kontrolle (Monitoring) der Symptome durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt, bei Bedarf Initiierung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt

³ Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 25 ff. im Überblick dargestellt.

Kognitive Störungen

10	<ul style="list-style-type: none">▪ Das gesamte Team (insbesondere Ärzte, Diabetes- oder Ernährungsberater, Pflegepersonal) soll bei allen Rehabilitanden, vor allem aber bei älteren Rehabilitanden und bei Rehabilitanden mit längerer Diabetesdauer, auf Anzeichen einer kognitiven Beeinträchtigung achten. Solche Anzeichen können z. B. sein: Hypoglykämien durch Fehldosierung des Insulins, starke Schwankungen des Glukosespiegels (durch unvollständige Medikamenteneinnahme und / oder Fehlernährung), Schwierigkeiten bei der Blutglukosemessung, Probleme bei der Handhabung des Insulinpens, der Insulindosisberechnung oder eine nicht adäquate Reaktion auf Hypoglykämiesymptome (vgl. Kulzer et al., 2013a,b).▪ Bei Verdacht auf eine kognitive Störung soll eine orientierende neuropsychologische Untersuchung stattfinden. Hierfür können z. B. der Mini-Mental-Status-Test (MMST), der DemTect oder der Test zur Früherkennung von Demenzen mit Depressionsabgrenzung (TFDD) genutzt werden. Der Uhrentest kann in Kombination mit den anderen genannten Kurztestverfahren die diagnostische Aussagekraft erhöhen, ist jedoch als alleiniger kognitiver Test unzureichend (vgl. DGPPN & DGN, 2010).▪ Bei einem auffälligen Befund der orientierenden neuropsychologischen Untersuchung sollen eine medizinische und eine neuropsychologische Abklärung stattfinden. Falls erforderlich, soll ein entsprechendes Konsil zur diagnostischen Abklärung anberaumt werden.▪ Die Differenzialdiagnose Depression muss besondere Beachtung finden.▪ Falls kognitive Störungen diagnostiziert werden, soll eine weiterführende, evidenzbasierte Behandlung entsprechend der Störung eingeleitet bzw. vorbereitet werden.▪ Falls kognitive Störungen festgestellt werden, die eine adäquate Selbsttherapie des Typ-2-Diabetes gefährden, sollen andere Personen (z. B. Angehörige oder qualifizierte Pflegekräfte) in die Therapie des Typ-2-Diabetes einbezogen werden.▪ Zur Feststellung der Krafftahreignung ist eine Begutachtung durch einen Facharzt mit verkehrsmedizinischer Qualifikation bzw. durch eine entsprechende Begutachtungsstelle erforderlich.
-----------	---

Weitere psychische Komorbidität

11	<p>Der Arzt soll bei der Aufnahme aller Rehabilitanden auf das Vorliegen weiterer psychischer Komorbidität achten. Zusätzlich sollen Arzt, Psychologe und das gesamte Reha-Team bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf Symptome weiterer psychischer Komorbidität achten. Bei Verdacht auf eine psychische Störung soll eine diagnostische Abklärung erfolgen.</p> <p>Falls weitere psychische Komorbidität festgestellt wird, soll eine evidenzbasierte Behandlung entsprechend der Störung begonnen bzw. vorbereitet werden.</p>
-----------	--

Diabetesbezogene Probleme und Belastungen

12

- Diabetesbezogene Probleme / Belastungen sollen routinemäßig mit dem Instrument „Problembereiche bei Diabetes (PAID)“ (Kurz- oder Langform) erfasst werden⁴.
- Wenn durch das Screening diabetesbezogene Probleme / Belastungen festgestellt werden, soll eine weiterführende Exploration durch den Arzt im Rahmen des Aufnahmegesprächs und / oder im Rahmen weiterer Kontakte mit dem Arzt und / oder Psychologen erfolgen.
- Wenn entsprechende Probleme / Belastungen vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:
 - Bei Bedarf Einzelgespräch mit dem Arzt und / oder Psychologen
 - Falls ein entsprechendes Gruppenangebot in der Einrichtung existiert: Teilnahme am indikationsspezifischen Gruppenangebot zum Thema „Krankheitsbewältigung, Umgang mit seelischen Belastungen“

⁴ Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 25 ff. im Überblick dargestellt.

Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung

Rehabilitanden mit einer Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung sollen an einem **Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining** teilnehmen.

Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter www.zentrum-patientenschulung.de (zuletzt gesichtet: November 2015). Strukturierte, evaluierte Schulungsprogramme sind z. B. "HyPOS - Unterzuckerung besser wahrnehmen, vermeiden und bewältigen" (Kulzer et al., 2006) oder das „Blutglukose Wahrnehmungstraining (BGAT)“ (Fehm-Wolfsdorf et al., 2001). Beide Programme sind jedoch relativ zeitintensiv (etwa 5-8 Einheiten) und daher nur von spezialisierten Einrichtungen mit entsprechenden personellen und zeitlichen Ressourcen durchführbar.

Unter Berücksichtigung der (in aller Regel eingeschränkten) personellen und zeitlichen Ressourcen der Rehabilitationseinrichtungen wird daher empfohlen, dass Rehabilitanden mit einer Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung an einem Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining teilnehmen, das entsprechend adaptiert wurde, sich aber durchaus an den standardisierten Programmen orientiert und Elemente daraus verwendet. Zu empfehlen ist insbesondere das Führen eines Hypoglykämie-Tagebuchs, um die individuellen Hypoglykämie-Symptome zu erfassen und bestimmten Blutzuckerwerten zuordnen zu können.

Falls der Bedarf besteht, dass der Rehabilitand im Anschluss an die Rehabilitation an einem umfassenderen Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining teilnimmt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:

- Motivierung des Rehabilitanden für eine Teilnahme an einem ambulanten oder stationären Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining in einer spezialisierten Einrichtung
- Information des Rehabilitanden über entsprechende Schulungsprogramme und Ansprechpartner

Nachsorgeempfehlung im Entlassungsbericht:

- Evtl. Empfehlung der Teilnahme an einem strukturierten, evaluierten Hypoglykämie-Wahrnehmungstraining
- Regelmäßige Kontrolle (Monitoring) durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt, ob weiterhin Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörungen bestehen. Bei Bedarf Initiierung einer weiterführenden (evidenzbasierten) Behandlung durch weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt

13

Adipositas

14	<ul style="list-style-type: none">▪ Ab einem BMI $>35 \text{ kg/m}^2$ soll dem Rehabilitanden die Teilnahme an einer Adipositas-Schulung angeboten werden, die eng mit der Bewegungs- und Ernährungstherapie verzahnt ist. Bei einem BMI zwischen 30 und 35 kg/m^2 muss eine Teilnahme im Einzelfall erwogen werden. Geeignet ist z. B. das Gruppenprogramm „Mit Bauch und Kopf“ zur gruppentherapeutischen Behandlung von Adipositas in der Rehabilitation (Informationen zu Schulungsprogrammen: siehe http://www.zentrum-patientenschulung.de/; zuletzt gesehen: November 2015). Die Gewichtsreduktion kann, aber muss nicht das Ziel der Schulung sein. Vor allem, wenn Rehabilitanden bereits mehrere erfolgreiche Diäten durchgeführt haben, können auch alternative Ziele formuliert werden, wie z. B. Aufbau des Selbstwertgefühls und der Selbstwirksamkeit und Vermeidung einer weiteren Gewichtszunahme.▪ Bei Rehabilitanden mit Adipositas soll unter Einbeziehung des interdisziplinären Teams einzelfallbezogen entschieden werden, ob die Thematisierung einer bariatrischen Operation indiziert ist. Falls dies der Fall ist, soll der Rehabilitand durch fachkundiges Personal darüber informiert werden, dass es die Möglichkeit einer bariatrischen Operation gibt. Hierbei soll der Rehabilitand über die Indikationen, Kontraindikationen, die Folgen des Eingriffs für die Ernährung und das soziale Leben sowie die Risiken informiert werden.
-----------	--

Sexualität

15	<ul style="list-style-type: none">▪ Das Thema Sexualität soll bei allen Rehabilitanden (d. h. Männern und Frauen) aktiv angesprochen werden. Dies kann durch den Arzt oder Psychologen geschehen. Als Zeitpunkt bieten sich z. B. das Aufnahmegespräch, Informationsveranstaltungen oder Patientenvorträge an.▪ Falls ein Rehabilitand in Bezug auf Sexualität bzw. sexuelle Probleme weiteren Gesprächsbedarf hat, soll ein Einzelgespräch mit dem Arzt und / oder Psychologen anberaumt werden. Denkbar sind auch niedrigschwellige Gruppenangebote wie z. B. eine „Männerrunde“ oder eine „Frauengruppe“.▪ Bei belastenden sexuellen Problemen soll eine somatische und psychosoziale Abklärung erfolgen (vgl. BÄK, KBV & AWMF, 2011). Bei Bedarf soll eine adäquate weiterführende Behandlung eingeleitet bzw. vorbereitet werden.
-----------	--

Neuropathie

16	<ul style="list-style-type: none">▪ Bei Rehabilitanden mit Diabetes mellitus und Neuropathie soll das erhöhte Risiko für neuropathische Schmerzen, depressive Störungen, sexuelle Funktionsstörungen, Schlafstörungen sowie unerwünschte Arzneimittelwirkungen berücksichtigt werden.▪ Bei neuropathischen Schmerzen ist die Teilnahme an einem Schmerzbewältigungstraining / einer psychologischen Schmerztherapie sinnvoll.▪ Bei Bedarf sollen Rehabilitanden mit Diabetes mellitus und Neuropathie während oder nach dem Reha-Aufenthalt an einer spezifischen Schulung teilnehmen (z. B. dem Schulungs- und Behandlungsprogramm NEUROS für Menschen mit Diabetes und Neuropathie von Kulzer et al., 2008; Informationen sind z. B. erhältlich unter http://www.zentrum-patientenschulung.de/; zuletzt gesichtet: November 2015).▪ Siehe auch Modul Depression, Sexualität, Schlafstörungen <p>Falls der Bedarf besteht, dass der Rehabilitand im Anschluss an die Rehabilitation an einem spezifischen Schulungsprogramm für Menschen mit Diabetes und Neuropathie teilnimmt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Motivierung des Rehabilitanden für die Teilnahme an einem entsprechenden Schulungsprogramm▪ Information des Rehabilitanden über entsprechende Schulungsprogramme und Ansprechpartner <p>Nachsorgeempfehlung im Entlassungsbericht:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Evtl. Empfehlung der Teilnahme an einem strukturierten, evaluierten Schulungsprogramm für Menschen mit Diabetes und Neuropathie
-----------	---

Schlafstörungen

17	<p>Der Arzt soll bei allen Rehabilitanden erfassen, ob Schlafstörungen vorliegen.</p> <p>Falls Leidensdruck und Aktivitätsbeeinträchtigungen durch Schlafstörungen (d. h. Ein- oder Durchschlafstörungen und / oder Tagesschläfrigkeit) vorliegen, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Psychoedukation und Beratung (insbesondere zur Schlafmenge, zur Schlafhygiene, hierzu gehört z. B. regelmäßige körperliche Aktivität, sowie zur Chronohygiene, d. h. Anpassung an den zirkadianen Rhythmus) (vgl. DGSM, 2009)▪ Bei primärer Insomnie: Entspannungstraining (insbesondere Autogenes Training oder Progressive Muskelrelaxation)▪ Bei Hinweisen auf ein Schlafapnoe-Syndrom (erhöhte Prävalenz bei Adipositas):<ul style="list-style-type: none">○ Es soll möglichst bereits während des Rehabilitationsaufenthaltes eine Schlafapnoe-Testung erfolgen. Je nach Bedarf soll eine evidenzbasierte Therapie eingeleitet bzw. vorbereitet werden.○ Zur Diagnostik möglicher psychischer Funktionsstörungen soll die Einschlafneigung erfasst werden (z. B. mit der Epworth Schläfrigkeitsskala) sowie eine neuropsychologische Aufmerksamkeitsdiagnostik durchgeführt werden (z. B. Vigilanztest nach Quatember-Maly, vgl. Wiener Testsystem, oder CARDA, vgl. Büttner et al., 2003). Gegebenenfalls können die Testergebnisse für einen fachspezifischen Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung oder die Beurteilung der Fahrtauglichkeit genutzt werden.
-----------	--

Teil E: Umweltfaktoren und personbezogene Faktoren

Chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen

18	<p>Der Arzt soll bei der Aufnahme alle Rehabilitanden fragen, ob chronischer Stress durch lang andauernde psychosoziale Belastungen (z. B. in der Partnerschaft, im Beruf, durch Arbeitslosigkeit oder finanzielle Schwierigkeiten) vorliegt. Hierfür können entsprechende Screening-Fragen (z. B. die auf S. 28 aufgeführten Fragen zur Erfassung lang andauernder psychosozialer Belastungen oder das „Trierer Inventar zum chronischen Stress“) genutzt werden. Zusätzlich soll danach gefragt werden, ob eine lang andauernde Belastung durch Haus- und Familienarbeit (z. B. durch Pflege von Angehörigen) bzw. Doppelbelastungen durch Erwerbs- und Familienarbeit vorliegen.</p> <p>Eine weiterführende Exploration soll durch den Arzt im Aufnahmegespräch und / oder in weiteren Kontakten mit dem Arzt und / oder Psychologen erfolgen. Wenn entsprechende Belastungen vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Psychologisches Einzelgespräch▪ Stressbewältigungstraining (Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter http://www.zentrum-patientenschulung.de/; zuletzt gesichtet: November 2015)▪ Entspannungstraining▪ Bei Bedarf: Beratung durch den Sozialarbeiter
-----------	--

Problemlagen in Bezug auf Erwerbstätigkeit

Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen dafür in Frage kommenden Rehabilitanden die subjektive Erwerbsprognose erfassen. Hierfür können beispielsweise die Screening-Fragen aus der SPE-Skala⁵ genutzt werden. Auch der Einsatz anderer Screening-Instrumente ist möglich (z. B. SIBAR, SIMBO oder das Würzburger Screening; siehe auch <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/>; zuletzt gesichtet: November 2015).

Bei einem auffälligen Screening-Befund soll eine Exploration der beruflichen Problemlagen z. B. durch den Arzt, Psychologen oder Sozialarbeiter stattfinden.

Bei besonderen beruflichen Problemlagen soll nach Möglichkeit eine medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR) entsprechend dem Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung erfolgen. Das Anforderungsprofil der Deutschen Rentenversicherung zur Durchführung der MBOR kann unter folgendem Link eingesehen werden:

www.deutsche-rentenversicherung-bund.de → Infos für Experten → Sozialmedizin & Forschung → Reha-Wissenschaften → Reha-Konzepte → Konzepte → Medizinisch-beruflich orientierte Rehabilitation (MBOR); zuletzt gesichtet: November 2015. Informationen zur MBOR sind auch erhältlich unter <http://www.medizinisch-berufliche-orientierung.de/>; zuletzt gesichtet: November 2015.

Falls psychologisch relevante Problemlagen in Bezug auf die Erwerbstätigkeit vorliegen, sollen folgende Maßnahmen eingeleitet werden:

- Frühzeitige Einbeziehung der Psychologischen Abteilung. Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch
- Bei Bedarf: Weiterführende Diagnostik (z. B. in Form einer Exploration, evtl. ergänzt durch einen Fragebogen wie z. B. den „AVEM“ oder den „WAI“)
- Bei Bedarf: Psychoedukatives Gruppenangebot, z. B. zur Stressbewältigung oder Konfliktbewältigung am Arbeitsplatz (Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter <http://www.zentrum-patientenschulung.de/>; zuletzt gesichtet: November 2015)
- Evtl. fachspezifischer Beitrag zur sozialmedizinischen Leistungsbeurteilung

⁵ Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 25 ff. im Überblick dargestellt.

Bewegungsförderung

20

- Alle Rehabilitanden sollen über die positive Bedeutung von körperlicher Aktivität in Bezug auf Typ-2-Diabetes, diabetische Folgeerkrankungen und kardiovaskuläre Risikofaktoren aufgeklärt und beraten werden (vgl. BÄK, KBV & AWMF, 2013a; Geuter & Holleder, 2014). Dies kann z. B. durch den Arzt, den Physio- oder Sporttherapeuten oder den Diabetes- oder Ernährungsberater geschehen.
- Zur Bewegungsförderung sollen psychologisch fundierte Interventionen zur Verhaltensänderung, z. B. Handlungs- und Bewältigungsplanung, angewendet werden. Solche psychologisch fundierten Interventionen können z. B. durch den Physio- oder Sporttherapeuten erfolgen. Interventionen zur Bewegungsförderung sollen nach den Prinzipien von Motivational Interviewing erfolgen (siehe auch Allgemeine Vorbemerkungen).
- Patientenschulungen und Bewegungsmaßnahmen sollen so gestaltet sein, dass Rehabilitanden...
 - an körperliche Aktivität (sowohl Ausdauer- als auch Krafttraining) herangeführt werden,
 - verschiedene (auch im Alltag umsetzbare) Formen körperlicher Aktivität kennenlernen (Förderung der Bewegungskompetenz),
 - vielfältige, positive Bewegungserfahrungen sammeln,
 - ihre bewegungsbezogene Selbstwirksamkeit erhöhen,
 - Fähigkeiten erwerben zur selbständigen Planung, Umsetzung und Steuerung von körperlicher Aktivität,
 - zu einem körperlich aktiven Lebensstil motiviert werden.
- Der Rehabilitand soll gegen Ende der Reha-Maßnahme im Rahmen eines Planungsgesprächs (z. B. mit dem Physio- oder Sporttherapeuten) eine möglichst detaillierte Handlungs- und Bewältigungsplanung für die Zeit nach der Rehabilitation schriftlich formulieren. Der Einbezug der Angehörigen / Bezugspersonen kann hierbei hilfreich sein.
- Im Anschluss an die Rehabilitation soll im Rahmen der Nachsorge ein Monitoring in Bezug auf ausreichende Bewegung erfolgen, beispielsweise durch einen entsprechend geschulten Mitarbeiter der Reha-Einrichtung (z. B. telefonisch oder per Internet) oder den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassungsbericht der Reha-Einrichtung gegeben. Im Rahmen dieser Nachsorgegespräche soll die Erreichung der vereinbarten Bewegungsziele besprochen werden. Die Nutzung von Bewegungstagebüchern kann hierfür die Grundlage bilden. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Handlungs- und Bewältigungsplanung oder Psychoedukation.

<p>21</p>	<p>Für die Steigerung der Bewegung von Menschen mit Adipositas sollen zusätzlich die folgenden Aspekte beachtet werden (in Anlehnung an die von der Deutschen Adipositas Gesellschaft federführend erstellte S3-Leitlinie, 2014; S. 50 f.):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Übergewichtige und adipöse Menschen sollen ermutigt werden, sich mehr körperlich zu bewegen. Körperliche Aktivität soll neben der Ernährungs- und Verhaltenstherapie ein Bestandteil der Maßnahmen zur Gewichtsreduktion sein. ▪ Es soll sichergestellt werden, dass übergewichtige und adipöse Menschen keine Kontraindikationen für zusätzliche körperliche Aktivität aufweisen. ▪ Für eine effektive Gewichtsabnahme sollte man sich > 150 Min./Woche mit einem Energieverbrauch von 1200 bis 1800 kcal/Woche bewegen (bei gleichzeitiger Reduktion bzw. Beibehaltung der Kalorienzufuhr; nur bei negativer Bilanz findet eine Gewichtsreduktion statt). Krafttraining allein ist für die Gewichtsreduktion wenig effektiv. ▪ Menschen mit einem BMI > 35 kg/m² sollen unter Berücksichtigung der individuellen Situation ermutigt werden, für sie passende gesundheitssportliche Aktivitäten aufzunehmen (z. B. Radfahren, Schwimmen, Fitnesstraining). ▪ Menschen mit Übergewicht und Adipositas sollen dazu motiviert werden, ihre körperliche Aktivität im Alltag zu steigern. ▪ Übergewichtige und adipöse Menschen sollen auf die gesundheitlichen Vorteile (metabolische, kardiovaskuläre und psychosoziale) der körperlichen Aktivität hingewiesen werden, die unabhängig von der Gewichtsreduktion entstehen. ▪ Im Rahmen der Patientenberatung sollen verständliche und realistische Ziele für die Ausübung der körperlichen Aktivität gesetzt werden. ▪ Vermehrte körperliche Aktivität soll zur Gewichtsstabilisierung nach Gewichtsreduktion empfohlen werden.
-----------	--

Ernährung

22	<p>Bei allen Rehabilitanden soll festgestellt werden, ob eine diabetesangemessene bzw. gesunde Ernährung vorliegt. Dies sollte nach Möglichkeit im Rahmen eines Beratungsgesprächs mit einer Ernährungsfachkraft (Diabetes- oder Ernährungsberater, Ökotrophologe oder Diätassistent) geschehen.</p> <p>Eventuell kann hierfür unterstützend ein Screening-Fragebogen eingesetzt werden (siehe z. B. die auf S. 29 aufgeführte Lebensmittelliste modifiziert nach Keller, 1998).</p>
23	<p>Wenn ein Verdacht auf Fehl- oder Überernährung vorliegt, sollen folgende Maßnahmen anberaumt werden:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Einsatz von psychologisch fundierten Interventionen zur Verhaltensänderung, z. B. Handlungs- und Bewältigungsplanung. Solche psychologisch fundierten Interventionen können z. B. durch den Diabetes- oder Ernährungsberater, Ökotrophologen oder Diätassistenten erfolgen. Interventionen zur Verhaltensänderung sollen nach den Prinzipien von Motivational Interviewing erfolgen (siehe auch Allgemeine Vorbemerkungen).▪ Praktische Informationen zur Ernährungsweise durch Schulung oder (Einzel-) Beratung. Diese Angebote sollen durch praktische Erfahrungsmöglichkeiten (z. B. Einkaufstraining, Lehrküche) ergänzt werden.▪ Die Rehabilitanden sollen gegen Ende der Rehamaßnahme im Rahmen eines Planungsgesprächs (z. B. mit dem Diabetes- oder Ernährungsberater, Ökotrophologen oder Diätassistenten) eine möglichst detaillierte Handlungs- und Bewältigungsplanung für die Zeit nach der Rehabilitation schriftlich formulieren. Der Einbezug der Angehörigen / Bezugspersonen kann hierbei sinnvoll sein.▪ Im Anschluss an die Rehabilitation soll im Rahmen der Nachsorge ein Monitoring bezüglich der vereinbarten Ernährungsziele erfolgen, beispielsweise durch einen entsprechend geschulten Mitarbeiter der Reha-Einrichtung (z. B. telefonisch oder per Internet) oder durch den weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassungsbericht der Reha-Einrichtung gegeben. Im Rahmen dieser Nachsorgegespräche soll die Erreichung der vereinbarten Ernährungsziele besprochen werden. Die Nutzung von Ernährungstagebüchern kann hierfür die Grundlage bilden. Bei Bedarf erfolgt eine Anpassung der Handlungs- und Bewältigungsplanung oder Psychoedukation. <p>Wenn der Verdacht auf eine Essstörung besteht: siehe Empfehlung 9 „Essstörungen“</p>

Rauchen

24	<p>Der Arzt soll im Rahmen der Aufnahme bei allen Rehabilitanden den Raucherstatus erfragen (Raucher; Nicht-Raucher; Ex-Raucher, d. h. Nikotin-Abstinenz seit > 6 Monaten).</p> <p>Wenn der Rehabilitand Raucher ist, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Die Bereitschaft, mit dem Rauchen aufzuhören, soll bestimmt werden.▪ Den Rauchern soll dringend empfohlen werden, mit dem Rauchen aufzuhören (Empfehlung erfolgt durch das gesamte Team).▪ Die Beratung bzw. (Kurz-)Interventionen zur Tabakentwöhnung sollen nach den Prinzipien von Motivational Interviewing erfolgen (siehe auch Allgemeine Vorbemerkungen).▪ Die Raucher sollen (z. B. im Rahmen einer Informationsveranstaltung oder durch Informationsmaterial) darüber unterrichtet werden, welche Angebote es zur Tabakentwöhnung gibt und wie die Angebote aufgebaut sind.▪ Die Raucher können (auf freiwilliger Basis) an einer verhaltenstherapeutisch orientierten Tabakentwöhnung teilnehmen (im Einzel- oder Gruppensetting) (Informationen über entsprechende Schulungsprogramme sind z. B. erhältlich unter http://www.zentrum-patientenschulung.de/; zuletzt gesichtet: November 2015). Gegebenenfalls kann zusätzlich eine pharmakologische Intervention erfolgen.▪ Alle Rehabilitanden, die in den letzten sechs Monaten eine Tabakabhängigkeit zeigten, sollen über ambulante Hilfsangebote zur Tabakentwöhnung informiert werden, wie z. B. über Präventionskurse der Krankenkassen, kostenfreie Rauchertelefone oder Angebote im Internet wie beispielsweise: www.rauch-frei.info; www.dkfz.de; www.bzga.de (zuletzt gesichtet: November 2015).▪ Bei jedem Besuch beim weiterbetreuenden Haus- oder Facharzt im Anschluss an die Rehabilitation soll ein Monitoring in Bezug auf den Raucherstatus erfolgen. Die Empfehlung hierfür wird im Entlassungsbericht der Reha-Einrichtung gegeben. <p>Anmerkung: Im „Leitfaden zur Kurzintervention bei Raucherinnen und Rauchern“ der Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (abrufbar unter: http://www.bzga.de/infomaterialien/foerderung-des-nichtrauchens/multiplikatoren/?idx=1498; zuletzt gesichtet: November 2015) finden sich Vorschläge für eine (standardisierte) Kurzanamnese, diagnostische Kriterien für eine Tabakabhängigkeit (nach ICD-10), Hinweise zur Gesprächsführung sowie Interventionen, die in Abhängigkeit von der Änderungsbereitschaft gewählt werden können.</p>
-----------	---

Riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholgebrauch⁶

25	<ul style="list-style-type: none">▪ Alle Rehabilitanden sollen danach gefragt werden, wie viel und wie häufig sie Alkohol trinken. Hierfür kann ein Screening-Fragebogen verwendet werden, z. B. der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) oder seine Kurzform AUDIT-C⁷.▪ Bei allen Rehabilitanden soll der Arzt auf körperliche Symptome (z. B. feinschlägiger Tremor) sowie auf Laborparameter (GGT, GOT / GPT, MCV) achten, die auf einen schädlichen oder abhängigen Alkoholgebrauch hinweisen.▪ Bei Verdacht auf einen riskanten, schädlichen oder abhängigen Alkoholgebrauch, der sich aus der Zusammenschau aller Befunde ergibt, soll eine weiterführende Diagnostik nach ICD im Rahmen eines diagnostischen Gesprächs erfolgen.
-----------	---

⁶ Für den Bereich der medizinischen Rehabilitation werden derzeit in einem von der Deutschen Rentenversicherung Bund geförderten Projekt **Praxisempfehlungen für den Umgang mit komorbiden Suchtproblemen** entwickelt, die voraussichtlich im Frühjahr 2016 erscheinen werden (siehe www.aqms.de).

⁷ Die empfohlenen Screening-Fragen sind auf S. 25 ff. im Überblick dargestellt.

26	<p>Falls eine Alkoholabhängigkeit festgestellt wird (und sofern der Rehabilitand nicht abstinent ist):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es muss geklärt werden, ob Reha-Fähigkeit besteht bzw. die Reha-Ziele zumindest teilweise erreichbar sind. Falls dies nicht der Fall ist, soll der Rehabilitand auf ärztliche Veranlassung entlassen werden. ▪ Die Motivation zur Behandlung der Alkoholabhängigkeit soll im Gespräch mit dem Arzt oder Psychologen abgeklärt werden. Wenn der Rehabilitand zu einer Behandlung motiviert ist, soll die Einleitung bzw. Vorbereitung einer evidenzbasierten Behandlung erfolgen (evtl. durch Therapieüberleitung in eine Fachklinik).
-----------	--

27	<p>Falls ein riskanter, schädlicher oder abhängiger Alkoholgebrauch festgestellt wird:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Der Rehabilitand soll im Arztgespräch über die Gefahren des Alkohols (insbesondere in Bezug auf Diabetes mellitus) aufgeklärt werden. Dabei sollen diabetes-spezifische Risiken (z. B. verstärkte Neigung zu Hypoglykämien, Akzeleration von Folgekrankheiten, insbesondere einer peripheren sensomotorischen Neuropathie) sowie die allgemeinen körperlichen, psychischen und sozialen Risiken eines übermäßigen Alkoholkonsums besprochen werden. ▪ Verlaufsbeobachtung durch das gesamte Team ▪ Die Prinzipien von „Motivational Interviewing“ sollen vom gesamten Team umgesetzt werden (siehe auch Allgemeine Vorbemerkungen) ▪ Bei Bedarf: Psychologisches Einzelgespräch
-----------	--

Mangelnde Therapieadhärenz

28	<p>Der Arzt sowie das gesamte Reha-Team sollen bei allen Rehabilitanden während des Reha-Aufenthaltes auf eine ausreichende Therapieadhärenz achten. Schlechte Blutzuckerwerte, starke Blutzuckerschwankungen oder hohe Blutdruckwerte können Indikatoren für eine nicht ausreichende Therapieadhärenz sein.</p> <p>Wenn eine mangelnde Therapieadhärenz vorliegt, sollen folgende Maßnahmen erfolgen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einzelgespräch mit dem Arzt, Diabetesberater oder Psychologen ▪ Im Gespräch mit dem Rehabilitanden soll erfragt werden, ob er spezifische Gründe für die bisherige Form der Steuerung seiner Stoffwechsellage und sonstigen Therapie (z. B. Blutdruck) hat. ▪ Bei geringer Therapieadhärenz soll sichergestellt werden, dass der Nutzen der Interventionen deutlich wird. Evtl. kann dies (unter anderem) im Rahmen von Gruppeninterventionen (z. B. Patientenschulungen) geschehen („Modelllernen“). ▪ Es soll überprüft werden, ob der Rehabilitand bislang ausreichend in die Festlegung der therapeutischen Entscheidungen einbezogen war. Gegebenenfalls müssen Therapieentscheidungen gemeinsam neu getroffen werden („shared decision making“). ▪ Im therapeutischen (Einzel-)Gespräch sollen die Risikowahrnehmung und die Handlungsergebniserwartung angesprochen sowie die Selbstwirksamkeitserwartung gestärkt werden. ▪ Die Prinzipien von „Motivational Interviewing“ sollen vom gesamten Team umgesetzt werden (siehe auch Allgemeine Vorbemerkungen).
-----------	--

**Auf einen Blick:
Empfohlene Screening-Fragen⁸ für Rehabilitanden mit Typ-2-Diabetes**

Patient Health Questionnaire (PHQ)-4 (Löwe et al., 2010)

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
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:				
Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Löwe et al. (2010, S. 93) empfehlen folgende **Auswertung**:

„For use in clinical practice, we recommend considering PHQ-4 scores of 6 (percentile 95.7%) or greater as „yellow flags“ and PHQ-4 scores of 9 (percentile 99.1%) or greater as „red flags“ for the presence of a depressive or an anxiety disorder.“

⁸ Alle hier aufgeführten Fragen / Instrumente dürfen lizenzfrei verwendet werden.

Fragen zum Essverhalten aus dem PHQ-D (Löwe et al., 2002)

1. Fragen zum Thema „Essen“.	NEIN	JA	
a. Haben Sie öfter das Gefühl, Sie könnten nicht kontrollieren, <u>wie viel</u> und <u>was</u> Sie essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Essen Sie öfter – in einem Zeitraum von 2 Stunden – Mengen, die andere Leute als <u>ungewöhnlich groß</u> bezeichnen würden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn „NEIN“ bei a oder b, gehen Sie bitte weiter zu Frage 4			
c. Ist dies während der letzten 3 Monate im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vorgekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Haben Sie während der letzten 3 Monate <u>öfter</u> eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen unternommen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden?	NEIN	JA	
a. Sich selbst zum Erbrechen gebracht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Mehr als die doppelte empfohlene Dosis eines Abführmittels eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Gefastet, d.h. mindestens 24 Stunden lang nichts gegessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Mehr als eine Stunde Sport getrieben mit dem ausschließlichen Ziel, nicht zuzunehmen, wenn Sie wie oben beschrieben (1a oder 1b) gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Wenn Sie bei einer oder mehrerer dieser Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme vermeiden sollen, „JA“ angekreuzt haben, kam eine davon im Durchschnitt mindestens zweimal in der Woche vor?	NEIN	JA	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Wenn eines oder mehrere dieser Probleme bei Ihnen vorliegen, geben Sie bitte an, wie sehr diese Probleme es Ihnen erschwert haben, Ihre Arbeit zu tun, Ihren Haushalt zu regeln oder mit anderen Menschen zurecht zu kommen:			
Überhaupt nicht erschwert	Etwas erschwert	Relativ stark erschwert	Sehr stark erschwert
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Löwe et al. (2002) empfehlen folgende **Auswertung**:

- Wenn jede der Fragen 1a, 1b und 1c und Frage 3 mit „JA“ beantwortet ist:
→ V. a. Bulimia nervosa
- Wenn jede der Fragen 1a, 1b und 1c mit „JA“ beantwortet ist und bei Frage 3 entweder „NEIN“ angekreuzt ist oder sie offen gelassen wurde:
→ V. a. „Binge-Eating“-Störung

PAID – Problembereiche bei Diabetes (Kurzform)

(sowohl Kurz- als auch Langform sind abrufbar unter:

<http://www.leitlinien.de/nvl/diabetes/schulungsprogramme/>)

Der „Fragebogen zu Problembereichen bei Diabetes“ ist die deutsche Übersetzung der „Problem Areas in Diabetes Scale (PAID-Skala)“ (s. BÄK, KBV & AWMF, 2013b). Es existiert sowohl eine Langform mit 20 Fragen als auch die unten aufgeführte Kurzform mit 5 Fragen.

Welche der folgenden Bereiche Ihres Diabetes bzw. Ihrer Diabetesbehandlung sind derzeit ein Problem für Sie? Kreisen Sie bitte bei jeder Antwort die Zahl an, die am ehesten für Sie zutrifft. Bitte beantworten Sie alle Fragen.		kein Problem	eher geringes Problem	mittleres Problem	eher größeres Problem	großes Problem
Ist es derzeit für Sie ein Problem, ...		0	1	2	3	4
1.	...dass Sie der Gedanke, mit dem Diabetes leben zu müssen, ängstigt?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2.	... dass Sie sich beim Gedanken, mit dem Diabetes leben zu müssen, depressiv fühlen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3.	... dass Sie sich Sorgen über die Zukunft und über mögliche ernste Folgeerkrankungen machen?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4.	... dass Sie das Gefühl haben, dass der Diabetes Ihnen täglich zu viel geistige/körperliche Kraft raubt?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5.	... dass Sie Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Folgeerkrankungen haben?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Für die **Auswertung** der Kurzform des PAID wird ein Cut-Off von ≥ 11 Punkten empfohlen, um Patienten mit erhöhten diabetesbezogenen Belastungen zu entdecken (BÄK, KBV & AWMF, 2013b).

Fragen zur Erfassung lang andauernder psychosozialer Belastungen (angelehnt an Albus, 2008 und Küch et al., 2011)

	Überhaupt nicht	Eher weniger	Eher mehr	Stark oder sehr stark
Haben Sie ernsthafte Probleme mit Ihrem Lebenspartner, Ihren Kindern oder Ihrer Familie?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Leiden Sie unter besonderen beruflichen Belastungen (z. B. Zeitdruck, Überforderung, Konflikte, Angst um Arbeitsplatz, Unzufriedenheit mit der Arbeit, anderes)?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Leiden Sie unter Arbeitslosigkeit oder finanziellen Schwierigkeiten?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Auswertung:

Bei jeder einzelnen Frage deutet ein Wert ≥ 2 auf besondere Belastungen hin.

Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit (SPE-Skala) (Mittag & Raspe, 2003)

Wenn Sie an Ihren derzeitigen Gesundheitszustand und Ihre berufliche Leistungsfähigkeit denken:

1. Glauben Sie, dass Sie **Ihre jetzige (letzte) Tätigkeit bis zum Erreichen des Rentenalters ausüben** können? *(Bitte nur ein Kästchen ankreuzen)*

sicher eher ja unsicher eher nein auf keinen Fall

2. Sehen Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand Ihre **allgemeine Erwerbsfähigkeit** dauerhaft gefährdet?

nein ja

3. Tragen Sie sich zur Zeit mit dem Gedanken, einen **Rentenantrag aus Gesundheitsgründen** (Erwerbsminderungsrente) zu stellen?"

nein ja habe bereits einen Rentenantrag gestellt

Mittag et al. (2006) empfehlen folgende **Auswertung**:

- Auswertung des 1. Items:
„sicher“ = 0; „eher ja“ = 0; „unsicher“ = 1; „eher nein“ = 1; „auf keinen Fall“ = 1
- Auswertung des 2. Items:
„nein“ = 0 Punkte; „ja“ = 1 Punkt
- Auswertung des 3. Items:
„nein“ = 0 Punkte; „ja“ oder „habe bereits einen Rentenantrag gestellt“ = 1 Punkt

Ein Gesamtwert ≥ 2 spricht dafür, dass die Erwerbstätigkeit gefährdet ist.

Lebensmittelliste
modifiziert nach Keller (1998)

Bitte kreuzen Sie an, wie häufig Sie die aufgelisteten Lebensmittel essen bzw. trinken.

	seltener oder nie	1-2 mal pro Woche	3-4 mal pro Woche	1 mal am Tag	mehrmals am Tag
a. fettarme Milchprodukte (z. B. 1,5%-ige Milch oder Joghurt, Käse unter 30% Fett i.Tr.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
b. Rohkost, frische Salate	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
c. Gemüse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
d. frisches Obst	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
e. Vollkornprodukte (Vollkornbrot, Müsli, Vollkornreis, -nudeln)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
f. Fisch	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
g. Kräutertee, Früchtetee, Mineralwasser	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
h. „Fast food“ (Pizza, Hamburger, Currywurst, Bratwurst, Brühwurst usw.)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
i. Süßigkeiten (Schokolade, Bonbons, Fruchtgummi)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
j. Knabberereien / Salzgebäck (Kartoffelchips, Flips, Cracker, gesalzene Nüsse)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
k. Fruchtsaft, -getränke <u>unverdünnt</u> , gezuckerte Limonaden (z. B. Cola, Fanta)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
l. Bier, Wein, Spirituosen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

AUDIT-C-Fragebogen

(Babor et al., 2001; Lübecker Version der deutschen Übersetzung siehe Dybek et al, 2006, sowie S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen"; AWMF, 2015)

Der AUDIT-C ist die Kurzversion des AUDIT (Babor et al., 2001) und kann zum Screening von risikantem Alkoholkonsum, schädlichem Alkoholgebrauch oder Alkoholabhängigkeit eingesetzt werden, wenn der AUDIT zu aufwendig ist (AWMF, 2015).

1. Wie oft nehmen Sie ein alkoholisches Getränk zu sich?	
Niemals.....	<input type="checkbox"/> 0
1 mal im Monat oder seltener.....	<input type="checkbox"/> 1
2 bis 4 mal im Monat.....	<input type="checkbox"/> 2
2 bis 3 mal pro Woche.....	<input type="checkbox"/> 3
4 mal oder mehrmals in der Woche.....	<input type="checkbox"/> 4
2. Wenn Sie alkoholische Getränke zu sich nehmen, wieviel trinken Sie dann typischerweise an einem Tag?	
Ein alkoholhaltiges Getränk ist z. B. ein kleines Glas oder eine Flasche Bier, ein kleines Glas Wein oder Sekt, ein einfacher Schnaps oder ein Glas Likör.	
1 - 2.....	<input type="checkbox"/> 0
3 - 4.....	<input type="checkbox"/> 1
5 - 6.....	<input type="checkbox"/> 2
7 - 9.....	<input type="checkbox"/> 3
10 oder mehr.....	<input type="checkbox"/> 4
3. Wie oft trinken Sie 6 oder mehr Gläser Alkohol bei einer Gelegenheit?	
Niemals.....	<input type="checkbox"/> 0
Seltener als 1 mal im Monat.....	<input type="checkbox"/> 1
1 mal im Monat.....	<input type="checkbox"/> 2
1 mal pro Woche.....	<input type="checkbox"/> 3
Täglich oder fast täglich.....	<input type="checkbox"/> 4

Es wird folgende **Auswertung** des AUDIT-C sowie des AUDIT empfohlen (AWMF, 2015):

Für Männer wird ein Cut-off von fünf Punkten und für Frauen ein Cut-off von vier Punkten empfohlen.

Literatur

- Albus, C. (2008). Allgemeine Anamnese. In: C. Herrmann-Lingen, C. Albus & G. Titscher (Hrsg.), Psychokardiologie: Ein Praxisleitfaden für Ärzte und Psychologen (S. 185-191). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (Hrsg.) (2015). S3-Leitlinie "Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen". AWMF-Register Nr. 076-001. Verfügbar unter: <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/076-001.html> [Stand: 30.10.2015].
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). AUDIT The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guideline for use in primary care. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2011). Nationale Versorgungsleitlinie Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter – Langfassung. Version 1.2. Verfügbar unter: <http://www.leitlinien.de/nvl/diabetes/neuropathie> [Stand: 11.02.2015].
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2013a). Nationale Versorgungsleitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes – Langfassung (1. Aufl.). Version 3. Verfügbar unter: <http://www.leitlinien.de/nvl/diabetes/therapie> [Stand: 11.02.2015].
- Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) (2013b). Nationale Versorgungsleitlinie Diabetes - Strukturierte Schulungsprogramme – Langfassung (1. Aufl.). Version 3. Verfügbar unter: http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_schulung, [Stand: 11.02.2015].
- Büttner, A., Randerath, W. & Rühle, K.-H. (2003). Erfassung von Aufmerksamkeitsdefiziten bei Patienten mit obstruktivem Schlafapnoesyndrom mit unterschiedlichen Fahrsimulationsprogrammen. *Pneumologie*, 57, 722-728.
- Deck, R., Schramm, S. & Hüppe, A. (2012). Begleitete Eigeninitiative nach der Reha („neues Credo“) - ein Erfolgsmodell? *Rehabilitation*, 51, 316-325.
- Deutsche Adipositas Gesellschaft e.V., Deutsche Diabetes Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V. & Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (2014). Interdisziplinäre Leitlinie der Qualität S3 zur „Prävention und Therapie der Adipositas“. Martinsried: Deutsche Adipositas Gesellschaft.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) & Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Hrsg.) (2010). Diagnose- und Behandlungsleitlinie Demenz. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) (2009). S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörung. *Somnologie*, 13, 4-160.
- Deutsche Rentenversicherung (2014a). Strukturqualität von Reha-Einrichtungen - Anforderungen der Deutschen Rentenversicherung. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Deutsche Rentenversicherung (2014b). Der ärztliche Reha-Entlassungsbericht. Leitfaden zum einheitlichen Entlassungsbericht in der medizinischen Rehabilitation der gesetzlichen Rentenversicherung 2015. Berlin: Deutsche Rentenversicherung.

- Döbler, A., Mittag, O., Pollmann, H., Farin-Glattacker, E. & Raspe, H. (2013). Ergebnisse einer telefonischen Reha-Nachsorge bei Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 – PARTID-Projekt. DRV-Schriften; 101: 439-440 (22. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium, 04.-06.03.2013 in Mainz). Berlin: Deutsche Rentenversicherung.
- Dybek, I., Bischof, G., Grothues, J., Reinhardt, S., Meyer, C., Hapke, U., John, U., Broocks, A., Hohagen, F. & Rumpf, H. J. (2006). The reliability and validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) in a German general practice population sample. *J Stud Alcohol*, 67, 473-481.
- Fehm-Wolfsdorf, G., Kerner, W. & Peters, A. (2001). *Blutglukose Wahrnehmungs-Training* (2. Aufl.). Lübeck: Lübecker Institut für Verhaltensmedizin.
- Geuter, G. & Holleder, A. (Hrsg.) (2012). *Handbuch Bewegungsförderung und Gesundheit*. Bern: Huber.
- Hagger, M. S. & Luszczynska, A. (2014). Implementation intention and action planning interventions in health contexts: State of the research and proposals for the way forward. *Applied Psychology: Health and Well-being*, 6, 1-47.
- Härter, M., Woll, S., Reuter, K., Wunsch, A. & Bengel, J. (2004). Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1192-1197.
- Herpertz, S. (2013). Essstörungen und Diabetes mellitus. In: F. Petrak & S. Herpertz (Hrsg.), *Psychodiabetologie* (169-178). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Karno, M. P. & Longabaugh, R. (2005). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 262-267.
- Keller, S. (1998). Zur Validität des Transtheoretischen Modells – Eine Untersuchung zur Veränderung des Ernährungsverhaltens. Dissertation. Marburg: Philipps-Universität; verfügbar unter: <http://archiv.ub.uni-marburg.de/diss/z1998/0303/html/frame.htm> [Stand: 15.4.2009].
- Küch, D., Arndt, S., Grabe, A., Manthey, W., Schwabe, M. & Fischer, D. (2011). UKS – Ultra-Kurz-Screening psychosozialer Problemlagen zur bedarfsorientierten Angebotszuweisung in der somatischen Rehabilitation. In: Arbeitskreis Klinische Psychologie in der Rehabilitation (BDP) (Hrsg.), *Psychologische Betreuung im Krankheitsverlauf* (96-106). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F. & Petrak, F. (2013a). Psychosoziales und Diabetes (Teil 1). *Diabetologie und Stoffwechsel*, 8, 198-242.
- Kulzer, B., Albus, C., Herpertz, S., Kruse, J., Lange, K., Lederbogen, F. & Petrak, F. (2013b). Psychosoziales und Diabetes (Teil 2). *Diabetologie und Stoffwechsel*, 8, 292-324.
- Kulzer, B., Hermanns, N., Kubiak, T., Krichbaum, M. & Haak, T. (2006). HyPOS - Unterzuckerung besser wahrnehmen, vermeiden und bewältigen. Ein strukturiertes Schulungs- und Behandlungsprogramm für insulinpflichtige Diabetiker mit Hypoglykämieproblemen. Mainz: Kirchheim.
- Kulzer, B., Hermanns, N., Maier, B., Ziegler, D. & Haak, T. (2008). *NeuroS Schulungskoffer*. Mainz: Kirchheim-Verlag.
- Löwe, B., Spitzer, R. L., Zipfel, S. & Herzog, W. (2002). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)*. Manual Komplettversion und Kurzform (2. Aufl.). Heidelberg: Medizinische Universitätsklinik.

- Löwe, B., Wahl, I., Rose, M., Spitzer, C., Glaesmer, H., Wingenfeld, K., Schneider, A. & Brähler, E. (2010). A 4-item measure of depression and anxiety: Validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *Journal of Affective Disorders*, 122, 86-95.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2015). *Motivational Interviewing* (3. Aufl. des Standardwerks in Deutsch). Freiburg: Lambertus.
- Mittag, O. & Raspe, H. (2003). Eine kurze Skala zur Messung der subjektiven Prognose der Erwerbstätigkeit: Ergebnisse einer Untersuchung an 4279 Mitgliedern der gesetzlichen Rentenversicherung zu Reliabilität (Guttman-Skalierung) und Validität der Skala. *Rehabilitation*, 42, 169-174.
- Reese, C., Hübner, P., Petrak, F., Schmucker, D., Weis, J. & Mittag, O. (2016). Strukturen und Praxis der psychologischen Abteilungen in der onkologischen und diabetologischen Rehabilitation: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. *Rehabilitation*, 55, 40-47.
- Reese, C., Petrak, F. & Mittag, O. (2016). Entwicklung von Praxisempfehlungen für psychologische Interventionen in der Rehabilitation von Patienten mit Typ-2-Diabetes: Methoden und Ergebnisse. *Rehabilitation*, 55, 299-304.
- Sackett, D. L., Straus, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W. & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Danksagung

Wir danken den Experten, die an der Entwicklung der Praxisempfehlungen mitwirkten. Außerdem möchten wir den Kollegen aus den psychologischen Abteilungen sowie den Leitenden Ärzten der Rehabilitationseinrichtungen dafür danken, dass sie sich so zahlreich an unseren Befragungen beteiligt haben und wichtige Impulse für die Überarbeitung der Empfehlungen gaben. Ebenfalls bedanken möchten wir uns bei den Rehabilitanden, die an der Fokusgruppe teilgenommen haben. Unser Dank gilt auch der Deutschen Rentenversicherung Bund, ohne deren Finanzierung dieses Projekt nicht hätte realisiert werden können.

Interessenskonflikte

Alle Experten, die an der Erstellung der Praxisempfehlungen beteiligt waren, haben eine Erklärung zu möglichen Interessenskonflikten ausgefüllt, die sich am AWMF-Formular zur Erklärung von Interessenskonflikten im Rahmen von Leitlinienvorhaben orientiert. Von keinem der Experten wurden bedeutsame Interessenskonflikte im Zusammenhang mit der Entwicklung der Praxisempfehlungen angegeben.